UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

Faire corps

La place de la psychomotricité dans la construction corporelle de l'enfant déficient intellectuel

GABALI Mélissa
Née le 18 octobre 1996, à Bordeaux

Directeur de mémoire : Eric Lafontana

Juin 2019

REMERCIEMENTS

A mon directeur de mémoire, pour son écoute, ses conseils toujours précieux et son regard avisé ;

A mes maitres de stage : Séverine.R, Virginie.L et Eric.L, pour leurs disponibilités ;

A tous les enfants et résidents rencontrés ;

Aux équipes qui m'ont accueillie ;

A mon père pour ses nombreuses relectures et son soutien ;

A ma marraine pour ses encouragements ;

Et tout particulièrement à M., mais aussi B., pour m'avoir supportée et épaulée ;

Merci !

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 4

INTRODUCTION 5

PARTIE I - LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT 8

A. Généralités 8
B. D'un point de vue cognitif et intellectuel 10
C. Et la place du corps dans ce développement ? 12
D. Remaniements au cours de l'adolescence 22

PARTIE II - L'ENFANT DÉFICIENT INTELLECTUEL 27

A. Compréhension de la déficience intellectuelle 27
B. Des particularités à différents niveaux 30
C. De multiples rencontres au sein d'un Institut Médico-Pédagogique 38

PARTIE III - CONSTRUCTION CORPORELLE ET PSYCHOMOTRICITÉ 46

A. Chez la future psychomotricienne 46
B. Chez l'enfant déficient intellectuel 50

PARTIE IV - UN TRAVAIL EN PSYCHOMOTRICITÉ SUR LA CONSTRUCTION CORPORELLE AVEC UNE RENCONTRE EN PARTICULIER : VIOLETTE **65**

A. Présentation de Violette 65
B. Projet personnalisé de Violette 69
C. Mes différents temps de travail avec Violette 70
D. Conclusion du travail avec Violette 78

CONCLUSION 79

ANNEXES 81

BIBLIOGRAPHIE 83

AVANT-PROPOS

On peut être timide ou on peut parler fort
D't'façon, ce qui décide, c'est le langage du corps
On peut avoir l'esprit vide ou un cerveau comme un trésor
D't'façon, ce qui domine, c'est le langage du corps
C'est le langage du corps
C'est le langage du corps

Le langage du corps - Grand Corps Malade

INTRODUCTION

A l'heure actuelle, nous vivons dans une société où le corps occupe une place de plus en plus grande. Par un idéal du corps véhiculé, à travers les médias et la société, on assiste à un essor des techniques de mises en valeur du corps.

Les changements radicaux d'alimentation, la pratique intensive de sports, l'utilisation de soins esthétiques voir le recours à la chirurgie esthétique sont de nos jours des méthodes courantes et démocratisées. Pour certains, dans l'objectif de répondre à ces normes de beauté; pour d'autres, dans l'idée de renouer de manière saine à leur corps.

Dés la naissance, la place qu'occupe le corps est grande. En effet, tout au long de notre développement il ne pourra être ignoré, étant successivement : le lieu des premiers soins, le premier moyen d'expression au monde puis le moyen d'action principale sur celui-ci.

La maîtrise de ce corps semble être une activité inée ne demandant aucun effort, or le découvrir et l'investir pour y arriver est une tâche bien plus ardue qu'il n'y paraît.

Ce constat s'est imposé à moi par l'enseignement reçu au sein de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux, puis a été confirmé par l'ensemble de mes stages auprès d'enfants tout au long de ma formation.

J'effectue, cette année, un stage au sein d'un Institut Médico-Pédagogique accueillant des enfants et adolescents atteint de déficience intellectuelle moyenne à profonde. La rencontre de cette population m'a interrogé sur le rapport qu'elle entretien à son corps. En effet, lorsqu'il s'ajoute une pathologie responsable de troubles cognitifs au développement de l'enfant : qu'en est-il de l'appropriation de ce corps ?

Face à ce questionnement, j'émets l'hypothèse que les difficultés cognitives rencontrées dans la déficience intellectuelle sont à l'origine de répercussions dans la construction corporelle, notamment par le défaut de symbolisation qu'elle entraine.

De là se trouve l'origine de mon questionnement central :

En quoi et par quelles manières la psychomotricité peut-elle être un support dans la construction corporelle de l'enfant déficient intellectuel ?

Je me demande alors, à quoi correspond une construction corporelle ? Quels impacts a la déficience intellectuelle dans cette construction ? Une prise en charge psychomotrice autour de cette problématique serait-elle pertinente chez cette population ?

Pour répondre à ma question centrale et aux interrogations qu'elle suscite. J'étudierai dans une première partie théorique, le développement de l'enfant dans ses grandes généralités, dans lequel je me focaliserai sur la place qu'y occupe la construction corporelle.

Je ferai ensuite une présentation de la déficience intellectuelle, de ses particularités et des conséquences provoquées dans la construction du corps. Cette présentation sera suivie d'une description de la structure de mon lieu de stage et de la place que la psychomotricité y occupe.

Enfin une partie clinique, où je ferai part de mon expérience personnelle à la suite de mes trois années de formation en psychomotricité source d'un re-nouveau dans la construction corporelle du psychomotricien, selon moi.

J'y présenterai également les prérogatives nécessaires à tout travail psycho-corporel à l'aube du début de ma vie professionnelle.

Par ailleurs, je clôturerai ma réflexion par la présentation du travail psychomoteur que j'ai pu proposer à ces enfants dans nos différents espaces de rencontre, afin d'identifier en quoi la psychomotricité peut jouer un rôle dans la construction corporelle de l'enfant déficient intellectuel. Pour cela, je m'attarderai plus spécifiquement sur ma rencontre avec Violette.

Nous n’avons pas toujours été conscients d’avoir un corps bien à nous.

Porté, baigné, objet de tous les soins de notre mère, ce sentiment est venu petit à petit.

Nos faims, nos soifs, nos rougeurs, nos petits plis douloureux, nos fesses attaquées par l’acidité de l’urine, nos maux de dents qui dérangeaient notre confort, rien n’avait de secret pour elle et elle n’avait qu’à nous écouter pour savoir nous rassurer, nous faire retrouver cette continuité de soi si nécessaire.

Si elle s’éloignait trop longtemps de nous, le désarroi nous saisissait et nous pouvions éprouver des peurs terribles : être en morceaux littéralement, être anéanti.

Catherine Potel

PARTIE I :

LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Ce développement témoigne de la maturation progressive du système nerveux. Il recouvre le développement moteur (acquisition des mouvements, de la coordination) et le développement sensoriel, intellectuel, affectif et social (construction du psychisme). La construction du corps de l'enfant est donc prise dans le développement global de l'enfant.

C'est un processus actif qui se fait nécessairement dans la relation à l'autre car, comme l'a dit **D.Winnicott** *« un bébé tout seul n'existe pas »*. Aussi, par sa notion d'hospitalisme, **R.Spitz** a mis en évidence les carences psychiques, voir corporelles, d'un enfant se trouvant dans un environnement affectivement pauvre et ne recevant pas de soins nourriciers.

A. Généralités

1. Définitions

Selon le **Larousse médical**, le développement de l'enfant se caractérise par *« l'ensemble des phénomènes qui participent à la transformation progressive de l'être humain de la conception à l'âge adulte ».*

La période de développement de l'enfant est composée de plusieurs étapes :

- du nouveau-né : de la naissance à 28 jours ;
- du nourrisson : de 1 mois à 2 ans ;
- de la petite enfance : de 2 à 6 ans ;
- de l'enfance : de 6 à 12 ans.

2. Principes fondamentaux

Le développement est lié à des facteurs héréditaires et hormonaux. Bien qu'il existe des tranches d'âge pour situer le développement de l'enfant par rapport à un groupe du même âge et sexe, il reste spécifique à chaque enfant (compte tenu de sa personnalité, son environnement, son rythme d'évolution).

Il repose cependant sur un certain nombre de lois :

⇨ La loi de différenciation : Le nouveau-né présente le passage d'une motricité involontaire et globale décrite par des décharges généralisées à tout le corps, à une motricité volontaire, fine et élaborée.

⇨ La loi de variabilité : L'évolution de l'enfant se fait dans le sens d'un perfectionnement progressif, chacun des moments de progressions formant un ensemble harmonieux, complet et logique. Cette évolution comprend des périodes de progressions rapides, de stagnations et de régressions. Le rythme de son expression clinique n'est donc pas linéaire mais souple et changeant.

⇨ La loi de succession : Le schéma de développement, suivant une même séquence, est identique pour chaque enfant. Ainsi la succession d'apparition des différentes acquisitions est remarquablement constante malgré l'unicité de chaque individu.
Cette progression est intimement liée et guidée par la maturation neurologique qui est régis par deux lois :

- La loi céphalo-caudale : La maturation tonique et le contrôle du corps sont réalisés selon une logique descente : la tête, la ceinture thoracique, le dos, la ceinture pelvienne puis les membres inférieurs.

- La loi proximo-distale : Le contrôle tonique et corporel concerne en premier lieu les segments situés prés de l'axe corporel puis progressivement ceux les plus éloignés de l'axe permettant des manipulations de l'environnement; l'épaule avant la main par exemple.

3. Influence des facteurs externes

L'enfant se développe en interaction avec son milieu. Ainsi le cercle familial, culturel et social (l'école et les pairs) dans lesquels il évolue influe son développement. Il est donc essentiel de situer ce développement dans une pluralité de contextes et de prendre en compte les impacts de ces divers environnements.

En règle général un environnement particulièrement défavorisé, peu stimulant et peu étayant n'est pas propice pour un développement harmonieux.

B. D’un point de vue cognitif et intellectuel

L’enfant depuis sa naissance se construit par les expériences qu’il est amené à vivre. C’est **J.Piaget** qui fut l’un des pionniers à écrire sur le développement de l’intelligence. Il situe ce développement dans une interaction permanente entre le sujet et son monde extérieur.

Pour lui, l’intelligence naît de l’action. Il la dit issue de l’assimilation des données des expériences, qui sont modifiées pour s’accommoder aux données nouvelles de l’expérience. L’intelligence est donc assimilation puis accommodation.

Il retient 4 facteurs généraux responsables du développement mental :

- la maturation nerveuse ;
- l’exercice et l’expérience acquise dans l’action effectuée sur les objets ;
- les interactions et les transmissions sociales ;
- l’équilibration.

Ce développement suit plusieurs étapes qui sont les mêmes chez tous les enfants, chaque stade devant être intégré pour passer au suivant :

- L’intelligence sensori-motrice : de la naissance à 2 ans.

C’est une intelligence de l’objet, des personnes et des situations en présence. L’enfant expérimente des choses, reproduit des gestes et des comportements qui ont eu un effet intéressant sur lui et sur l’environnement. Le schéme est l’élément principal de l’intelligence sensori-motrice. Il n’y a ici ni pensée ni représentation juste perception de la motricité et des sens permettant progressivement une construction de la pensée.

- L’intelligence pré-opératoire : de 2 à 6 ans.

L’intelligence devient représentative par l’accès à la fonction symbolique qui permet à l’enfant d’évoquer des objets ou situations en leurs absences. Cette fonction a lieu à travers le langage, l’imitation différée, l’image mentale, le dessin et le jeu symbolique. L’enfant commence alors à se représenter et à élaborer ce qu’il a vécu sur le plan perceptif et sensori-moteur auparavant.

- Le stade des opérations concrètes : entre 6 et 11 ans.

Au cours duquel, l’enfant acquiert la réversibilité de la pensée, ainsi s’élabore les opérations de classification et de sériation, et se constituent les invariants de substance, de poids et de volume. A ce stade, l’intelligence ne peut encore se détacher des éléments concrets.

- Le stade des opérations formelles : de 11 à 16 ans.

Durant cette période l’enfant a réussi à se libérer du concret dans son raisonnement, apparait alors la pensée formelle et le raisonnement hypothético-déductif.

Ces nouvelles capacités sont visibles dans son langage et son comportement, l'enfant étant maintenant capable de réflexion avant de s'exprimer ou d'agir pour expérimenter.

Selon la théorie de **J.Piaget**, le développement cognitif est donc une mentalisation progressive de l'action : c'est une vision dynamique du développement de l'intelligence.

D'autres auteurs ont permis d'éclairer ce développement cognitif.

H.Wallon, par exemple, qui considère, à l'inverse de **J.Piaget,** le développement cognitif non pas comme un continuum mais s'effectuant de manière discontinue. Pour lui, la maturation du cerveau permet de comprendre ou de déterminer les étapes du développement mais c'est le milieu social qui permet à une activité d'apparaitre.

On peut également citer **L.Vygotski** qui présente une approche du développement psychique basée sur 3 points clés :

- L'approche historico-culturelle : l'évolution des fonctions psychiques supérieures (attention, mémoire ou langage par exemple) est en lien avec la société dans laquelle on évolue ;

- L'ancrage social du développement : le développement de l'enfant a lieu par les interactions avec les autres, et c'est le statut asymétrique de ces interactions (c'est à dire interagir avec un autre plus compétent que moi) qui est le moteur du développement ;

- La notion d'instruments psychologiques : tels que le langage, l'écriture ou les symboles algébriques que l'enfant va progressivement intérioriser.

Selon lui, le développement est conditionné par l'apprentissage. À travers ce lien apparait la notion de zone proximale de développement. Cette notion représente l'écart qu'il y a entre ce que l'enfant peut faire seul et ce qu'il est capable de faire avec l'aide de quelqu'un plus expert que lui. Le développement cognitif a donc lieu en interaction avec l'accompagnement de l'environnement pour l'acquisition de nouvelles capacités intellectuelles (et motrices).



C. Et la place du corps dans ce développement ?

Je considère la construction corporelle comme étant la connaissance, l'investissement et la prise de conscience que l'enfant va faire de son corps pour le vivre pleinement. Ce qui correspond à un schéma corporel abouti, intégré et représenté; et à une image du corps investie positivement narcissiquement.

Cette construction corporelle définissable comme un processus actif, qui débute dès la naissance, sera en perpétuel remaniement tout au long de la vie.

Cette évolution est divisée en différents stades allant du corps subi au corps représenté, en passant par le corps vécu et perçu. Cependant ces stades même s'ils respectent un certain ordre chronologique ne se succèdent pas simplement, mais se chevauchent et s'enrichissent mutuellement.

1. Corps subi

À la naissance le bébé n'a pas conscience de lui, que ce soit psychiquement ou corporellement. Jusqu'à l'âge de 3 mois, on parle alors de corps subi car le nourrisson n'en possède pas la maîtrise.

Cette naissance marque un changement radical : le passage d'un espace d'apesanteur à la pesanteur terrestre, débute alors la vie aérienne associée à un assaut de stimulis extérieurs. Face à l'ensemble de ces nouveautés le bébé vit son corps de maniére désorganisée et morcelée.

Le bébé qui présente une immaturité conséquente, ne peut répondre à ses besoins vitaux importants. Il se trouve alors dans une dépendance totale à l'environnement.

Selon **D.Winnicott,** l'enfant se trouve dans *une phase de dépendance absolue* aux soins maternels de la mère. L'enfant pense alors ne faire qu'un avec le corps de sa mère, et être en fusion avec celle-ci. À ce propos, **F.Dolto** dira que le nourrisson se sent *« un attribut de l'être de sa mère »* (20; p.314).

Cette dépendance du nourrisson est de différents types (27) :

- pratique : le bébé a besoin qu'on lui prodigue des soins (alimentaires, hygiéniques) ;
- affective : le bébé ayant besoin d'être aimé ;
- psychique : il est nécessaire que les états du bébé soient pensés pour lui, ses capacités représentatives ne lui permettant pas de le faire pour lui-même.

Face à l'ensemble de ces besoins, l'on relève chez la mère une capacité à être captée par ceux-ci. Une capacité d'empathie à savoir ce dont son nourrisson à besoin : ce mécanisme est intitulé, par **D.Winnicott,** sous le terme de *préoccupation maternelle primaire* (13; p.83).

Au cours de cette période, le bébé est assailli d'informations sensorielles de tous types (tactiles, auditifs, visuels, gustatifs ou olfactifs). **A.Bullinger** parle de flux sensoriels (16), définissable comme un ensemble dynamique de signaux continus et orientés qui vont venir stimuler la surface sensible d'un capteur mobile. Les flux tactiles, par exemple, vont venir stimuler toute la surface du corps et permettre d'en ressentir les limites.

En complémentarité du rôle de pare-excitation de la mère, le bébé est en capacité d'affronter dans une certaine mesure l'ensemble de ces stimulus. Dès sa naissance, il dispose de certaines compétences sensorielles et perceptives. Par exemple, il est en capacité de reconnaitre l'odeur de sa mère, il possède une vision focale efficace à une distance de 30 cm et perçoit notamment très bien les reliefs et contrastes.

Cependant, le bébé n'est neurologiquement pas équipé pour réagir à travers une motricité fine et adaptée à ces flux sensoriels. Sa réaction sera en premier lieu de l'ordre d'une impulsivité motrice associée à des réflexes archaïques, qui sont des mouvements automatiques involontaires sans modulation.

On peut citer, par exemple, *le réflexe de Moro* : lors d'un déséquilibre ou d'un événement surprenant, le bébé écarte ses bras symétriquement puis les rejoins sur sa poitrine dans un mouvement d'arc de cercle.

Progressivement, ce flot constant d'informations sensorielles parvenues au bébé sera à l'origine de modulations toniques. Le tonus étant la légère tension dans laquelle se trouve tout muscle squelettique normal non engagé dans une action spécifique.

A ce stade de son développement, le tonus est l'unique moyen à la disposition du bébé pour communiquer ses états à autrui.

Comme le souligne **S.Robert-Ouvray**, *« la tonicité est directement liée à l'affect »* (25; p.43). Ainsi, à partir de ce tonus, va s'instaurer dans la relation entre le bébé et son objet maternant un dialogue tonico-émotionnel.

Cette notion de *dialogue tonico-émotionne*l est développée en 1977 par **J. de Ajuriaguerra** qui le considère comme étant « *le reflet des états émotionnels des partenaires transmissibles de l'un à l'autre »* (2).

Au cours de cette période, il occupe une place particulièrement importante, notamment durant les moments de portage et de soins. Dans ces moments de dialogue, les signaux corporels, posturaux ou toniques sont transmis de maniére spontanée par le bébé, en réponse immédiate à ses besoins et états émotionnels.

Le rôle de l'objet maternant est alors d'être à leur écoute pour s'y adapter. **D.Stern** parle *d'accordage affectif* qui est cette imitation transmodale de la mère pour traduire à son bébé son état affectif et s'y accorder. **C.Potel** parlera elle d'une *« puissance de résonance du corps maternel qui vibre au corps du bébé »* (23; p.78) pour désigner cette capacité qu'a la mère à s'adapter corporellement (mais aussi psychiquement) à son bébé, par ce qu'elle ressent à travers son corps.

Ces éléments reçus doivent également être détoxiqués, c'est à dire pensés par le propre appareil psychique de la mère qui les rend ainsi disponible au bébé. Cela correspond à *la fonction alpha* développé par **W.Bion,** qui est une fonction de symbolisation des expériences du bébé. Pour être efficiente, cette mise en sens doit coïncider avec ce que la mère perçoit de son bébé.

Cette mise en travail intellectuel d'interprétation et de symbolisation par la mère se fait dans une répétition apportant une rythmicité. Petit à petit, cela est source d'une anticipation par l'enfant lui permettant d'éprouver l'effet organisateur d'un sentiment de continuité d'existence.

Ce sentiment de continuité d'existence est également perçu durant les moments de soins nourriciers, à travers les concepts de *holding* et *handling* de **D.Winnicott** : (13; p.78)

- Le holding étant la façon dont l'enfant est porté. Il a pour fonction de protéger l'enfant des expériences angoissantes qu'il ressent par les bras de la mère qui le soutient et le contient.
- Tandis que le handling est la maniére dont l'enfant est traité, manipulé et soigné. C'est à dire l'ensemble des soins apportés par la mère qui doivent être de qualités et cohérents pour être source de sensations et d'unification corporelle.

Cette période du corps subi est notamment marquée par la construction de *l'espace oral*. Selon **A.Bullinger** cet espace oral, ou zone buccale, est une zone de capture (de la tétine ou du mamelon) avec une fonction d'exploration (des formes, textures ou goûts). L'investissement de cet espace est permis par la position d'enroulement du portage qui permet au bébé de se recentrer, d'intégrer une première ébauche de son axe corporel et d'élaborer un sentiment de contenance.

Selon **S.Freud**, c'est également la première zone érogène du bébé, c'est à dire investie libidinalement.

La sensation de faim associée à cette zone entraine une réponse maternelle à savoir celle de nourrir son enfant. Le bébé va ainsi connaitre la sensation de satiété et vivre ses premiers sentiments de contenance (dans sa bouche et son estomac) et vivre les prémices de notions plein/vide dans une rythmicité de dedans/dehors.

2. Corps vécu

Ce stade débute à l'âge des 3 mois de l'enfant et s'étale jusqu'à ses 3 ans. A l'étape précédente, le bébé ressentait les contours de son corps par procuration, à travers les manipulations de son environnement et ce qu'il lui en disait.

Durant le stade actuel, le bébé va progressivement ressentir de maniére autonome son corps et ses limites.

Selon **C.Potel,** c'est *« dans la relation au corps de la mère que se forme la constitution d'une enveloppe qui contient, protège, limite »* (23). Cela a lieu dans le portage, qui par les sensations tactiles, kinesthésiques ou la diffusion de chaleur qu'il propose, participe à l'élaboration d'une enveloppe et unité corporelle.

Cette enveloppe participe à la prise de conscience des limites du corps, apportant un sentiment de corps unifié. Ce qui participe à l'intégration de la différenciation de dedans/ dehors, ainsi progressivement le bébé établira une distinction entre son propre corps et le corps de l'autre.

Les moments de portage apportent également le vécu et l'expérimentation d'un sentiment de contenance dans les bras de sa mère, grâce à quoi le bébé sera en capacité d'intérioriser ce sentiment et de se *« sentir suffisamment contenu dans sa propre peau »* (9; p.87).

A la naissance, la répartition tonique du bébé correspond à une hypotonie axiale et une hypertonie segmentaire. Progressivement, cette organisation tonique va être amenée à s'inverser. Ainsi, l'augmentation du tonus du tronc va permettre au bébé d'acquérir de nouvelles compétences motrices comme la tenue de sa tête, les retournements ou la station assisse. Ces nouvelles capacités corporelles seront de nouvelles manières et occasions de découvrir son corps de façon active et autonome.

Cette poussé du tonus va également permettre le développement d'une enveloppe tonique favorisant un sentiment de cohésion corporelle, et d'un corps solide qui tient.

A ce stade, selon **D.Winnicott** (13; p.79), le bébé intègre une *phase de dépendance relative* à sa mère. Il se différencie progressivement d'elle par les carences d'adaptations mineures qu'elle apporte, ainsi que par la mise à distance corporelle entre la mère et le bébé, engendrée notamment par le rôle de tiers du père.

Cette période marque donc le processus d'autonomisation progressive du corps permettant à l'enfant de se l'approprier et d'en prendre possession.

En lien avec la loi de maturation céphalo-caudale, disant que la maturation tonique se fait du haut du corps vers le bas, il est en est de même pour l'intégration du schéma corporel selon **S.Robert-Ouvray** (25; p.44); qui considère sa maturation comme le résultat de l'intégration des schèmes de base de l'enfant. Un schème de base étant *« la plus petite unité motrice structurée de notre organisation motrice »* (25; p.34).

Pendant les premiers temps de vie, compte tenu de l'immaturité neurologique, les différents schèmes de base ne sont pas coordonnés entre eux. Ils sont alors expérimentés de façon fragmentaire ce qui est source d'une intégration partielle du corps. C'est par les interactions à l'environnement et par la maturation neuro-motrice que la coordination des schèmes a lieu.

Dans cette découverte et construction corporelle de l'enfant, l'intégration des schèmes de base de **S.Robert-Ouvray** (25) sont à mettre en parallèle avec l'intégration des différents espaces corporels selon **A.Bullinger**.

Pour lui, la découverte au moment de la naissance de *l'espace de la pesanteur* et des forces de gravité va participer à la construction de la proprioception et à l'expérimentation des points d'appuis pour accéder à la verticalité.

S.Robert-Ouvray parle de *schème d'enroulement*, c'est à dire un *« mouvement primaire narcissique de préoccupation fondamentale de soi »* (25; p.46), à l'origine d'une sécurité et confiance en soi. C'est sur cette base que s'étayera l'ouverture du corps vers l'extérieur.

Par la suite, lors de l'intégration de *l'espace du buste,* l'enfant découvre la coordination et l'équilibration entre l'avant et l'arrière du corps.

Les appuis apportés par l'environnement lors du portage, au niveau de la nuque, du bassin et du dos, sont primordiaux pour la perception arrière du corps. Par ces appuis, les phénomènes d'hyper-extension du bébé sont limités et ramènent l'intérêt de l'enfant vers l'avant de son corps. Ainsi, l'alternance de moments de flexion et d'extension va permettre la construction d'un haubanage avant-arrière, en plus de construire un arrière-fond et de permettre de découvrir son avant.

Puis, *l'espace du torse*. Lorsque les musculatures abdominales et dorsales sont renforcées le bébé dispose d'un tonus suffisant pour être dans le redressement, apparaissent alors des mouvements de torsions et des postures asymétriques entre les deux hémi-corps. Cela marque le début des coordinations gauche-droite, avec une unification des hémi-corps par l'espace oral participant à l'intégration de l'axe corporel.

Pour **S.Robert-Ouvray,** c'est l'étape du *schème de l'axialité et de la symétrie*. Le bébé étant organisé par un axe de symétrie qui sépare le corps en deux espaces.

Enfin, *l'espace du corps*. La découverte visuelle du bas de son corps et la mobilité croissante de son bassin permettent à l'enfant d'acquérir des coordinations entre le haut et le bas de son corps. Puis l'accès à la locomotion va lui permettre d'explorer et d'intégrer les différents appuis lui permettant de faire de son corps : un corps « explorateur » du monde environnant.

Ainsi à la fin de ces étapes l'enfant perçoit son corps unifié et verticalisé selon quatre dimensions : dedans/dehors, avant/arrière, haut/bas et droite/gauche.

Durant cette période du corps vécu, une place importante est accordée aux sensations dans la découverte de son corps. L'activité principale d'ordre sensori-motrice est donc capitale car permettant de le sentir sous différentes facettes.

Une illustration de ces activités sensori-motrices :

Les déplacements de l'enfant sur différents types de sol (dans l'herbe, sur du carrelage froid ou un tapis doux) sont à l'origine de nouvelles sensations tactiles sur toutes les surfaces d'appuis au sol de son corps. Ce qui permet à l'enfant de percevoir sa peau de différentes manières.

Selon le plan d'inclinaison et les irrégularités de ces sols les appuis et l'équilibre sont mis en jeu d'une maniére non habituelle à l'origine d'un recrutement tonique plus important, offrant alors l'occasion de ressentir son corps sous une nouvelle modalité tonique.

C'est une période d'expérimentation permettant la connaissance et la maitrise progressive de son corps par une découverte de ses capacités, en lien avec sa maturité neurophysiologique.

La période du corps vécu est marquée par un stade important dans la construction corporelle : le stade du miroir. Ce stade, développé par **J.Lacan**, comporte trois phases.

Une première marquée par l'émergence d'un intérêt pour le miroir visible par le bébé qui gazouille lorsqu'il se trouve devant le miroir et tente de le toucher. Cependant, il n'y perçoit pas son image mais un autre avec lequel il tente d'interagir et auquel il assimile sa propre image.

Dans un second temps, il perçoit que le miroir lui renvoie une image mais il ne l'attribue pas encore comme étant la sienne.

Ce n'est qu'aux alentours de ses 18 mois que l'enfant marque la reconnaissance de l'image dans le miroir comme étant son image propre. Comme le souligne **N. de Kernier** cela ouvre la voie de la représentation, symbolisation et subjectivitation (15; p.39). Par la visualisation dans le miroir de son image globale, individualisée et différenciée du corps de l'autre l'enfant va pleinement prendre conscience de son unité corporelle. Il est un être à part entière.

Précurseur à ce stade, on peut relever le visage de la mère qui par le regard qu'elle renvoi à son bébé, lui donne une image de lui-même et accentue son sentiment d'existence. La mère est ainsi pour l'enfant *« la source privilégiée d'une connaissance de soi précoce »* (26; p.283). **J.Lacan** parle lui d'aliénation dans le désir de l'autre : l'image de Moi constituée dans l'Autre et par l'Autre. (20)

Enfin, la période d'opposition qui a lieu vers les 2 ans de l'enfant illustre l'intégration de la différenciation d'autrui. Elle est marquée par l'apparition de sa capacité à dire « non », ainsi en en disant « non » l'enfant affirme son Moi, différent d'autrui.

3. Corps perçu

Au cours de cette période, allant de 3 ans à 7 ans, l'enfant n'est plus uniquement dans une modalité d'éprouvés corporels. Ces éprouvés sont à présent intégrés pour devenir progressivement des perceptions : l'enfant prend réellement conscience de son corps propre et de ses capacités corporelles.

La représentation, statique ou dynamique, qu'il s'en fait se développe de plus en plus, par la prise de conscience de sa posture dans l'espace et des positions de ses différents segments corporels. En effet, il est à présent en capacité d'avoir une attention centrée sur ses sensations et perceptions corporelles du fait du développement de sa proprioception. L'enfant est alors en mesure de modifier son geste lorsqu'il n'est pas efficient ou mal exécuté pour s'adapter au mieux à l'environnement.

> Par exemple, lors d'un parcours psychomoteur, l'enfant s'adapte et trouve différentes manières de franchir les éléments en fonction de ce qu'il connaît de son corps et de ses capacités corporelles. On pourra donc être dans une créativité d'un passage à l'autre.

Progressivement à cette intégration des éprouvés, va se développer chez l'enfant la capacité à représenter graphiquement son corps à travers le dessin ou la pâte à modeler, par exemple. Dans ce processus, l'apparition du rond fermé, dans les dessins de l'enfant, est une étape importante. Elle marque une première représentation d'unité corporelle, en étant révélatrice de l'intégration de l'enveloppe corporelle unifiée.

Progressivement, le dessin du bonhomme va s'enrichir et devenir assez complet, passant d'un bonhomme têtard à un bonhomme complet articulé.

Aux alentours de 8-12 ans, le dessin du bonhomme va devenir sexué et riche en détails et accessoires, l'inscrivant dans une histoire à l'image de l'imaginaire de l'enfant ou de ce qu'il vit au quotidien. La place de l'identité corporelle dans ce dessin prend alors de plus en plus de place.

L'éclosion du langage permet à l'enfant d'enrichir considérablement sa somatognosie, c'est à dire son vocabulaire corporel. La verbalisation et dénomination de ces parties du corps participe à leur prise de connaissance. Ainsi, un enfant de 3 ans est en capacité de nommer et d'indiquer, sur soi et autrui : mains, pieds ou ventre. Vers l'âge de 5 ans apparait des termes tels que lèvres, épaules ou coudes. Tandis que ceux de chevilles ou avant-bras apparaissent autour de 7ans.

Le développement de la dénomination des parties du corps et l'évolution du dessin du bonhomme montre une évolution des aspects symboliques de cette connaissance du corps.

Par la mise en place de sa latéralité, l'enfant va progressivement distinguer les éléments corporels qui se trouvent de chaque côté de ses deux hémi-corps.

Le jeu symbolique qui montre l'accès à la représentation de l'objet absent est à son apogée durant cette période du corps perçu. Il correspond durant des temps libres à des jeux de faire semblant, d'imitations, à partir de l'imagination de l'enfant et de sa connaissance et compréhension de la réalité.

Par ce jeu l'on constate que l'enfant n'est plus dans une utilisation unique de conduites exploratrices de son corps. Il met également en évidence l'intégration de la différence : il y a moi, il y a toi et ce n'est pas pareil mais j'ai envie de te ressembler et de faire comme toi donc je t'imite.

Enfin, *le stade du complexe d'oedipe.* Au cours duquel, l'enfant éprouve un sentiment d'amour pour le parent du sexe opposé et de haine pour le parent du même sexe. Progressivement, ces pulsions non conscientisées du corps vont être source d'un interdit structurant dans la maitrise de son corps : celui de l'intégration de l'interdit de l'inceste.

Ce stade est également marqué par la découverte de la différence anatomique des sexes, ce qui va permettre à l'enfant de se différencier et de s'identifier sexuellement à un genre. C'est donc une étape importante dans la construction de l'identité sexuée.

Selon **C.Potel** (23), cette identification sexuelle, ce sentiment d'être un petit garçon ou une petite fille, se vit également dans les éprouvés vécus par l'enfant lors des soins, qui sont différents selon que l'on soit une fille ou un garçon.

Pour résumé cela, nous pouvons faire référence, à **C.Chiland** (22; p.70) pour qui *« l'identité sexuée se construit sur les bases de la découverte de la différence anatomique des sexes, des sensations corporelles ainsi que des mécanismes identificatoires oedipiens »*.

4. Corps connu et représenté

Jusqu'à l'âge des 12 ans de l'enfant on assiste à la période du corps représenté, à l'issue de laquelle on considère le schéma corporel comme établi.

L'enfant va passer d'une perception globale de son corps à une connaissance des différentes parties de celui-ci, d'abord chez lui puis chez l'autre. Il est capable de montrer et nommer les différentes parties de son corps sur lui-même mais aussi sur un autre enfant.

Pendant cette période, il peut faire preuve d'orientation corporelle par la connaissance fine et perceptive de son corps, via la proprioception, et par sa connaissance des différents termes d'orientations et de positionnements corporels. Ainsi, l'enfant est en mesure d'orienter son corps par consigne verbale ou visuellement par imitation.

Il présente également des capacités de réversibilité et ne vit plus les choses uniquement selon un référentiel égocentré, mais aussi exocentré et établit les repères topologiques selon le référentiel de la personne en face de lui. Progressivement, il fera preuve d'une capacité de décentration lui permettant de se mettre à la place de l'autre pour s'orienter.

En lien avec son développement intellectuel, l'enfant peut faire preuve de capacité de représentation mentale lui permettant d'anticiper un geste compte tenu de l'environnement. Ce qui lui impliquera de devoir en prédire les conséquences par un phénomène d'anticipation afin de le rendre efficace.

Ces représentations de l'action se construisent sur la base des informations sensori-motrices intégrées par le corps en action lors des étapes précédentes.

> Lorsqu'en vélo sur une petite route, l'enfant aperçoit au loin une branche d'un arbre plus basse que les autres : avant d'arriver à son niveau il va être en mesure de se représenter sa tête qui se baisse et son dos qui se courbe afin de ne pas la toucher.
>
> Cette adaptation reposant sur ses expériences passées.

Ainsi, par la conscience de son corps en mouvement, l'enfant qui est de plus en plus à l'aise avec son corps, fait preuve d'organisation corporelle lui permettant de s'adapter aux circonstances spatiales.

A l'aube de l'adolescence, la notion d'image du corps prend de plus en plus de place chez l'enfant. Cette image possède un lien important au narcissisme dont le socle se trouve dans la qualité du regard qu'a porté sur nous l'objet maternant.

F.Dolto (20) parle d'*image inconsciente du corps*, d'une mémoire inconsciente du vécu passant par le corps qui se façonne par les émois précoces éprouvés dans la relation avec les parents.

Elle possède trois aspects :

- structural : par l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes
- dynamique : l'image du corps étant le fruit d'une élaboration, et le développement la remanie à travers le temps
- relationnel : l'image du corps s'élaborant uniquement dans des rapports d'échanges et de langage à autrui

Selon **F.Dolto** cette image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. Elle la dit personnelle car liée à l'histoire du sujet, et portant en elle les traces des rencontres avec autrui. Elle est inconsciente mais possiblement préconsciente quand elle s'associe au langage.

A l'issu de cet exposé des étapes de la construction corporelle nous pouvons proposer une définition des notions de schéma corporel et d'image du corps :

⇨ **Le schéma corporel** n'est pas inné et se construit au cours du développement. Il résulte de l'intégration de l'ensemble des informations sensorielles extéroceptives (visuelles et tactiles) et proprioceptives (cénesthésiques et kinesthésiques).

Il est la somme de connaissances des différentes parties de son corps (c'est à dire la somatognosie) et de leurs liens, associé à leurs consciences.

Son élaboration suit une évolution en plusieurs étapes en lien avec la maturation du systéme nerveux et du développement psychologique. Il sera perpétuellement remis en question par nos expériences de vie, auxquelles il se ré-ajustera continuellement grâce aux phénomènes de plasticité cérébrale.

Selon **C.Potel**, *« le schéma corporel sera la résultante de toutes les actions auxquelles l'enfant recourt pour utiliser son corps et ses potentialités, pour connaitre son corps dans l'espace et dans le temps. Le schéma corporel est une organisation du corps, un corps construit comme une entité et non pas comme une somme de parties dissociées et ajoutées les unes aux autres »* (23; p.136).

On peut donc le définir comme la connaissance objective d'un corps complet organisé et de sa représentation plus ou moins consciente. Son intégration étant à l'origine de la perception des différents segments corporels, de leurs positions et de leurs volumes à chaque instant, il aura pour fonction de servir de point de référence à l'action.

⇨ **L'image du corps** est l'image de soi en lien avec nos expériences psycho-corporelles dans les relations. Elle se construit notamment dans le regard que les autres portent sur nous et dans les expériences en relation qui forment le socle identitaire.

Elle est, comme le schéma corporel, en évolution constante selon nos événements de vie (adolescence, grossesse par exemple). Cependant, elle est à distinguer du schéma corporel qui peut être efficient, organisé et intégré, tandis que l'image du corps est narcissiquement pauvre.

Ces deux concepts constitutif de la représentation du corps sont bien souvent opposés, or comme le souligne **J.Boutinaud** ils seraient préférable de les considérer *« comme deux brins d'une même tresse, toujours en lien et en interaction et au cœur du développement du rapport de l'enfant à son corps »* (6; p.162).

Comme j'ai pu le mettre en évidence tout le long de cette présentation : la conscience du corps s'élabore dans la relation à l'autre et à l'environnement. De plus, construire son corps et se l'approprier ne nécessite pas que des expériences motrices mais bien un long et complexe travail psychique de différenciation et d'individuation.

Ce travail psychique supporté dans les premiers temps par la mère sera saisit progressivement par l'enfant qui sera alors en mesure de symboliser son corps et ainsi de se le représenter comme une entité unifiée et différenciée du corps de l'autre.

Ainsi cette appropriation de son corps, donc de soi-même, synonyme de véritable autonomisation ne se fait pas sans craintes, peurs et régressions selon les événements de vie.

Le sujet de mon mémoire concerne tout particulièrement l'enfant. Cependant, je rencontre de nombreux adolescent(e)s sur mon lieu de stage, qui compte-tenu de leur pathologie présente un niveau de développement correspondant plutôt à celui d'un enfant ainsi certaines vignettes cliniques les concerneront. Pour autant, il me paraît important de présenter les caractéristiques de l'adolescence, et les problématiques corporelles qui s'y attachent.

D. Remaniements au cours de l'adolescence

Selon le **Larousse**, l'adolescence est la *« période de vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté »*.

Le terme *« adolescent »* ou *« adolescente »* désigne celui qui grandit dans cette période : un enfant qui devient plus grand.

Classiquement, l'entrée dans l'adolescence commence aux alentours de 11/12 ans chez les filles et 13/14 ans chez les garçons, et se termine à l'entrée dans l'âge adulte que l'on situe dans le début de la vingtaine.

Cette période est synonyme de grands remaniements sur différents plans :

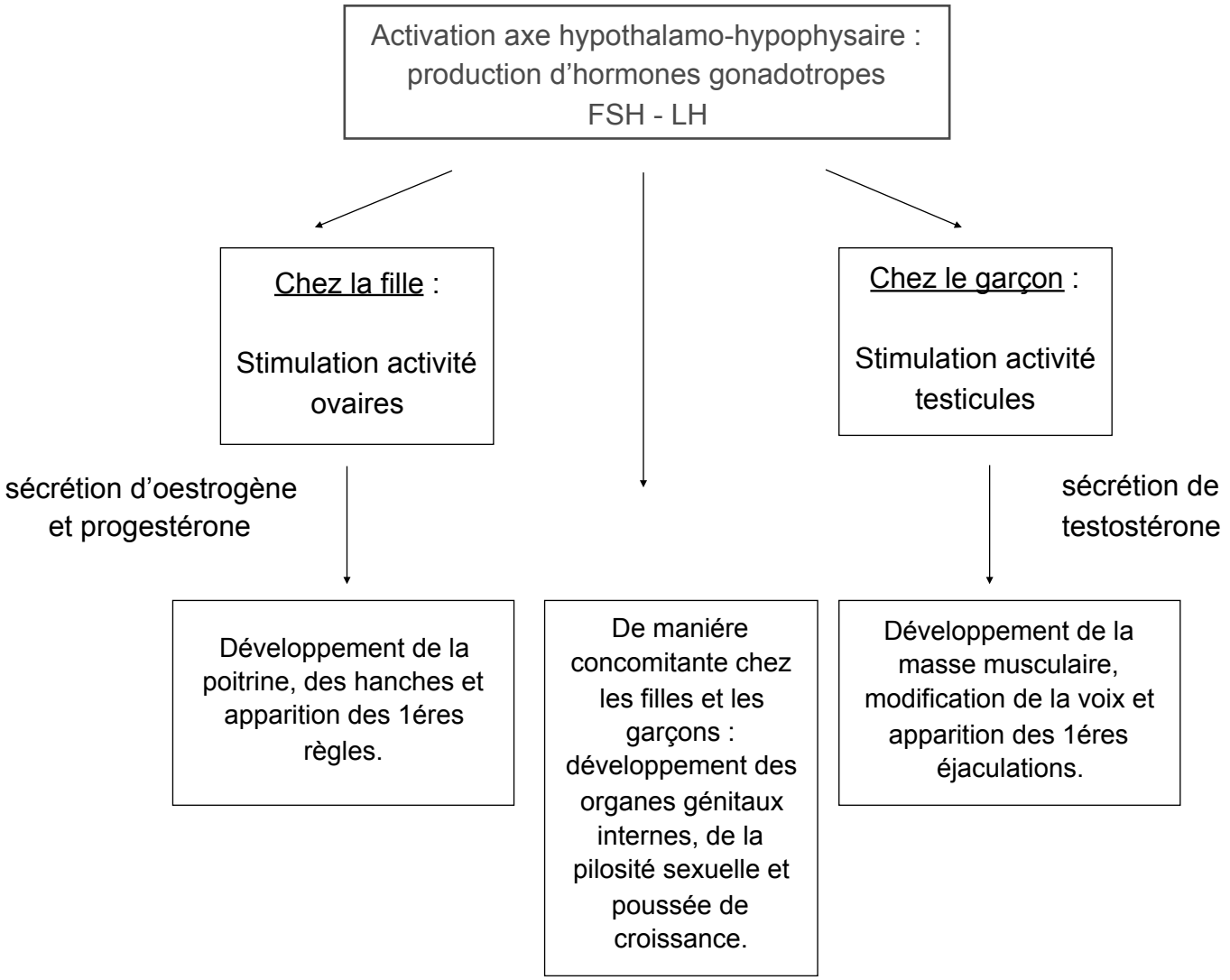
- Sur le plan sociétal : la date symbolique des 18 ans synonyme de changements de droits et de devoirs ;
- Sur le plan physiologique : le début de la puberté avec de nombreuses modifications corporelles ;
- Sur le plan cognitif : le développement de la pensée abstraite ;
- Sur le plan psychologique : marqué par le changement du statut d'enfant vers celui de jeune adulte impliquant de nouvelles responsabilités et attentes de la société.

1. La puberté

Selon le **Larousse**, la puberté est *« la période de transition entre l'enfance et l'adolescence, caractérisée par le développement des caractères sexuels et par une accélération de la croissance staturale, et conduisant à l'acquisition des fonctions de reproduction ».*

Cette période, durant laquelle la problématique du corps adolescent est grande, débute par un ensemble de modifications hormonales et physiologiques.

Voici un schéma explicatif des mécanismes hormonaux et physiologiques mis en place durant cette période :



Tout au long de la puberté c'est donc principalement par et à travers le corps que l'adolescent(e) va vivre et éprouver l'ensemble de ces changements. Quels impacts ce corps transformé et imposé aura-t'il ?

2. Des remaniements psychologiques et identitaires

A la suite de ces changements neuro-corporels provoqués par l'entrée dans la puberté, l'adolescent(e) est soumis par écho à de nombreux remaniements d'ordres psychiques.

P.Gutton introduit la notion de *« pubertaire »*, à travers laquelle il désigne l'ensemble des remaniements psychiques liés à la puberté. Il parle même de *« traumatisme pubertaire »* qu'il définit comme étant une *« brusque entrée de la passion adulte dans la tendresse de l'enfance : folie sexuelle sur terre vierge »* (15; p.147). Il rend ainsi compte du réveil du conflit Oedipien et des remaniements pulsionnels qui en découle.

En lien avec la notion psychanalytique du complexe d'Oedipe, l'adolescent(e) qui jusqu'alors s'identifiait principalement à l'imagos des images parentales va se détourner du groupe familial qui est devenu dangereux. En effet, cette mise à distance lui permet de se protéger de ses pulsions sexuelles suite à la ré-émergence de ce conflit.

L'adolescent(e) traverse alors une période de crise identitaire marquée par cette rupture dans les identifications parentales. L'adolescence est ainsi décrite comme un *« nouveau scénario de séparation et de différenciation »* (24) de l'enfant envers ses parents marquée par un désir d'émancipation visible, par exemple, par l'apparition de phénomènes nouveaux de transgression des règles parentales.

L'ensemble de ces bouleversements identificatoires vont l'obliger à réajuster son groupe d'appartenance. Pour **J-B.Chapelier** (15), le jeune adolescent est à la recherche de relations horizontales et mono-générationnelles, en opposition au groupe familial qui est un mélange de générations et de relations verticales. Il va alors chercher à intégrer un groupe de pairs constitué de jeunes du même âge que lui et qui partagent des valeurs, activités et codes communs.

La quête identitaire de l'adolescent(e) effectuée à travers le groupe comprend deux temps selon **C.Potel** (24), un premier temps d'appartenance totale aux identifications du groupe permettant alors d' *« échapper à l'angoisse d'être soi et seul »*.

J-B.Chapelier (15) parle de cette période comme permettant d'assurer une fonction d'étayage transitoire du narcissisme. Le narcissisme étant la qualité du regard, l'amour porté sur soi mais aussi la sensibilité au regard de l'autre et la quête du regard de l'autre.

Ce premier temps sera suivi d'un deuxième temps où le jeune se dégage de l'identité commune du groupe pour affirmer qui il est dans toute *« sa différence, sa singularité, son originalité »* (24).

Comme le souligne **P.Jeammet** (38), cette période s'agit pour l'adolescent(e) *« de s'approprier sa subjectivité, sa capacité de désirer, de parler en son nom. Cela se traduit forcément par une crise psychique interne ».*

En effet, il développe sa propre subjectivité et ne prend plus au pied de la lettre ce qu'on lui dit mais remet en question les propos d'autrui et s'interroge.

Face à ce nouveau corps, dont l'adolescent(e) ne peut contrôler les modifications, des situations de malaises et d'incompréhensions peuvent apparaitre. Le corps change et devient comme étranger et remet alors en question l'identité du jeune qui peut venir à ne plus se reconnaitre. Sur un plan narcissique, l'adolescent peut se situer dans une ambivalence entre fierté et gène de ce nouveau corps sexualisé.

Cela laisse présager de l'importance des répercussions sur le corps.

3. Aux répercussions corporelles

« Le corps est embarrassant, étranger et énigmatique. » (24) Ces propos de **S.Hefez** concernant le corps adolescent illustrent toute la problématique de cette période de bouleversements.

En parallèle de la sexualisation de ce corps, apparaissent les premiers comportements masturbatoires. Ces comportements mis en place pour la satisfaction de nouveaux besoins sont également un moyen de découvrir et de se ré-approprier ce nouveau corps dans toute son intimité.

Comme le dit **C.Potel**, *« le corps devient une carte d'identité. Il clame ce que l'on est, ou ce que l'on veut être »* (23; p.47). L'adolescent(e) est alors dans un souci particulier de son esthétique et de ce qu'il renvoie aux autres. Cela est visible, par exemple, à travers ses choix vestimentaires ou des modifications corporelles apportées (tatouages ou piercings) qui traduisent sa personnalité, son appartenance à un certain groupe social mais qui sont également des moyens de se ré-approprier ce nouveau corps.

Mais l'adolescent est également sensible à ce que lui renvoie les autres sur lui-même selon les attentes de la société véhiculées à travers une pression culturelle (dans les magazines ou sur les réseaux sociaux), qui sont sources de stéréotypes concernant les représentations du corps.

En écho à cela,

Yann, 12 ans, s'identifie énormément à ses joueurs de football préférés disant qu'il arrive à faire telle prouesse technique (de type salto avant) comme tel joueur de football. De plus, il demande régulièrement à sa mère de lui acheter des vêtements de marques, peut-être pour être à l'image de ces mêmes joueurs de football.

Joseph, 13 ans, est lui en surpoids. Depuis peu il saute les repas du midi pour tenter de maigrir. Le regard de l'autre (peut-être moqueur) posé sur lui et sur son corps qui ne répond pas aux critères de normes touche son estime et le place dans une souffrance qu'il pense pouvoir apaiser en se faisant du mal.

Laurie dira un jour à Béatrice, tout en se regardant dans le miroir, « T'as de la chance toi t'as pas de boutons » : l'image que le miroir lui renvoie semble ne pas la satisfaire à cet instant.

Cette dernière illustration clinique montre que des situations de complexes liées à son apparence physique peuvent apparaître et être à l'origine de troubles de l'estime de soi associés à une image du corps négative. Pour certains, cela peut aller jusqu'à des troubles des conduites alimentaires ou des atteintes du corps agressives, de type scarifications.

Durant l'adolescence, le schéma corporel, modèle de référence à l'action, doit également être ré-actualisé par une écoute des nouvelles perceptions corporelles, concernant la taille et le volume de son corps tout particulièrement. Cela est nécessaire pour permettre à l'adolescent(e) d'avoir de nouveaux repères efficients et ainsi avoir des rapports cohérents à son espace et adapter sa motricité tant dans la force que la précision.

Comme nous venons de le voir dans cette partie, l'adolescent(e) se situe dans une position de re-découverte de son corps : il doit entrer dans un travail d'intégration progressive de ses changements physiques, ce qui l'amènera à se ré-approprier son corps et son identité. **C.Potel** nous dit elle pas que *« Parler du corps, en tant que socle d'une construction identitaire, porteur d'une identité différenciée, objet d'une appropriation autant physique que psychique »* (23; p.72).

Lorsque s'ajoute une problématique telle que la déficience intellectuelle : cette appropriation, quelle soit durant l'enfance ou lors de son remaniement à l'adolescence, ne se fait pas sans difficultés. C'est ce propos que je tenterai de mettre en évidence dans la suite de mon mémoire.

Partie II :

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

A. Compréhension de la déficience intellectuelle

En France, selon un rapport de **l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm)** (30) datant de mars 2016, la déficience intellectuelle légère pourrait concerner entre 10 et 20 personnes pour 1 000, soit 1 à 2 % de la population. La déficience intellectuelle sévère est quant à elle retrouvée chez 3 à 4 personnes pour 1 000.

1. Définitions

Avant d'aborder la notion de déficit intellectuel, il me parait nécessaire de définir la notion d'intelligence : ces deux notions étant fortement liées.

Selon le **Larousse**, l'intelligence est : *« L'aptitude d'un être humain à s'adapter à une situation, à choisir des moyens d'action en fonction des circonstances »*.

La personne déficiente intellectuelle serai alors dans l'incapacité de s'adapter à toute situation nouvelle nécessitant de faire un choix réfléchi d'action en conséquence de cette situation.

L'un des chercheurs emblématiques de cette notion est **A.Binet** qui considère l'intelligence comme une aptitude globale inée.

En 1905, à la demande du ministère de l'instruction publique qui souhaitait détecter les enfants incapables de suivre le cursus classique, il développa la première échelle métrique de l'intelligence. Cette échelle a permis de préciser à un moment donné et dans une situation précise ce que l'enfant savait ou ne savait pas faire pour ainsi : distinguer l'âge mental de l'enfant de son âge biologique.

À présent, la déficience intellectuelle est définit par **l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** comme étant *« la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences. Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante, un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement »* (33).

Tandis que **l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)** définit la déficience intellectuelle comme *« 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 »* (28).

Ces définitions permettent de mettre en évidence que la déficience intellectuelle est liée à un trouble de l'intelligence : la compréhension de concepts abstraits et la planification sont des domaines où la personne déficiente intellectuelle sera à priori en difficulté.

De ce trouble de l'intelligence découle généralement un trouble du fonctionnement social ou adaptatif, qui mettra l'individu en difficultés pour réaliser des tâches de la vie quotidienne (gérer son alimentation, se déplacer seul) ou obtenir un emploi, par exemple. Faisant écho à ces troubles, l'autonomie de la personne s'en verra alors grandement diminuée.

2. Classifications

La classification de la déficience intellectuelle se fait, de manière courante, en référence aux termes de quotient intellectuel (QI).

L'obtention de la valeur de ce QI est réalisée à travers des échelles métriques. Les plus répandues sont celles de **Weschler**, au nombre de trois et administrées selon l'âge chronologique de l'individu testé. Elles sont composées d'un ensemble de sub-tests évaluant l'ensemble des fonctions cognitives (à savoir la perception, l'attention, la mémoire, la motricité, le langage et le raisonnement).

A partir de ce QI, de nombreuses classifications ont vu le jour. Notamment par le **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disosdres (DSM)** publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA). Mais également par la **Classification Internationale des Maladies (CIM**) publiée par l'OMS.

Les dernières versions de ces classifications étant la DSM-V et la CIM-10. Dans lesquelles est associé à une fourchette de valeurs de QI une gravité de la déficience intellectuelle; cette gravité étant inversement proportionnelle à la valeur du QI.

Classification des niveaux de gravité de la DI en terme de QI (28)

Niveau de gravité de la DI	DSM-IV TR en termes de QI	CIM-10 en termes de QI (âge mental)	En général en termes d'écarts-types
Léger	50-55 à 70	50 à 69 (9-12 ans)	Entre -2 et -3
Moyen	35-40 à 50-55	35 à 49 (6-9 ans)	Entre -3 et -4
Grave	20-25 à 35-40	20 à 34 (3-6 ans)	Entre -4 et -5
Profond	Inférieur à 20-25	Inférieur à 20 (- 3 ans)	Inférieur à -5

Si ce type de classifications permet de situer l'intensité de la déficience de l'individu par rapport aux capacités cognitives attendues pour son âge : elles n'apportent aucunes informations sur les besoins de la personne.

Ainsi en 2013, le DSM-V abandonne le critère du QI et décide de classifier la gravité de la déficience intellectuelle à partir d'une typologie des comportements dans trois domaines : conceptuel, social et pratique. Ce qui va permettre de mieux identifier les besoins de soutien de la personne, ainsi que leurs intensités.

Critères de gravité de la DI d'après le DSM-V (28)

Gravité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger	La personne a une manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que ses pairs du même âge.	La personne a une compréhension limitée du risque dans les situations sociales ; a un jugement social immature pour son âge.	La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles.
Modéré	D'ordinaire, la personne a des compétences académiques de niveau primaire et une intervention est requise pour toute utilisation de ces compétences dans la vie professionnelle et personnelle.	Les amitiés avec les pairs tout-venant souffrent souvent des limitations vécues par la personne au chapitre des communications et des habiletés sociales.	Présence, chez une minorité importante, de comportements désadaptés à l'origine de problèmes de fonctionnement social.
Grave	La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, quantités au temps et à l'argent.	Le langage parlé est relativement limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire.	La personne a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes,
Profond	La personne peut utiliser quelques objets dans un but précis (prendre soin de soi, se divertir). Des problèmes de contrôle de la motricité empêchent souvent un usage fonctionnel.	La personne peut comprendre des instructions et des gestes simples.	La personne dépend des autres pour tous les aspects de ses soins physiques quotidiens, pour sa santé et pour sa sécurité, quoiqu'elle puisse participer à certaines de ces activités.

Ces classifications sont un récapitulatif des symptômes généraux retrouvés. Il est important de garder en tête que la déficience est variable d'un individu à un autre; tant dans son expression que dans les capacités et difficultés du patient.

3. Etiologies

L'étiologie de la déficience intellectuelle est multi-factorielle (29) :

- **Prénatale** : d'origine génétique due à des aberrations chromosomiques de nombres ou de structures pouvant être des mutations *de novo* (la trisomie 21 ou le syndrome de l'X fragile, par exemple), à des maladies métaboliques héréditaires comme la phénylcétonurie; d'origine infectieuse, par exemple la rubéole ou la toxoplasmose; d'origine environnementale comme la consommation d'alcool ou de drogues dures par la mère durant la grossesse.

- **Périnatale** : liée à une prématurité; des traumatismes ou une souffrance cérébrale du nouveau-né de type anoxie lors de l'accouchement; ou une infection néonatale.

- **Postnatale** : dans un contexte pathologique précis, allant de maladies infectieuses (de type méningite) à des causes environnementales telles que des maltraitances physiques, des carences psycho-affectives ou alimentaires importantes.

Pour autant la cause exacte de la déficience est souvent inconnue. Les deux tiers des retards mentaux légers et la moitié des retards mentaux sévères restent inexpliqués.

Cela ne remet néanmoins pas en cause la prise en charge adaptée de l'individu et l'accompagnement des familles.

B. Des particularités à différents niveaux

Le moment de l'annonce du handicap de l'enfant aux parents est un véritable coup de tonnerre. On peut parler d'annonce traumatique à l'origine d'une blessure narcissique, car l'enfant à la lignée des générations le précédent doit être à leurs images. Il est alors nécessaire pour les parents de rentrer dans un mécanisme de deuil de l'enfant imaginaire idéalisé.

Ce moment associé à un sentiment de culpabilité, ou d'injustice, évoque également l'incertitude de l'avenir. Ainsi, de nombreux questionnements sur l'avenir de leur enfant, ses particularités et son fonctionnement émergeront chez ces parents.

A ce propos, selon **D.Vaginay**, *« la déficience intellectuelle produit une espèce de caricature du fonctionnement en grossissant tout : les apprentissages sont plus lents, plus longs, plus frustes, les expressions sont restreintes, les émotions et les sentiments mal nuancés »* (27; p.186).

Je vais à présent tenter de définir quelques unes des particularités fréquemment rencontrées chez l'enfant déficient intellectuel. Chaque enfant étant unique, il aura ses propres particularités.

1. Une immaturité cognitive / intellectuelle

La déficience intellectuelle est caractérisée par un retard, plus ou moins important, sur le plan cognitif. On peut alors remarquer chez ces enfants :

a) Des capacités perceptives limitées :

Le recueil des informations environnementales est donc mal réalisé. Du fait de la détection et de l'identification limitées de ces perceptions : l'adaptation à l'environnement s'en trouve freinée par cette perception vague de la situation. Un enfant déficient intellectuel aura par exemple des difficultés à différencier différentes textures ou goûts.

Cette limitation des capacités perceptives peut être expliqué par une hypo-sensibilité sensorielle mais également par une faible capacité de traitement de l'information.

b) Une lenteur de traitement de l'information :

Cela est visible par un temps de latence entre la demande de l'environnement et la réponse effective de l'enfant. Il est alors nécessaire que les messages soient simples, clairs et aillent à l'essentiel.

Pour certains de ces enfants, cette lenteur est en lien avec les troubles neurologiques liés à leur pathologie qui cause la déficience intellectuelle.

> Durant l'atelier « Expression et mouvements », Violette marque souvent un temps d'arrêt d'une dizaine de secondes lors des changements de déplacements dans la salle. Il existe un décalage entre la demande et l'action motrice, le temps que l'information soit intégrée et comprise.

c) Une faible mémoire de travail :

Classiquement la capacité de stockage de la mémoire courte est de sept empans mnésiques mais chez l'enfant déficient intellectuel cette capacité est réduite. À cela est associé des difficultés dans les stratégies de rappels.

> D'une semaine à une autre, au sein de l'atelier « Repérage », les apprentissages d'ordre spatio-temporaux ne sont pas pérennisés.
>
> À chaque nouvelle séance il est nécessaire de revenir sur les éléments qui semblaient acquis à la fin de la séance précédente.

Cela est notamment en lien avec leurs capacités attentionnelles fragiles qui influent notamment sur l'intégration des apprentissages.

Du fait de leur concentration peu efficiente, il est souvent nécessaire de les rappeler à la situation en cours pour qu'ils y soient totalement présent. L'environnement y est ici pour beaucoup, et la psychomotricité à un rôle à jouer pour rendre cet environnement le moins stimulant possible ou aider à la mise en place de stratégies pour contrer ce manque de concentration.

> Toujours au sein de l'atelier « Repérage », l'effet de groupe (quatre adolescents) favorise l'agitation; ajouté à cela le cadre de la salle (très grande avec beaucoup de matériel) : l'éparpillement est souvent grand et constant. Il est alors nécessaire de limiter tout ce débordement et de les aider à se recentrer.
>
> Béatrice a par exemple su mettre en place une stratégie : celle de souffler un peu lorsqu'elle sent l'agitation monter en elle, voir de demander à sortir si elle en ressent la nécessité. Notre rôle est donc de l'accompagner dans la mise en place de ses stratégies d'apaisement et de l'aider à détecter ces moments de baisse de concentration.

d) Des difficultés de représentations mentales et de symbolisation :

Chez l'enfant déficient intellectuel, l'accès à la fonction symbolique, qui commence habituellement dès 3 ans, est entravée : les possibilités de représentations mentales sont donc diminuées. Cela limite les jeux de faire semblant, et la distinction entre le fantasme et la réalité est difficilement établie.

> Dimitri, âgée de 14 ans, que je rencontre durant la récréation, vient souvent à ma rencontre pour jouer au docteur et au malade : je suis le docteur et lui le malade. Mais dans ce jeu Dimitri se pense réellement malade, il est nécessaire que je précise bien la modalité de jeu de faire-semblant du moment, pour le sortir de sa production imaginaire et le ramener à la réalité.

Le détachement à un support concret permettant un raisonnement abstrait étant difficilement réalisable, voir impossible pour certains enfants : les apprentissages se trouvent limités au stade des opérations concrètes, voir sensori-moteur pour les déficiences les plus sévères.

De même, le repérage spatio-temporel qui nécessite la compréhension de concepts abstraits et des capacités de représentations mentales est peu accessible ce qui est alors à l'origine de troubles spatiaux-temporaux.

2. Une immaturité psycho-socio-affective

a) Une estime de soi fragilisée :

En lien avec leurs difficultés citées précédemment, leurs éventuels échecs passés dans les apprentissages et le regard porté sur eux, ces enfants ont une confiance en eux relativement pauvre. Ils se trouvent alors parfois dans un refus de faire quelque chose, ou même dans une angoisse par cette peur de l'échec.

> Il arrive souvent que Béatrice, 13 ans et que je rencontre à l'atelier « Repérage », n'ose pas dire sa réponse lorsque je l'interroge par crainte de dire une erreur

b) Des troubles de la communication :

La communication a lieu dans l'interaction entre deux ou plusieurs individus à travers un langage commun, oral ou écrit, qui est un code organisé par des règles.

On relève chez l'enfant déficient intellectuel un retard du langage, voir l'absence de langage articulé. La communication orale peut aussi être limitée par des troubles de l'articulation, de la syntaxe, un lexique pauvre ou mal utilisé, ainsi que des stéréotypies verbales. De plus, les difficultés de représentations mentales limitent l'accès à l'écriture.

Ces troubles limitent leur compréhension, et la mise en place de liens sociaux. Il est alors primordial de développer les communications non verbales (au travers des postures, des mimiques faciales ou du tonus, par exemple). Pour certains enfants la mise en place d'autres moyens de communication qui utilisent principalement le canal visuel plutôt qu'auditif est possible, tels que le Français signé ou la PECS.

> Jeanne et Emilie sont deux jeunes filles présentant toutes les deux un défaut d'articulation. A plusieurs reprises je me suis retrouvée limitée dans la compréhension du message qu'elles souhaitaient me faire passer. En tenant compte de leurs signaux corporels et du contexte de la situation j'ai réussi la majorité du temps à pouvoir répondre à leur demande.

c) Des difficultés relationnelles :

En lien avec leurs troubles de la communication, mais aussi leurs difficultés à comprendre et respecter les codes sociaux de bien-vivre, ces enfants entrent parfois en relation de maniére inappropriée ou maladroite. Comme par exemple en nous bousculant, en nous touchant avec une attitude familière ou alors en nous ignorant.

L'enfant déficient intellectuel peut avoir du mal à comprendre, à appréhender la personnalité d'autrui et les conséquences de ses actes. Ce qui est à l'origine, d'un manque d'adaptation aux autres et à la situation, et peut impacter les rapports entre pairs.

Ainsi, lors de l'atelier « Expression et mouvements » Sophie ne semble pas comprendre pourquoi Violette s'énerve lorsqu'elle lui touche les cheveux sans lui avoir demander. De ce fait, elle recommence si l'adulte n'intervient pas pour lui expliquer que ce geste, peut-être, affectif de sa part n'est pas voulu, ni vécu de cette maniére par Violette.

d) <u>Une immaturité affective :</u>

Ces enfants peuvent parfois être dans une recherche affective exagérée, avec des comportements fusionnels, voir se situer dans une attitude familière avec une personne étrangère. Ce comportement peut-être expliqué en partie par des difficultés de compréhension de la distinction de l'espace soi et non-soi ou par un besoin important de l'attention de l'adulte.

Emilie lors de l'atelier « Expression et mouvements » se blottit fréquemment dans les bras de l'éducatrice spécialisée comme une toute-petite pourrait le faire. Elle semble être en recherche d'un moment d'apaisement et de contenance.

Maëva que je rencontre pour la 1ére fois sur son groupe éducatif un jour où elle est contrariée se dirige spontanément vers moi pour m'enlacer. Ce besoin important et immédiat d'affection m'a déstabilisé par l'envahissement de mon propre espace qu'il a provoqué.

3. Une immaturité corporelle

L'enfant déficient intellectuel présente fréquemment un schéma corporel peu ou mal construit. Les raisons à l'origine de ce phénomène sont multiples.

Durant le stade du corps subi, l'annonce traumatique du handicap rend le parent dans l'incapacité de penser son enfant. Il ne peut alors être le récepteur fiable des émois du bébé et mettre en mots le vécu corporel de son enfant. La qualité des soins peut également être impactée, mettant en jeu le sentiment continu d'exister et la qualité de l'enveloppe corporelle de l'enfant.

Par la suite, un environnement sur-protecteur, compte-tenu du handicap, ou peu stimulant limitera les phénomènes de découvertes corporelles.

En grandissant, du fait de leurs capacités cognitives limitées, les enfants ont du mal à donner du sens aux éprouvés corporels et aux perceptions. Les difficultés pour saisir psychiquement et intégrer ce qui se joue dans leur corps est à l'origine d'un manque de connaissance et de conscience corporelle.

Ainsi pour certains d'entre-eux, le rapport au monde se fera selon une modalité très archaïque, par l'utilisation de leurs sensorialités.

> Durant les moments de repas, Enzo, 5 ans, touche sa nourriture avec ses doigts qu'il s'étale sur le visage. Par ce comportement de recherche sensorielle, il semble se créer une seconde enveloppe corporelle.

On remarque aussi la présence de stéréotypies motrices : ces comportements moteurs répétitifs d'apparence sans buts (balancement du corps, ou agitation des mains par exemple).

Ce sont des comportements autistiques à valeur auto-stimulante, auto-calmante, et défensive par la mise à distance d'autrui. En effet, durant ces moments de mise en jeu de ses stéréotypies, l'enfant se trouve enfermé dans ses sensations, le coupant de la relation avec l'extérieur.

> Tout au long de la journée, Florian, jeune homme de 17 ans et demi, laisse couler un filet de salive dans ses mains avant de frotter celles-ci l'une contre l'autre.
>
> Il peut rester de longs moments enfermé dans ce comportement, qui l'isole du reste des jeunes qui trouvent ses comportements « dégueulasses ».

Par ces comportements stéréotypés, l'enfant éprouve un sentiment de contenance et de rassemblement qui disparait lorsque le comportement s'arrête, ce qui est à l'origine du caractère répétitif de ces stéréotypies.

> Gaetan présente des mouvements de balancements du corps devant des sources lumineuses : par exemple, durant la récréation devant un poteau où se reflète les rayons du soleil. Par ces comportements il semble être à la recherche de stimulis visuels. Ainsi il se sent exister sur le moment, dans cette adhésion à la sensorialité.

De plus, chez l'enfant déficient intellectuel la dynamique sensations/perceptions/ représentations est perturbée. Du fait de ses capacités cognitives, il reste au stade des sensations non symbolisées : la présence de stéréotypies atteste de ce manque d'intégration des sensations.

Au cours de son développement, le bébé effectue un traitement cognitif des flux qu'il reçoit sous différentes modalités. Par la mise en place de relations inter-modales, il les organise en quelque chose de cohérent lui permettant de ne plus les subir de maniére morcelée. Ce travail est normalement soutenu par les modulations toniques : **S-R.Ouvray** (25) parle d'ailleurs de la fonction globalisante du tonus comme un analyseur sensoriel.

Dans la déficience intellectuelle, le tonus ne remplit pas son rôle de globalisation corporelle. Ainsi l'enfant n'est pas en capacité d'effectuer ce travail de transmodalité, ce qui est l'origine d'un vécu de corps morcelé lorsqu'il reçoit ces flux.

Cette expérience du corps peut-être associée à une enveloppe psychique défaillante, ne pouvant remplir son rôle d'intégration des parties du corps, ni de fonction contenante. Cela peut être à l'origine d'angoisse de morcellement ou de liquéfaction ne permettant pas l'accès à un schéma corporel abouti et unifié.

En réponse à cela peut apparaitre la formation d'une *« seconde peau psychique »* que **E.Bick** (9) définit comme étant un contenant-peau défaillant. Cela est manifestable d'un point de vue clinique par une agitation ou un raidissement associé à une hyper-tonicité corporelle permettant au corps de tenir, de ne pas lâcher, ni d'être morcelé.

La mise en jeu de ce corps est alors difficile, car ressentie comme une mise en danger du fait de ces angoisses.

Face à cette immaturité psychomotrice, on retrouve chez ces enfants un retard psychomoteur global. En effet, la méconnaissance du schéma corporel altère l'investissement du corps et la maîtrise de celui-ci dans l'espace et dans la relation.

On repère alors des troubles de la régulation tonique, des coordinations, de la latéralisation, mais aussi de la motricité globale avec une qualité gestuelle limitée, un contrôle postural et un équilibre altéré, par exemple.

La connaissance du vocabulaire corporel et le repérage de celui-ci sur soi et autrui est généralement en dessous des normes attendues, et la représentation symbolique du corps via le dessin montre des productions pauvres.

> Selon la cotation de J.Royer, le dessin du bonhomme réalisé par Nicolas, 8 ans et demi, correspond à celui d'un enfant de 4 ans et demi (Annexe 1). Son bonhomme non personnalisé et non sexualisé, mais auquel il attribut un genre dans son discours, est incomplet et présente des défauts de proportions. Cependant, la réalisation des membres inférieurs et supérieurs par un double trait laisse supposer une certaine conscience du volume de son corps
>
> Bien qu'il présente une aisance corporelle lors de nos rencontres, sa réalisation graphique mets en évidence une conscience et une représentation de son corps en dessous de ce qui est attendu pour un jeune garçon de son âge. Il apparait que Nicolas présente un retard dans l'évolution de ses représentations corporelles.

Chez l'adolescent déficient intellectuel, là encore la structuration du schéma corporel est pauvre car établit sur les bases fragiles de l'enfance; ainsi son réajustement à partir des nouvelles données corporelles compte-tenu de la puberté sera difficilement effectué.

En grandissant, cette immaturité psycho-corporelle sera visible par une autonomie limitée dans la gestion de son corps, concernant l'hygiène ou l'habillage qu'ils ne peuvent faire seuls. Ce qui impact sur la dynamique d'individuation corporelle, et d'affirmation de soi.

> Laurie, âgée de 15 ans, ne se lave pas encore seule. Même si une stimulation et un accompagnement verbal me semble nécessaire, ses capacités motrices lui permettent d'être autonome dans la réalisation de cette tâche. En déléguant ainsi l'hygiène de son corps c'est comme si elle ne se l'était pas approprié.

De plus, les incompréhensions accompagnant cette période seront décuplées. L'âge biologique et sexuel ne correspondant pas à leur âge intellectuel, ils peuvent en venir à nier cette évolution sexuelle se trouvant dans l'incapacité de symboliser leurs expériences, et d'élaborer un travail psychique permettant de leur donner du sens et de les contenir.

Face à ce tsunami corporel et pulsionnel, des questionnements peuvent émerger et des tentatives maladroites de rentrer en contact avec le sexe opposé peuvent apparaitre.

> Durant l'atelier « Repérage » il est fréquent que Nathan, 13 ans, se rapproche corporellement des jeunes filles du groupe de maniére envahissante. Dans un registre de provocation au cadre mais aussi en lien avec ses pulsions, il lui arrive de présenter des comportements et un discours inappropriés : baisse son pantalon pour montrer son caleçon ou répond à une question par *« les fesses de Mélissa »*. Ces quelques illustrations mettent en évidence l'intérêt à l'égard de cette sexualité naissante qui parait incomprise. Par ces manifestations Nathan semble tenter d'y trouver une explication.

Il est important de parler de maniére ouverte de ce qui se passe durant cette période pour donner du sens aux envahissements pulsionnels vécus par ces jeunes qui ne les comprennent pas toujours. C'est également tenter de favoriser l'acceptation et l'appropriation des modifications du corps.

En parler c'est laisser place et accompagner la dynamique adolescente de ces jeunes considérés souvent comme d'éternels enfants.

En conclusion, il apparait que la déficience intellectuelle entraîne des perturbations dans la construction corporelle de l'enfant.

En cause, l'intégration incomplète des vécus corporels et les difficultés d'accès à la représentation. De fait, l'élaboration du schéma corporel et la création d'une image du corps gratifiante sont freinées. La psychomotricité qui a les connaissances pour accompagner et soutenir le développement de ces représentations, est en capacité de prendre en charge ces troubles associés.

C. De multiples rencontres au sein d'un Institut Médico-Pédagogique

1. Présentation et fonctionnement de l'institution

Au cours de cette année, j'ai effectué un stage dans un Institut Médico-Pédagogique (IMP) tous les jeudis, et quelques samedis matins : grâce auquel j'ai rencontré une population d'enfants déficients intellectuels, et découvert le fonctionnement de l'institution dans laquelle ils évoluent.

Cette institution qui fait partie d'une association de la région bordelaise agit dans une démarche citoyenne qui vise à garantir l'égalité des chances et le respect des différences. Elle prône une culture associative axée sur le respect de l'altérité, la lutte contre les discriminations et la recherche du bien-être des usagers ainsi que des personnels.

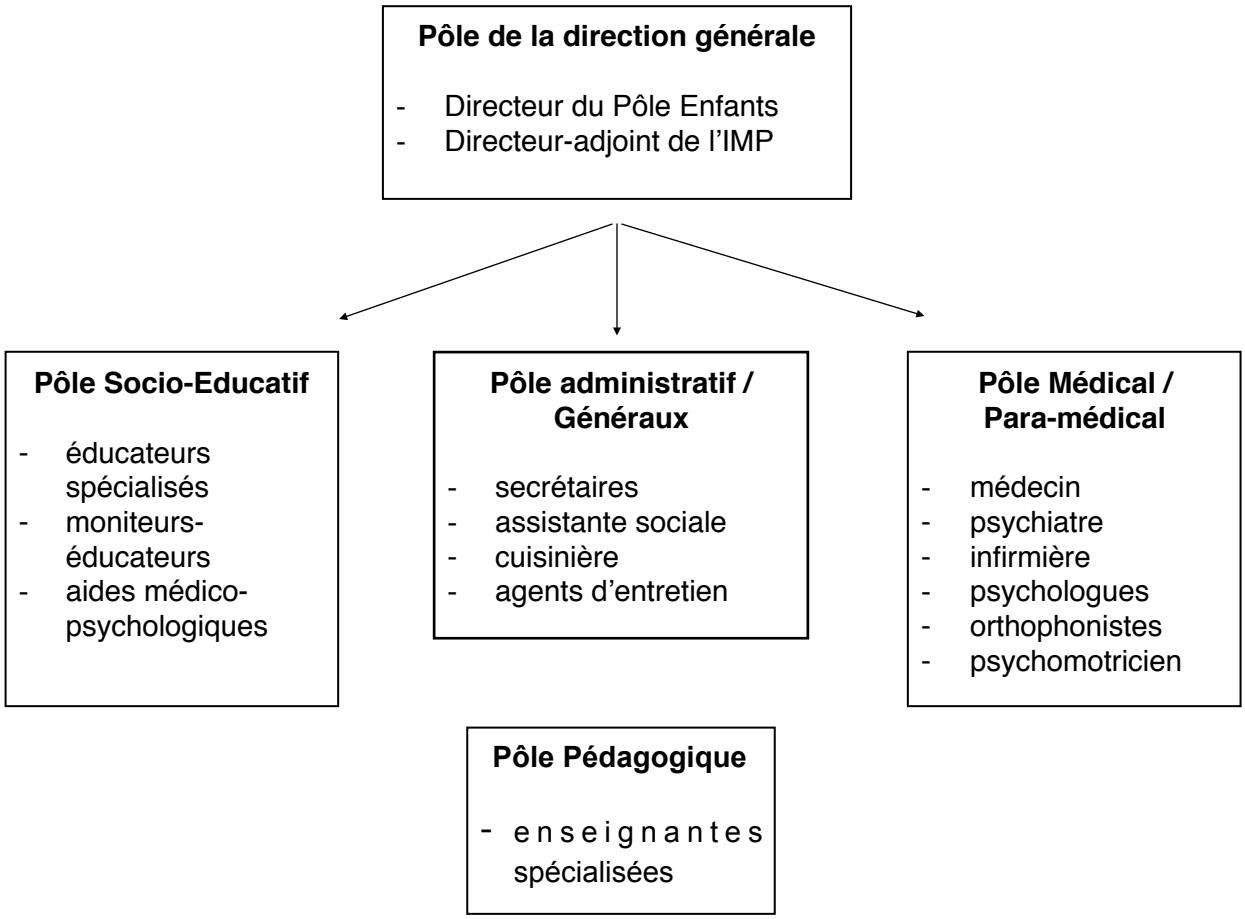
L'IMP fonctionne en semi-internat tous les jours de la semaine. Il accueille à temps complet ou à temps partiels, 50 enfants et adolescents des deux sexes entre 5 ans et 16 ans présentant une déficience intellectuelle moyenne à profonde, avec ou sans troubles associés (trisomie 21, troubles du spectre autistique et troubles envahissants du développement).

L'admission au sein de l'établissement se fait après notification par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), suite à laquelle les enfants sont accueillis sur l'un des six groupes éducatifs de référence.

a) Une équipe pluridisciplinaire

Les enfants et adolescents de l'institution sont accompagnés tout au long de la journée dans une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire. L'ensemble de ces professionnels se veut dans une approche personnalisée et psycho-dynamique de l'enfant, au plus prés de ses capacités et de ses besoins.

Voici un organigramme que j'ai élaboré présentant la composition des professionnels de l'IMP :



b) <u>Les missions principales</u>

La mission au sein de l'institution est d'assurer une éducation adaptée et un accompagnement médico-social aux enfants et adolescents handicapés. Cela à travers un accompagnement pluridisciplinaire suivant 3 axes : éducatif, thérapeutique et pédagogique, visant au développement de l'autonomie et à l'épanouissement des jeunes.

En lien avec cette mission et dans le cadre d'un projet personnalisé de l'enfant, établi en collaboration avec sa famille, est élaboré un emploi du temps selon les différents espaces où il évolue et qui peuvent être :

- <u>A visées éducatives</u>, à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement : cuisine, peinture, bricolage ou atelier prendre soin de soi, par exemple.

- <u>A visées pédagogiques</u> : par des temps de classe et des sorties pédagogiques, ainsi qu'un projet d'intégration en classe ordinaire.

- <u>A visées ré-éducatives et thérapeutiques</u>, à travers les prises en charge psychologique, orthophonique ou psychomotrice.

- A partir de médiations : expression corporelle et mouvements, improvisation-clown ou pataugeoire, entres autres. Ces moments sont souvent co-animés permettant ainsi un regard à la fois spécifique et complémentaire.

c) Les réunions

Au sein de l'institution a également lieu différents types de réunions auxquelles j'ai pu assister :

- De projets personnalisés, pour établir ou modifier le projet de chaque jeune. C'est alors l'occasion pour l'ensemble de l'équipe de faire le point sur l'évolution du jeune et d'orienter le travail, en définissant des objectifs communs et spécifiques. Chaque professionnel apportant un compte-rendu de ce qui se joue dans son espace permettant ainsi d'affiner le tableau clinique de l'enfant ou adolescent tout en respectant sa singularité; afin d'affiner au mieux son projet personnalisé.

- Institutionnelles, sur des sujets variés tels que l'orientation spatiale des jeunes dans l'IMP, l'organisation des repas ou des temps de récréations.

- Médico-sociales, offrant un lieu d'échanges sur les problématiques rencontrées au sein des espaces de travail de chaque professionnels de ce secteur.

Le psychomotricien participe à l'ensemble de ces réunions. Durant celles-ci sa pratique et les éléments spécifiques qu'il en partage seront à mettre en lien avec l'ensemble des professionnels.

2. Place de la psychomotricité au sein de l'institution

a) Une définition de la psychomotricité

La psychomotricité, qui se situe au carrefour de nombreuses disciplines (psychiatrie, psychologie, anatomie ou biologie) est une approche globale de la personne qui prend en compte de manière indissociable le corps et le psychisme.

Le psychomotricien agit par le corps et sur le corps pour harmoniser les fonctions motrices, psychiques, affectives, relationnelles et intellectuelles dont le corps en est l'expression. Ainsi, la compréhension, la verbalisation puis l'accompagnement des problèmes en psychomotricité se dégagent par l'intermédiaire du corps.

Et cela, à travers un travail à trois niveaux :

- le vécu via des jeux moteurs et symboliques;
- le manipulé via des jeux symboliques et de manipulations;
- et le représenté via le dessin et la verbalisation.

Le psychomotricien aide son patient à mieux connaitre son corps, à le comprendre pour le maitriser et en faire un instrument de communication et d'expression. Pour ainsi dire, lui permettre de (re)trouver un équilibre psycho-corporel adapté au mieux à son environnement.

Pour cela, il dispose de nombreuses médiations : par exemple, la relaxation, le toucher thérapeutique, le mime, ou la sculpture.

La médiation est le moyen utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui. C'est donc ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre : un espace, un objet commun à créer et partager. Ces médiations sont ainsi des moyens de mises en relations, d'expressions et de réalisations.

b) L'outil du psychomotricien

Le psychomotricien étant un auxiliaire de médecine chacune de ses interventions doit se faire après prescription médicale. Suite à quoi a lieu la passation d'un bilan psychomoteur dont les psychomotriciens sont les seuls professionnels de santé habilités à le faire passer.

Le bilan, qui est l'acte inaugural du travail du psychomotricien, est avant tout un temps de rencontre à un instant T avec le patient. C'est au cours de ce moment que l'on pourra appréhender la personne dans sa globalité pour déterminer ses difficultés et troubles mais aussi ses potentialités et compétences.

Pour cela, le bilan psychomoteur évalue différents domaines, tels que (de maniére non exhaustive) :

- les coordinations;
- le tonus;
- l'équilibre;
- l'orientation spatio-temporelle;
- la latéralité;
- le schéma corporel.

b) 1.Entre observations cliniques et tests standardisés

L'appréciation de l'enfant durant le bilan se fera à travers deux situations complémentaires : les observations cliniques et les tests standardisés, qui vont situer notre regard à un double niveau.

⇨ **Les observations cliniques**, se situent à un niveau subjectif d'interprétation. Concernant ce phénomène actif d'observer, **C.Ballouard** en dira que cela correspond à *« percevoir, et percevoir c'est sélectionner »* (3; p.84). Ainsi dans une observation notre regard et notre attention sont orientés vers un comportement, un mouvement ou une interaction.

Le psychomotricien se doit d'être à la fois dans une écoute et attention visuelle de ce qui se passe durant ce moment, ainsi que dans une lecture des ces éléments.

> Ainsi, lors d'un moment d'observation psychomotrice : afin de visualiser où se situe l'enfant dans sa construction corporelle, il peut-être intéressant d'être attentif à sa manière de se mouvoir dans l'espace et à son rapport à l'environnement :
> - un enfant qui se meut en permanence peut être le signe d'une recherche d'un sentiment de continuité d'exister ;
> - tandis qu'un enfant qui rentre dans des obstacles de manière récurrente peut ne pas avoir conscience des limites de son corps, ni de son volume ;
> - ou encore un enfant qui garde son manteau, ou qui cherche un contact de dur dans son dos peut ne pas avoir conscience de cette partie arrière de son corps et cherche alors à la faire exister par l'environnement.

Face à une population déficiente intellectuelle, l'observation clinique est parfois l'unique moyen d'établir un profil psychomoteur. En effet, les difficultés rencontrées avec certains de ces jeunes dans la compréhension des consignes, et/ou l'état d'agitation corporelle ne nous permettent pas de proposer des épreuves standardisées.

Ces moments impliquent de notre part une grande capacité d'adaptation et de créativité, pour savoir se saisir de ce que propose l'enfant dans ce moment et l'amener vers des thématiques à évaluer.

⇨ **Les tests standardisés**, offrent une évaluation à un niveau objectif. Il en existe différents types selon l'âge du sujet, de la thématique à tester et de la demande. Par exemples, le *Charlop-Atwell* pour les coordinations dynamiques générales, le *Test de Naville* pour la représentation de l'espace ou la *Batterie HHR* pour la latéralité fonctionnelle.

Le cadre différent des séances est une source de stress, associé à la mise en évidence des difficultés de l'enfant cela le place dans une position de fragilité et d'insécurité.

> Je réalise mon premier bilan en salle de psychomotricité avec Laurie un samedi matin. Lors de nos rencontres habituelles dans ce même espace, j'ai en face de moi une jeune adolescente qui discute et rie facilement. Mais ce matin là le cadre n'est plus tout à fait identique : sa binôme de travail n'est pas là et le psychomotricien est en retrait.
>
> Cette situation parait la déstabiliser et un sentiment d'inquiétude semble l'envahir. Sur le chemin de la salle, elle marche avec un pas lourd et le buste en flexion donnant une impression d'effondrement, un rire stéréotypé et des bizarreries gestuelles apparaissent.
>
> L'utilisation de l'humour permettra de dédramatiser la situation pour la mettre plus à l'aise et plus en confiance avec moi.

Les résultats obtenus à ces différents tests permettront de situer l'enfant par rapport à une norme des enfants de son âge, et ainsi mettre en évidence un éventuel retard ou trouble. À l'issue de la passation du bilan psychomoteur, l'ensemble des informations recueillies permettent de définir des axes de travail dans l'idée d'une prise en charge psychomotrice.

De plus, l'ensemble des éléments cliniques dégagés durant ce bilan et leur partage à l'ensemble de l'équipe permettent d'aider au diagnostic ou à la compréhension de la problématique du patient, tout en replaçant ces données dans l'histoire et le contexte de vie du sujet.

b) 2. La place des représentations corporelles dans le bilan

Durant le bilan, sera apprécié la façon dont le corps est engagé dans l'action mais aussi dans la relation à l'autre. Le psychomotricien y propose des épreuves cliniques qui engagent le corps globalement ou de façon segmentaire. Ceci dans le but d'apprécier les différents stades de l'évolution des fonctions neuro-motrices, neuro-sensorielles et d'intégration perceptive.

La passation d'un bilan psychomoteur permet ainsi d'apprécier l'évolution de la construction corporelle du patient. En évaluant pour cela la connaissance de son corps propre, la manière dont il le vit et se le représente.

L'étude des représentations corporelles est possible à travers un certain nombre de tests spécifiques à l'**évaluation du schéma corporel**. Ces différents tests vont permettre d'évaluer la connaissance et l'intégration du corps propre du sujet.

L'épreuve de somatognosie permet de voir si le vocabulaire corporel est connu et repéré sur soi et autrui. Pour autant, sa connaissance ne signifie pas nécessairement une intégration de ces parties corporelles.

Tandis que *le dessin du bonhomme* permet de voir où en est l'enfant dans la construction de son schéma corporel. Cette représentation graphique donne une idée de l'intégration du corps par l'enfant. La réalisation de ce dessin intègre aussi une dimension narcissique de la représentation qu'a l'enfant de son corps : à travers lui transparait donc l'image du corps.

L'épreuve de schéma corporel révisé permet d'évaluer l'intégration des rapports entres les différentes parties de son corps.

Concernant **l'image du corps**, on ne peut parler d'évaluation mais plus d'appréciation de la qualité de son investissement. Ainsi, tout au long du bilan, il faut s'attacher à percevoir les mots posés par l'enfant sur son corps ou encore les commentaires ajoutés lors de la réalisation du dessin du bonhomme.

Un test me parait intéressant pour en apprendre davantage sur les représentations qu'entretient l'enfant concernant l'image de son corps il s'agit de :

L'entretien sur les représentations corporelles de **O.Moyano** dont la passation donne des éléments sur : la différenciation dedans/dehors (question a) et b); Annexe 2), les connaissances fonctionnelles, instrumentales, relationnelles et fantasmatiques du corps (question c) et d); Annexe 2), et l'investissement narcissique (questions e), f), g), et h); Annexe 2).

L'évaluation de la latéralité, via des tests comme *le Piaget-Head* ou le *Test de Leplat.* Ces tests nous donnent une idée de la qualité de la projection des repères corporels de l'enfant sur l'espace, via ses capacités de réversibilité et de décentration. Cette projection nécessitant forcément une intégration sur son corps propre, ils sont de bons indicateurs concernant l'intégration du schéma corporel latéralisé.

L'évaluation des coordinations dynamiques générales permet de visualiser l'organisation corporelle et tonico-posturale dans l'action. Les *tests du Charlop-Atwell,* ou du *M-ABC*, permettent d'avoir une idée de l'efficience et de la maitrise du corps (immobile et en mouvement) et de la manière dont l'enfant vit son corps.

L'évaluation du tonus, de manière transversale lors du bilan, par le retentissement émotionnel de la situation sur le tonus (visible par des réactions de prestance, tics ou bégaiements), par l'adaptation et les modulations toniques nécessaire à l'engagement corporel et la qualité du dialogue tonico-émotionnel.

De manière plus spécifique, des tests tels que *l'EPMO* ou le *ballant* permettent de déterminer les modalités du tonus de fond et d'action, et l'architecture tonique globale de l'enfant.

c) Sa présence dans différents espaces

Tout au long de l'année j'ai pu observer, et participer de maniére active, au travail du psychomotricien dans trois espaces différents :

- En salle de psychomotricité : pour des prises en charge groupales de deux à trois enfants pendant 30min.

- A l'atelier « Expression et mouvements » : accueillant une fois par semaine cinq jeunes filles durant une heure, et co-animé avec une éducatrice spécialisée.

- A l'atelier « Repérage » : s'adressant à sept jeunes, et conjointement mené avec une enseignante et une éducatrice spécialisées. D'une durée de deux heures, il comprend une heure de travail pédagogique avec l'enseignante spécialisée, suivi d'un temps de pratique d'une heure avec l'éducatrice-spécialisée et le psychomotricien.

Dans chacun de ces espaces, l'indication de prise en charge ou de participation, est réfléchie en équipe en lien avec le projet personnalisé d'accompagnement de chaque jeune. Je détaillerai plus loin dans mon écrit les modalités mises en jeu dans chacun de ces espaces.

En plus de ces espaces, j'ai eu l'opportunité d'être présente lors de quelques moments de repas. Ces moments ont étés riches en observations cliniques.

- Lors de ces moments, Gaetan, jeune homme présenté plus haut dans mon écrit qui présente des stéréotypies motrices, engloutie son repas en quelques instants si on ne le freine pas. Il semble se remplir pour combler son dedans, faire du dur dans cette intériorité pour la ressentir et ainsi la faire exister.

- Les difficultés de coordinations oculo-manuelles de Violette, âgée de 6 ans, retrouvées en salle de psychomotricité sont également retrouvées dans cet espace. Elle présente alors des difficultés à amener sa cuillère à la bouche ne regardant pas le trajet de celle-ci. Ces difficultés sont accentuées par sa fatigabilité et ses faibles capacités attentionnelles. Un accompagnement et une stimulation tout le long du repas est nécessaire pour cette jeune fille.

- Nombreux sont les enfants qui présente une agitation corporelle durant ce moment. En lien, avec leurs problématiques mais aussi à l''environnement qui n'est pas le plus aidant pour limiter celles-ci : du bruit, un nombre important de personnes dans la même pièce et une grande proximité entres eux.

J'ai également fais le choix de participer aux moments de récréation qui m'ont permis de rencontrer les jeunes dans un cadre différent, et d'observer leurs comportements sociaux mais aussi moteurs, de manière plus spontanée et libre.

- Ces enfants qui, à ma rencontre, viennent se mettre tout prés de moi ne semblent pas avoir conscience des distances corporelles à mettre entre soi et l'autre. Ils présentent alors des contacts tactiles qui leur permettent via ce contact physique de vérifier corporellement que je suis bien présente.

- En salle de psychomotricité, Emilie est souvent dans une certaine forme de passivité et d'insécurité corporelle : initiant peu de jeux moteurs ou uniquement avec notre présence, et cherche souvent à s'asseoir. Durant la récréation, j'observe une petite fille qui fait du vélo, court, saute : elle semble ici se mouvoir sans crainte et avec plaisir.

Partie III :

CONSTRUCTION CORPORELLE ET PSYCHOMOTRICITÉ

La notion de construction corporelle est une des bases de l'approche psychomotrice. En effet, l'un des axes majeurs de travail du psychomotricien est d'amener le patient à une prise de conscience de son corps, qui est l'aboutissement de cette construction du corps.

Les enfants que je rencontre sur mon lieu de stage sont encore loin dans ce cheminement de leur construction corporelle. En effet, pour beaucoup la connaissance des parties de leur corps se trouve limitée. Il est donc nécessaire dans un premier temps de développer cette connaissance corporelle dans toutes ses modalités : par la mise en jeu et l'évocation, voir la représentation de chaque partie de son corps.

C'est l'ensemble de ce travail que je vous présenterai. Avant d'entamer cette présentation j'évoquerai l'ensemble du travail corporel effectué au cours de ma formation et sur mon lieu de stage.

A. Chez la future psychomotricienne

Bien avant l'entrée en formation de psychomotricité, ce corps, ce qu'il y a de plus personnel, est déjà investi par des sentiments et affects (positifs ou négatifs). Les trois années de formation (notamment de pratique), loin d'effacer nos représentations corporelles, vont amener à une conscience corporelle à la fois nouvelle et plus riche.

1. En cours de pratique

Ces cours correspondent à un ensemble de médiations sous forme d'ateliers (théâtre, escalade, rythme, toucher thérapeutique et relaxation, par exemple), durant lesquels il s'agit d'expérimenter sur son corps propre les grands concepts de la psychomotricité.

Ces notions, déjà étudiées théoriquement, prennent ici sens d'une maniére plus concrète et plus personnelle. Ainsi, chaque médiation proposée va nous inviter à expérimenter sur soi sa fonction tonique, l'organisation de son geste et de son corps engagé dans l'action, sa latéralité ou sa relation à l'espace et au temps, mais également ses fonctions sensorielles.

Le développement de cette conscience nouvelle du corps, passe par une écoute sensori-motrice active et sensible : chacune des propositions va ainsi avoir pour objectif de développer notre attention à nos sensations et émotions.

Tout ceci ayant lieu dans la relation à l'environnement, à l'autre, voir par l'autre durant les moments de mobilisations.

Ces ateliers nous poussent à nous interroger sur nous-même et impliquent un engagement total. Pour ainsi (re)découvrir son corps sous toutes ses facettes psycho-corporelles, ainsi que dans son fonctionnement au monde.

Comme le cite **C.Potel** (23) il faudra alors être en mesure de faire de notre corps un terrain d'exploration investi, pour cela en occultant certaines de nos idées et représentations concernant notre corps propre.

> Durant la médiation eutonie, en lien aux perceptions nouvelles ressenties par l'attention soutenue portée à mon corps : j'ai le souvenir d'émergence d'un sentiment d'angoisse. Notamment, lors de la séance axée sur la colonne vertébrale où cette attention m'a fait prendre conscience des déviations accentuées de celle-ci, liées à ma scoliose et que je n'avais jamais ressenti aussi intensément jusqu'à ce jour là.
>
> J'en retire également des découvertes intéressantes. Ainsi, les moments de mobilisation des segments corporels m'ont fait éprouver sous un nouveau jour mes capacités articulaires et de degré d'amplitude.

Par notre engagement et notre implication dans ces moments nous en re-sortons plus riches en vécu corporel, sensoriel et relationnel.

Les moments de verbalisations après chaque proposition, ces mises en mots groupales permettent une prise de conscience de ses propres ressentis dans toutes leur singularités. C'est aussi prendre conscience progressivement de la variété de ressentis selon les caractéristiques subjectives et individuelles de chacun, pour pouvoir par la suite mieux appréhender notre pratique et l'autre dans le soin.

Dans chacune de ces situations, cette mise en mots équivaut à une mise en représentation permettant de prendre du recul sur notre vécu corporel. Cela est similaire au rôle de mise en mots des ressentis et vécus des personnes durant les séances de psychomotricité. C'est donc en partie parce-que l'on aura été capable de faire cela pour soi-même que l'on sera à même de le faire pour nos patients.

Ainsi faire l'expérience de ces cours de pratique, où l'on expérimente notre corporéité, c'est en quelque sorte expérimenter ce que chaque personne sera susceptible de vivre lors de séances de psychomotricité.

2. Sur nos lieux de stage

Chaque lieu de stage nous offre la possibilité de rencontrer une population porteuse d'une problématique singulière, auprès de laquelle il est possible de proposer un travail psychomoteur.

Tout travail corporel proposé en psychomotricité aux personnes rencontrées implique des prérogatives :

a) Une disponibilité à soi et à l'autre

Cette disponibilité, préalable à l'implication psycho-corporelle, correspond à la perception des signaux corporels émis par le patient qui sera source d'adaptation et d'ajustement de notre part. Cela nécessite d'être également à l'écoute de nos propres réactions corporelles transmises pouvant influer sur le travail engagé.

Par cette disponibilité, le psychomotricien s'intéresse au vécu corporel de la personne tout en restant vigilant et à l'écoute de son propre corps.

Ainsi **M.Demarchi** dira qu'*« il faut être capable d'observer l'autre, de comprendre son expression corporelle, de donner une valeur à ses difficultés d'adaptation rythmique ou spatiale, à sa maladresse, à sa raideur,.. comme de savoir s'auto-observer »* (4; p.85).

Cette disponibilité a donc lieu à travers une présence et une écoute sensible, à l'autre et à soi.

Cette disponibilité est en lien étroit avec notre état interne : selon notre humeur et notre état tonique du moment, elle n'est pas toujours la même. En repérant ces signaux et en ayant conscience de sa qualité permet d'en prendre compte dans notre travail, notamment lorsqu'elle n'est pas efficiente.

Cette disponibilité psycho-corporelle à l'autre et à soi correspondant à un savoir être du psychomotricien. A travers lequel, il tente de comprendre ce qui se joue pour la personne : il peut alors s'adapter dans sa posture, dans ses propositions et dans son engagement corporel aux besoins de l'autre.

b) une implication psycho-corporelle

O.Moyano développe la notion d'implication corporelle selon laquelle l'espace de la psychomotricité n'est pas un espace où l'on est dans une neutralité bienveillante. Cette implication s'appuie sur des expériences en mouvements, dans un cadre défini et délimité.

Par celle-ci, le psychomotricien met à disposition son propre corps pour partager avec son patient des sensations et des émotions.

Pour autant, l'implication ne doit pas être envahissante et empêcher la libre expression de l'enfant, mais doit partir le plus possible de ce que l'enfant nous présente et veiller à ne pas se situer dans de la sur ou sous-stimulation.

Cette implication aura plusieurs effets :

- Rassurer et soutenir la personne dans le passage à l'action.
- Etre une source de créativité de laquelle il faudra amener la personne à se détacher progressivement pour qu'il affirme la sienne
- Etre un support de médiation par des techniques de portage et de toucher

> A l'IMP, cette implication n'a pas toujours été facile. Il a fallu progressivement me détacher du regard de mon maitre de stage et de sa collègue éducatrice au cours de l'atelier « Expression et mouvements ».
>
> Tout en tenant compte de mes craintes de mettre d'une certaine maniére en scène mon corps, j'ai pu dans le temps m'impliquer davantage auprès des jeunes grâce à la prise de conscience de mes difficultés et aux différentes expériences vécues lors de ma formation.

Cette implication n'est pas que corporelle : elle est également psychique, et perceptible alors par la fonction métaphorique du psychomotricien (que développe **A-M.Latour**), c'est à dire sa tentative de mise en sens des événements vécus en séance via leurs verbalisations. Ainsi à travers elle, le psychomotricien symbolise les éprouvés corporels bruts de son patient et lui prête son appareil à penser les pensées, selon la théorisation de **Bion**.

Accompagner l'engagement du corps de l'enfant nécessite donc cette implication psycho-corporelle qui correspond à un engagement fonctionnel mais aussi émotionnel.

> Violette que je rencontre en salle de psychomotricité est parfois bloquée corporellement lorsque je lui demande de grimper sur la structure. La vue du vide entre les barreaux de l'échelle et les appuis pour ses mains parfois éloignés : tout cela est trop angoissant pour cette jeune fille.
>
> Dans l'idée d'accompagner son ascension jusqu'à la plateforme, je verbalise dans un premier temps son état angoisse : pour cela je lui indique que je vois ses mains tremblées et que peut-être monter toute seule est encore trop dur pour elle. Je me place alors derrière elle pour la guider et être un soutien dans la mise en jeu de son corps : là encore je lui verbalise que je suis là pour l'aider si elle en a besoin.

Le dialogue tonico-émotionnel sera un élément essentiel pour sa mise en place et son essor : le psychomotricien se doit de s'ajuster à son patient et ses potentialités pour le guider progressivement vers d'autres modalités de jeux ou de manières d'être.

Enzo est un jeune garçon qui est sans cesse dans une modalité d'agitation corporelle dans son rapport au monde. A la salle, il se disperse et ne peut se concentrer plus de quelques minutes sur une activité.

Malgré cette instabilité vite repérée, le psychomotricien et moi-même proposons un ensemble d'expérimentations sensori-motrices à Enzo permettant d'affiner ses potentialités et ses fragilités psycho-corporelles. Ces propositions permises par une mise en commun tonique ont ainsi permis via ce court dialogue d'affiner la suite du travail pour cet enfant.

De plus, par cette mise en commun tonique Enzo s'est senti entendu et accepté tel qu'il est.

En psychomotricité, ce dialogue, à l'image des premiers échanges entre la mère et son bébé, sera notre support privilégié de communication avec l'enfant.

Par notre formation, nous sommes à même d'en détecter les signaux (mimiques faciales, postures ou niveau tonique, par exemple), de les entendre et les mettre en mots. Ainsi on tente d'apporter une régulation des états émotionnels exprimés par l'enfant à travers les modifications de son tonus de relation.

Sa qualité dépendra donc de notre capacité à percevoir ces états, et est donc influencé par notre disponibilité psycho-corporelle.

B. Chez l'enfant déficient intellectuel

Comme j'ai pu tenter de le mettre en évidence, tout au long de la première partie de mon mémoire, la construction corporelle est un long cheminement. En effet, ce sentiment que notre corps est bien à nous, qu'il nous appartient n'est pas inné. Il nécessite des mécanismes psychiques d'appropriation, de séparation et de différenciation.

Ce constat a permis de mettre en évidence un premier niveau de difficulté possible dans la construction corporelle de l'enfant déficient intellectuel.

La majorité des enfants que j'ai pu rencontrer durant mon stage ont un corps mal perçu et peu investi mais qu'ils peuvent utiliser. Comme ces jeunes qui sont régulièrement enfermés dans leurs comportements stéréotypés mais qui sont relativement autonome pour se déplacer, manger ou aller aux toilettes, par exemple.

Par le biais de notre étayage corporel, on visera pour ces enfants à la (re)construction d'un corps plus solide, unifié et enveloppé, mais aussi perçu; pour certains peut-être également représenté.

Amener ces enfants vers le chemin d'une construction corporelle passera par le fait de faire exister ce corps, d'inciter l'enfant à y faire attention et à le percevoir sous toutes ses modalités.

Pour cela, il sera nécessaire de partir des compétences sensori-motrices et intellectuelles de l'enfant pour le guider vers un déploiement de nouvelles capacités sensori-motrices, perceptives et proprioceptives.

Dans la suite de mon écrit, il s'agira de présenter l'ensemble du travail que j'ai pu proposé à ces enfants, afin de les accompagner et les soutenir dans ce cheminement corporel. Pour plus de clarté, cette partie sera divisée en trois temps correspondant aux trois espaces de mes rencontres avec les enfants de l'IMP.

1. Prises en charges en salle de psychomotricité

Par l'investissement et l'utilisation que l'enfant nous donne à voir de son corps, on sera en capacité de percevoir où il se situe dans sa construction corporelle : le travail proposé devra alors partir de ce stade. Par exemple, un travail de représentation du corps ne peut être directement entamé si l'enfant n'en n'est qu'au stade du corps vécu.

Pour une grande majorité des enfants et adolescents déficients rencontrés le manque d'intégration des expériences corporelles, au niveau psychique, n'offre pas la possibilité de se les représenter. Il en découle des difficultés proprioceptives qui limitent alors l'adaptation de l'enfant à l'environnement.

La proprioception renseigne sur la position et les mouvements des segments corporels par le résultat de l'intégration des informations provenant des récepteurs articulaires et musculaires. C'est donc une modalité contribuant de maniére importante à l'intégration du schéma corporel.

Chez ces enfants déficients intellectuels, il est alors important de les inciter à être attentif à leur corps. On tente à la fois de les guider à expérimenter leur corps tout en étant à l'écoute de leurs mouvements et leurs ressentis toniques.

Dans l'idée de développer cette écoute à son corps et de nourrir leur proprioception, j'ai proposé un jeu des statues dans lequel les enfants devaient me nommer simultanément les membres de leur corps que je mobilisais et dans quel sens.

> Je rencontre Nicolas, Emilie et Gaston en séance groupale tous les jeudis matins. Malgré leurs capacités à utiliser leur corps j'ai repéré pour tous des instabilités corporelles.
>
> Dans le jeu des statues proposé, chacun trouvait le vocabulaire des parties majeures de leur corps sur soi. Lorsque je complexifie la consigne (à partir de vignettes ou indiquer l'orientation corporelle), les enfants semblent perdus sans pouvoir comprendre le sens du travail.

A travers cette vignette clinique, il apparait que les difficultés sont plus grandes au niveau manipulé et représenté, qu'à celui vécu. Ce qui laisse penser que ces enfants en sont encore au stade vécu du développement de leur construction corporelle.

Suite à quoi le travail a donc consisté à poursuivre l'expérimentation d'expériences sensori-motrices afin d'enrichir leurs potentialités tout en essayant d'orienter ces enfants vers une prise en compte du corps pris dans un environnement et en relation.

Ces enfants qui utilisent leur corps uniquement d'un point de vue instrumental et fonctionnel, par défaut de corps perçu, effectuent des gestes et des déplacements de maniére mécanique sans trop savoir comment il les réalisent, ni comment il les maîtrisent.

A travers ce passage ludique par l'acte c'est chercher à les amener vers une découverte et une perception corporelle plus fine, tout en améliorant leurs capacités posturales et proprioceptives.

Certains de ces enfants présente une construction corporelle plus avancée et sont en capacité de faire preuve de perception corporelle. C'est notamment le cas de Laurie une jeune adolescente de 15 ans.

Laurie que je rencontre en séance groupale le jeudi matin présente de bonnes capacités motrices malgré une mise en jeu réservée de son corps du fait de sa dévalorisation corporelle importante.

Je décide un matin de lui proposer une activité perceptive corporelle. Par le jeu du « téléphone sensoriel », je l'invite à fermer yeux et à nommer les parties de son corps touchées par la balle à picots puis de me montrer la partie correspondante parmi un support photos.

Cette activité révèle alors une somatognosie de qualité et une bonne attention aux sensations tactiles adressées à son corps qu'elle arrive à repérer. De plus des capacités proprioceptives de qualités sont mises en évidence par cette mise en lien efficiente entre la localisation de la sensation avec la partie corporelle correspondante.

Enfin, la correspondance entre représentation graphique et perception interne est efficiente. Ce qui montre dans cette situation une perception et une intégration de ces éprouvés tactiles dans un corps qui semble, en partie, connu.

Une autre proposition consiste à tracer des signes dans son dos (une croix, un carré ou une lettre, par exemple) qu'elle doit reproduire sur une feuille, pour rendre compte de la représentation graphique de ses ressentis corporels.

Pour l'instant cette représentation n'est pas possible, que ce soit en temps réel ou différé : Laurie n'est pas en capacité d'établir une image mentale du trajet de mon doigt pour le reproduire graphiquement.

Laurie semble présenter des difficultés à élaborer et organiser ses sensations tactiles en une représentation.

Cette vignette clinique illustre l'importance des difficultés de représentations corporelles de ces enfants. Il est donc nécessaire dans un premier temps de nourrir leurs perceptions corporelles et de les mettre en confiance corporellement en leur offrant une richesse de vécus corporels agréables, avant d'entamer ce travail.

Les troubles du schéma corporel rencontrés chez ces enfants sont à l'origine de capacités motrices diminuées : troubles de l'équilibre, des coordinations ou du contrôle postural par exemple. Ce qui peut les freiner dans l'investissement de l'environnement, par une angoisse ou un manque de confiance en leurs capacités.

Cette insécurité corporelle a été travaillée à travers des parcours psychomoteurs. Cette approche ludique et rapidement acceptée par les enfants permet de faire vivre un ensemble d'expériences sensori-motrices, sources de découvertes corporelles. Par exemple, qu'avec son corps il est capable de sauter, rouler ou marcher en arrière.

Lors de ces moments, pour limiter leur insécurité corporelle, il est important d'être présent, d'accompagner chacune de ces expériences et de les mettre en mots. Cette mise en mots permet de porter l'attention sur la découverte de ces nouvelles capacités motrices par l'enfant afin d'en progressivement faciliter la compréhension et l'appropriation, aussi limitées soit-elles selon les difficultés de départ et le sens qu'ils y mettent.

Avec Emilie, jeune fille de 10 ans qui apparait très insécure dans son corps : le travail est axé sur le développement de ses capacités motrices et sur son intégrité corporelle.

Lors des parcours psychomoteurs, elle passe de longs moments à se regarder dans le miroir : elle semble vérifier son intégrité corporelle lors de la mise en mouvement de son corps. Par mes verbalisations de chaque situations sécurisantes proposées : je l'accompagne autour de cette problématique pour l'amener à une prise de conscience qu'elle peut explorer l'environnement sans qu'il se risque quelque chose.

Juliette, âgée de 8ans et demi et dans une problématique similaire que celle d'Emilie. Lors d'un moment de glissade du toboggan avec les mains sur la tête : la perte de contact avec la structure la tétanise. Il est alors nécessaire de garder un contact avec elle et de l'accompagner dans ce mouvement.

De même, lorsqu'il faut grimper sur un tabouret, puis ensuite faire un pas au dessus du vide pour accéder au banc. Elle ne peut encore le faire sans demander à nous tenir la main.

La perte d'ancrage semble être vécu comme angoissante. Un travail de mise en mots de cette perte du contact et de réassurance a lieu pour limiter au mieux ses angoisses.

Par la répétition de ces situations enrichissantes corporellement et notre étayage j'émets l'hypothèse que l'enfant va à son rythme gagner confiance en son corps.

De plus, en apprivoisant le parcours, on apprivoise son corps : passer devant, derrière, dessus ou dessous : ce qui permet un travail vécu de ces repères topologiques abstrait. Cela sans s'éparpiller dans l'espace car le parcours guidé canalise le mouvement. Ainsi, en même temps, a lieu un travail autour de la perception de ses limites corporelles et de la mise en danger.

Lors de nos premières rencontres, Nicolas, âgé de 8 ans et demi, semble sécure dans ses déplacements. Régulièrement, lorsque je propose des parcours psychomoteurs il s'y engage avant même la fin de la consigne. Un matin, il manque de tomber et ne semble pas percevoir ses déséquilibres.

Parfois pris dans son tourbillon d'agitation corporelle il peut lui arriver de chuter sans en manifester quoique ce soit.

Cette vignette illustre tout l'accompagnement verbal nécessaire à ces jeunes dans l'incapacité de mettre des mots sur leur ressentis corporels. Notre étayage consiste alors à les accompagner dans une éventuelle mise en danger, en tentant de les sensibiliser à leurs capacités corporelles souvent mécaniques et utilisées sans se soucier de leur environnement.

Un important manque de confiance en soi peut entrainer un sentiment d'insécurité corporelle qui peut donc être travaillé par une re-narcissisation en leurs capacités. Il est alors important d'encourager ces enfants à oser faire des choses nouvelles, tout en étant présent pour les accompagner s'ils en ressentent le besoin.

Dans le travail, Laurie pense d'emblée ne pas pouvoir faire un grand nombre de choses. Son image d'elle même et en ses capacités est très pauvre, ce qui la limite dans la découverte de nouvelles expériences.

Un jour où la balançoire de la salle est accrochée, Laurie s'y dirige spontanément et s'y installe. Elle apparait à l'aise, donnant même une astuce à sa binôme pour se balancer seule. Voyant son aisance sur la balançoire et connaissant ses capacités motrices, je lui propose de faire de la balançoire debout. Spontanément sa réponse fut : « Oh non c'est trop dur ».

Après lui avoir fait une démonstration, je la guide pour l'aider à se mettre debout sur la balançoire tout en verbalisant la perte d'ancrage au sol et la prise importante de hauteur qui semble angoissante. Ce jour-là elle essaiera et réussira à deux reprises à monter debout quelques secondes sur la balançoire.

Avec cette adolescente de 15 ans il est important de l'inciter à se dépasser, et de la valoriser sur l'ensemble de ses réussites et progressions même celles qui peuvent lui paraitre les plus minimes.

Cette insécurité corporelle liée à un manque de confiance en soi peut être le signe d'une image du corps mal ou peu structurée. J'ai alors proposé des temps d'auto-massages durant lesquels l'enfant peut vivre une expérience contenante et enveloppante, permettant d'apaiser certaines angoisses corporelles. Ce travail participe également à la re-narcissisation de son corps par l'investissement positif et l'appréciation sur un mode agréable de celui-ci qui en découle.

De plus, à travers l'utilisation de médiateurs (balle à picots par exemple) des sensations tactiles sont induites permettant alors une perception nouvelle de son enveloppe corporelle et un travail autour des limites de son corps. Cela participant à la distinction entre le dedans et le dehors mais aussi entre le soi et non-soi : ainsi, progressivement a lieu un travail sur la différenciation corporelle et l'individuation.

Tout au long de l'année a eu lieu un important travail autour des pré-requis nécessaires à la structuration du schéma corporel : les repères corporels lors de parcours psychomoteurs, les notions de dedans/dehors via l'utilisation du tunnel, mais aussi la perception visuelle de son corps par l'exercice des statues ou du téléphone sensoriel, par exemple. Dans ces moments, en nommant et touchant les parties corporelles mobilisées et mises en jeu selon une orientation dans un environnement : j'ai attiré leur attention dessus, ainsi je les accompagne dans l'intégration de leur schéma corporel de maniére ludique.

Cependant, il ne faut pas uniquement proposer des expériences de mises en jeu du corps : un travail d'accompagnement d'aide à l'élaboration psychique doit y être associé. Ces enfants ne lient pas toujours les expériences corporelles vécues à leurs états psychiques ce qui à l'origine du manque d'intégration corporelle. La verbalisation est donc capitale pour mettre en sens ce qu'ils vivent.

Tout cela pour leur permettre d'acquérir une meilleure connaissance en tant qu'être corporel, mais aussi de développer :

- une utilisation corporelle plus fiable et spontanée ;
- la prise de conscience de ses possibilités motrices ;
- la perception des différentes parties de son corps et des limites corporelles à soi, à l'autre et dans l'espace ;
- les possibilités de représentation de son corps au point de vue mental et/ou graphique, auquel on tend.

2. L'atelier « Expression corporelle et mouvements »

Cet atelier s'adresse à cinq jeunes filles présentant une conscience de leur corps limitée et un accès à l'imaginaire entravé :

- Violette, âgée de 6 ans
- Emilie, âgée de 10 ans
- Sophie, âgée 14 ans et demie
- Laurie, âgée de 15 ans
- Zoé, âgée de 15 ans et demi

L’atelier consiste ainsi en une opportunité de mise en mouvement de leurs corps et de découverte de leurs potentialités créatives et expressives corporelles à travers le médiateur musique, au sein d’un espace sécurisant et contenant.

Par la mise en jeu du corps dans sa globalité, ces jeunes filles vont pouvoir s’exprimer par et à travers ce corps, avec l’aide des adultes présents.

Le déroulé de l’atelier est très ritualisée. Cette répétition semaine après semaine des différents temps le composant est nécessaire pour permettre leur intégration.

La séance démarre toujours par un temps de parole sur le tapis, où chacun s’il le souhaite peut partager une information à l’ensemble du groupe. En lien avec leurs problématiques, ce temps illustre la pauvreté pour ces enfants d’exprimer quelque chose verbalement d’où l’intérêt de passer par le corps dans cet espace.

En suivant a lieu un temps ritualisé d’éveil corporel qui consiste à se déplacer dans l’ensemble de la pièce de différentes manières. Par exemple, en rampant comme un serpent, à petits pas comme une fourmi ou en sautant comme un lapin.

Ces jeux de tout petits révèle un degré de maturation très bas chez ces jeunes filles, pourtant ce moment est très investi par l’ensemble des jeunes filles qui leur permet d’explorer mais aussi de nourrir leurs capacités corporelles et d’acquérir plus d’aisance dans leurs gestualités.

> Sophie de par sa problématique de poly-handicap (déformations osseuses notamment) se trouve entravée dans sa mobilité corporelle.
>
> Par mon soutien sécure, malgré une opposition au début, et par imitation du groupe : elle a progressivement pu développer ses capacités motrices : l’amplitude de ses mouvements de bras s’agrandit, le saut se fait plus fluide et plus haut.

Par ce temps d’éveil corporel, est mis en jeu le corps sous différentes modalités : au sol en décubitus ventral et dorsal, à un rythme différent, dans une modalité tonique différente, sur des appuis différents.

Cette activité permet d’intégrer à un niveau sensoriel, tonique et proprioceptif ce que le mouvement provoque dans le corps. Ainsi, peut apparaitre des difficultés de se mouvoir de maniére globale et mettre en évidence un corps segmenté dans sa motricité visible à travers des clivages corporels et défauts de coordinations, notamment.

Violette lors du rampé se déplace uniquement à la force de ses bras. Dans cette position, les jambes ne sont pas investies (absence de flexion et de repoussé du sol) ce qui montre un défaut de coordination haut/bas du corps.

Lors du déplacement en glissé sur le dos, elle arrive à investir le bas de son corps (certainement facilité par le regard) par une mise en flexion de ses jambes et un appui sur ses pieds lui permettant de propulser son corps. Cependant, elle réalise cela sans alternance donc sans dissociation droite/ gauche de ses jambes.

En plus d'un défaut de globalisation corporelle, la conscience du bas du corps est fragile chez cette jeune fille.

Face à cela j'effectue une démonstration de ce mouvement à Violette tout en l'incitant à regarder le mouvement de mes jambes; puis je la laisse expérimenter seule un instant avant de venir avec mes mains signifier la flexion des jambes et la légère élévation simultanée du bassin; avant d'à nouveau la laisser expérimenter seule à son rythme en s'appuyant sur l'observation des jeunes filles du groupe.

Le dernier temps de cet atelier est un moment d'improvisation et d'expression libre accompagné par de la musique. Les musiques choisies qui varient dans leurs rythmes et musicalités sont répétées dans le temps, pour leur laisser le temps de se les approprier.

Ce moment favorise l'expressivité propre de chacune des jeunes filles. Ce qui n'est pas chose aisée et demande du temps, et parfois cette mise en jeu n'est pas du tout possible. Il s'agit alors de les inviter à partager ce moment avec nous, de devenir un support sur lequel elles puissent s'appuyer pour qu'elles osent s'exprimer sans appréhension, ni crainte.

Pour Sophie, investir l'espace de l'atelier s'est fait progressivement. D'abord, dans l'observation du reste du groupe durant le moment d'expression libre, elle s'oppose à l'éducatrice qui vient la mobiliser.

Puis un premier investissement a émergé dans sa présence allongée au sol entre les temps d'expression, suivi d'un retour à l'écart lors de la mise en marche de la musique. Dans ces moments, je pouvais alors observer chez cette jeune fille quelques mouvements du haut de son corps ou de ses mains qui battaient le rythme. A ce stade, la mise en jeu totale de son corps paraissait encore trop angoissante, peut-être en lien avec son corps polyhandicapé.

Depuis peu et à partir de mon étayage, le moment d'expression a pu être expérimenté par Sophie qui est à présent dans le mouvement et explore différentes possibilités (ronde, sol, mouvements lents ou plus rapides)

L'évolution aura demandé du temps mais est grande : Sophie ose à présent s'exprimer corporellement.

Comme le montre cette vignette clinique, pour beaucoup de ces jeunes filles l'appui à l'adulte s'avère nécessaire, et s'en détacher n'est pas chose aisée.

Ainsi, lorsque l'adulte est moins disponible, Emilie retourne souvent dans ses comportements autistiques avec tournoiements sur elle même et stéréotypies.

Tandis que Laurie se sent plus à l'aise lorsque je lui propose un support objet, une chaise ou un step, pour se sentir suffisamment en sécurité pour laisser aller son corps en mouvement.

Semaines après semaines, certaines jeunes filles sont dans une répétition continuelle de mouvements : la mise en jeu de leur corps parait identique à chaque séance. Cette continuité rassurante révèle également de faibles capacités créatives corporelles.

Par notre présence et implication c'est alors tenter de combler des retards massifs dans leurs potentialités psychocorporelles, c'est également apporter une innovation dans ces mises en jeu du corps dont elles peuvent se saisir par imitation ou inspiration.

L'étayage de l'adulte apparait comme capital pour les guider dans leurs expériences corporelles qui semblent alors plus réalisables et moins angoissantes, voir sources de plaisirs. Avec le temps, notre étayage et nos encouragements peut-être que cet appui sera moins nécessaire : alors, ces jeunes filles pourront s'affirmer corporellement dans toutes leurs individualités malgré des carences lourdes.

La musique est également un soutien à ce moment, par les souvenirs qui peuvent en ré-émerger. A son écoute, la mémoire corporelle peut se ré-activer et par le corps les émotions difficilement verbalisées qui y sont associées peuvent s'exprimer.

Le silence qu'elle oblige offre une écoute plus attentive à son corps, aux sensations et aux émotions qui le traverse.

Régulièrement sur des musiques douces qu'elle connait, Laurie nous offre de beaux moments à regarder. Desquels ressort un apaisement corporel et une grande concentration.

Elle nous dira par la suite effectuer les mouvements de danse classique appris quelques temps auparavant et que lui rappelle la musique.

Cette musique est également un support de travail autour de la régulation tonique et rythmique : pour certaines jeunes filles cet ajustement est encore compliqué. Ces difficultés peuvent s'expliquer par des perceptions limitées des nuances musicales ou par une incapacité à s'appuyer corporellement dessus, apparaissent alors des défauts d'accords du dialogue tonico-émotionnel lors des moments d'expression en miroir par exemple.

Enfin, la musique par ses vibrations offrent une perception nouvelle de ses appuis, des limites de son corps et de son intériorité.

La salle de l'atelier comprend un miroir qui très vite prend une place importante durant ce moment d'expression corporelle. En effet, certaines jeunes filles peuvent être enfermées dans la vison de leur corps en mouvement.

> Notamment Zoé qui durant l'ensemble du moment d'expression libre ne peut s'en détacher. Elle se trouve comme fascinée devant l'image de son corps qui bouge.
>
> De fait elle n'interagit que peu avec les autres étant comme absorbée par son image. Lorsque l'on tente de l'en détacher, elle s'échappe vite de la relation : faire avec l'autre semble encore trop envahissant.

Ce rapport au miroir que l'on peut expliquer par une fascination, peut également être en lien avec un phénomène de vérification de son intégrité corporelle durant cette mise en mouvement de son corps.

Cela, introduit l'important travail sur l'image du corps qui a lieu dans cet espace par le regard bienveillant de chacun posé tout au long de l'atelier et leur capacité à oser s'exprimer devant le regard de l'autre. Leur confiance en elles s'en trouve nourrit avec un impact narcissique important à travers la revalorisation de ce corps qui peut parfois les mettre dans l'embarras.

Au cours de cet atelier, il s'agit donc d'amener ces jeunes filles très démunies à découvrir leur corps : ses possibilités et le plaisir qui peut en découler sans menacer leur intégrité.

Ce moment implique une qualité de présence à son corps et une attention portée à ses ressentis corporels, deux choses difficiles pour ces jeunes filles que l'on tente de développer tout au long des séances. Ainsi, chacune a pu à son rythme et avec tout l'accompagnement nécessaire investir l'espace et évoluer corporellement au cours de l'année.

Construire son corps c'est aussi savoir s'exprimer à travers lui. Dans cet espace, j'ai pu mettre en évidence la place que peut prendre la psychomotricité pour amener à une expression corporelle plus sécure et élaborée.

3. Un travail corporel à l'atelier « Repérage »

Cet atelier s'adresse à sept jeunes répartis en deux groupes en fonction de leurs capacités et besoins :

1er groupe :	**2ème groupe :**
Laurie, 15 ans	Joseph, 13 ans et demi
Béatrice, 13 ans	Dimitri, 14 ans
Nathan, 13 ans et demi	Yann, 12 ans
	Amandine, 15 ans et demi

L'ensemble du travail au sein de cet atelier se fait en vue d'un travail de responsabilisation et d'autonomie dans leur quotidien, mais aussi afin d'accompagner et de mieux anticiper le départ futur de l'IMP de ces jeunes.

Ainsi, il s'agit d'apporter à ces jeunes des repères spatiaux-temporels plus fiables et sécures. Par la connaissance et l'apprentissage des notions droite/gauche, devant/ derrière, par exemple. D'abord sur soi, puis sur les autres et dans l'espace environnant à l'IMP et à l'extérieur.

C'est ainsi leur permettre de plus facilement se repérer dans un lieu connu ou non, et d'évoluer dans leur rapport au monde. Pour cela, en tentant d'apaiser certaines angoisses et appréhensions, et de répondre à d'éventuelles interrogations face à cet inconnu.

Le lien à la construction corporelle de cet atelier repose sur le fait que la représentation et structuration de l'espace, mais aussi l'orientation au sein de celui-ci, découle de l'expérience du corps.

En effet, dans la conception de l'espace le référentiel organisateur est le corps. Un schéma corporel latéralisé et orienté est nécessaire pour évoluer aisément dans l'espace : par mes repères corporels je me repère et m'oriente dans l'espace.

Par mes rencontres avec ces jeunes un ensemble de difficultés à été mis en évidence :

Laurie présente de grandes difficultés à distinguer sa main droite de sa main gauche : s'orienter dans l'espace lui demande beaucoup de réflexion.

Pour Dimitri cette distinction est acquise, par contre trouver la main droite du la personne en face de lui s'avère plus compliqué.

Tandis que pour Amandine c'est décrire la position de trois camarades qui est difficilement réalisable.

Ces vignettes cliniques illustrent que pour ces jeunes les notions spatiales ne font pas sens corporellement et ne sont donc pas intégrées.

Ce constat est à l'origine de travail à plusieurs niveaux. Tout d'abord un premier travail d'expérimentation sur soi de l'ensemble des notions spatiales, avant de les vivre de maniére égocentrée.

L'intégration des notions spatiales étant facilitée par l'expérimentation, j'ai proposé aux jeunes des situations pour vivre ces notions sur leur corps. Par exemple, le Twister pour la connaissance de la droite et gauche sur soi.

Une autre proposition faite était d'indiquer l'ensemble des éléments corporels situés dans chacun des espaces du corps : devant, derrière, au milieu, à droite, à gauche puis à l'intérieur. Ce qui a permis de travailler les notions spatiales selon l'espace de son corps, mais également la somatognosie, le repérage corporel et la conscience corporelle.

Ce premier temps de travail équivaut à construire l'espace orienté et latéralisé du corps de ces jeunes en développant les repères topologiques et corporels : mes pieds sont en bas de mon corps, mon dos est derrière, mon nombril est au milieu de mon corps, par exemple.

Après cette étape du vécu est venu celle de la manipulation. En effet, par l'accompagnement dans l'investissement et l'intégration de l'orientation de leur corps propre c'est leur permettre de projeter ces repères sur l'environnement. Je leur ai alors proposé de placer et trouver des objets par rapport à eux, au référentiel de leur corps : la balle rouge est devant moi mais la balle bleu est à ma droite, par exemple.

Pour la majorité des enfants cela est possible mais demande un effort cognitif important. Je remarque que cela n'est pas réalisé spontanément, et leur demande d'abord de situer sur leur corps l'orientation (par exemple mon espace gauche) pour ensuite disposer l'élément à partir de celui-ci (par exemple un plot à ma gauche).

> Lorsque je demande à Dimitri où se situe le gros ballon bleu de la salle par rapport à lui, il m'indique que sa main droite étant là *(il lève alors sa main*) le ballon est à sa droite car du même coté que sa main droite levée.
>
> Notre rôle sera de l'accompagner dans ce raisonnement qui semble le rassurer lorsqu'il se trouve en difficulté.

Par cette illustration, on constate alors que la qualité d'intégration de ces repères corporels influence la qualité de leur projection sur l'espace, qui détermine à son tour l'orientation de chacun au sein de celui-ci. Ainsi, pour Laurie qui n'est que peu repérée au niveau corporel, la possibilité de s'orienter dans l'environnement est limitée.

L'objectif est donc de les amener à construire une représentation fiable de leur corps afin de pouvoir investir pleinement le monde extérieur.

Par la suite, un travail autour de l'espace depuis un référentiel exocentré a débuté. En investissant l'espace extra-corporel l'enfant réalise une manipulation mentale de décentration et de réversibilité de ses repères. C'est donc projeter ses repères corporels sur un autre que soit.

Par l'acquisition de la réversibilité, aux alentours de 8-9 ans, l'enfant va pouvoir progressivement exprimer ses différents repères spatiaux en prenant pour référentiel une personne située en face de lui et établir ces repères selon le référentiel de cette personne.

Cette mentalisation ne se fait pas sans difficultés chez l'enfant déficient intellectuel. Au sein de l'atelier j'ai ainsi veillé à proposer des situations de travail en face à face, pour mettre en jeu cette capacité de réversibilité. A travers notamment un jeu d'imitation de positions où j'adopte une posture, par exemple, ma main droite sur mon genou gauche et ma main gauche dans mon dos, que les enfants doivent alors reproduire et décrire à l'oral.

Les premiers temps cela est réalisé spontanément en miroir ce qui signe un manque de réversibilité. Pour aider cela un travail important autour de l'axe corporel a eu lieu. En effet, son intégration constitue la base de la connaissance du premier référentiel qui est son propre corps.

Il a d'abord fallu développer la connaissance de cet axe en le nommant et le situant sur son corps, puis par cette perception faire prendre conscience que de lui est délimité l'ensemble des espaces corporels.

Par la suite, j'ai accompagné ces adolescents dans la compréhension de la projection et du croisement de cet axe pour trouver, par exemple, la droite de son binôme depuis sa droite à soi lorsqu'on est en face à face.

Yann semble bien distinguer ses propres espaces corporels et est en mesure de placer un objet selon son référentiel.

Ces mêmes demandes mais en prenant le référentiel d'un copain placé en face de lui a pris du temps, les désignations étant faites souvent en miroir au début. Par la répétition de ces situations, il est à présent en capacité de faire preuve de réversibilité.

Par contre, dans les situations où il s'agit de déterminer où se situe une personne par rapport à d'autres personnes (dans l'idée du Piaget-Head), on note encore des difficultés.

La dernière partie de la vignette clinique met en jeu les capacités de décentration, possibles que si l'enfant a acquis la reversibilité. La décentration correspond à la capacité d'orientation selon la perception du référentiel d'autrui : des difficultés à ce niveau montre alors des fragilités dans l'intégration de son propre schéma corporel.

En travaillant la décentration c'est leur permettre progressivement de pouvoir se positionner correctement à partir de plusieurs éléments peu importe leurs positionnements par rapport à eux.

Dans les actes de la vie quotidienne à leur domicile, ou au sein de l'IMP, le jeune se situe dans un environnement connu où il a pu se construire des repères fiables non changeants. Ce qui laisse penser que ces jeunes sont autonomes et que les repères spatio-temporaux sont acquis.

> Au cours de l'année, les quelques sorties en extérieur mettent en évidence toutes les difficultés et angoisses du moment lié à ce nouvel environnement moins sécure.
>
> Hors d'un contexte qu'ils connaissent et maitrisent ces jeunes se retrouvent alors vite en difficultés pour se repérer et s'orienter.

Dans ces situations, les difficultés d'orientations révélées montrent une altération dans la construction de ses repères corporels, ou une incapacité à s'appuyer sur son propre corps en tant que repère.

Ces temps en extérieur ont également permis un travail autour de la perception du danger, par un travail conjoint mené avec l'enseignante spécialisée autour de la sécurité routière. C'est ainsi prendre conscience et limiter les situations éventuelles de mises en dangers du corps.

Tout le travail entreprit durant cet atelier, par les expérimentations corporelles concrètes de ces notions abstraites a été réalisé dans l'objectif de faciliter leurs compréhensions et d'y apporter du sens. Puis par la répétition des situations c'est en faciliter la mémorisation et l'intégration.

En travaillant sur le repérage spatial (à savoir l'orientation, la structuration et l'adaptation spatiale) c'est indirectement agir sur le schéma corporel, car l'enfant dans l'espace environnant doit s'orienter par rapport à l'espace de son corps. Ce n'est que lorsque l'on a un schéma corporel suffisamment développé et opérationnel, intégrant la latéralité que l'on peut orienter l'espace et s'y orienter.

C.Potel dit bien qu' « avoir un corps à soi, c'est avoir des repères » mais que c'est « aussi avoir conscience d'un espace dans lequel on prend sa place, un espace qui va peu à peu s'orienter. » (23; p.)

Les trois espaces d'attention privilégiée au corps où j'ai rencontré ces enfants ont étés le lieu d'expériences sensorielles, motrices et parfois représentatives.

La mise en place du cadre thérapeutique dans chacun de ces espaces aura permis d'en accueillir les expériences; en plus, d'en faire un lieu d'échanges de sensations et d'émotions, mais aussi de partage dans la relation. Tandis que la rythmicité des expériences a contribué à la mise en place du sentiment de continuité d'être.

Dans ces espaces transitionnels, l'enfant a pu y déposer ses craintes et angoisses corporelles. Par l'accueil et la mise en mots que j'en ai fais, j'ai ainsi pu mentaliser l'expérience corporelle.

Pour **B. Lesage**, dans la médiation corporelle le travailleur ne peut à aucun moment quitter son matériel : le corps. Ainsi à la fin de nos rencontres, le corps est toujours là mais enrichit de nouvelles techniques corporelles, d'intégrations sensorielles et de mises en formes gestuelles.

Partie IV :

Un travail en psychomotricité sur la construction corporelle à travers une rencontre en particulier : Violette

A. Présentation de Violette

Violette est une petite fille âgée de 5 ans et 10 mois quand je la rencontre. La dernière d'une fratrie de trois, elle vit avec ses parents et ses deux grands frères âgés de 19 ans et 12 ans. Son père, d'origine africaine, est agent de sécurité, et sa mère, d'origine antillaise, est aide-soignante.

Ancienne grande prématurée, Violette présente une déficience intellectuelle moyenne à sévère. L'intensité précise de l'atteinte intellectuelle n'est pas déterminée, des tests psychométriques n'ayant à ce jour pas été réalisés.

On note également chez Violette un retard global de développement du à sa prématurité, associé à un retard important du langage.

1. Son histoire de vie : anamnèse et parcours de soins

Violette est née prématurément en février 2013 à 25 semaines d'aménorrhée, ce qui correspond à une très grande prématurité.

Suite à sa naissance elle a été hospitalisée pendant 4 mois et demie. Durant lesquels elle était sous intubation, et a subi des opérations face à une entérocolite et un décollement rétinien.

En 2015, a été détecté une une hypoplasie du cervelet.

Violette présente, à ce jour, un IMC de 15,27 ce qui la situe dans la norme des jeunes filles de son âge, sur la courbe staturo-pondérale. Elle ne prend à ce jour aucun traitement.

Sur le plan moteur, nous avons peu d'éléments. On sait cependant que la marche a été acquise partiellement à 20 mois, jusqu'à ses 5 ans. En effet, ce n'est qu'en mars 2018 que la marche a été totalement acquise.

Sur le plan de la propreté, celle-ci n'est pas acquise. Violette porte des couches jour et nuit. Ses parents relatent qu'à ce niveau Violette peut indiquer l'envie de faire pipi, ou signaler que la couche est mouillée, par un geste. Ce qui révèle une capacité de repérage corporel suffisant lui permettant de localiser son envie.

Sur le plan sensoriel, Violette porte des lunettes pour hypermétropie et myopie à forte correction. Son audition est à la limite de la normale.

Jusqu'à ses 3 ans, Violette a été accueilli en Maison d'Assistante Maternelle 5 demi-journées par semaine en parallèle de la garde de sa mère.

En parallèle, et dès 2015, Violette est orientée vers un CMPEA. Où elle bénéficiait d'un suivi en pédopsychiatrie avec ses parents, d'une prise en charge en psychomotricité et participait au groupe comptines.

Puis à la rentrée 2017, une scolarité avec une entrée en maternelle était prévue mais la présence d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) n'étant pas possible ce projet n'a pu avoir lieu.

Depuis 2015, Violette bénéficie d'un suivi libéral en kinésithérapie dans un objectif de consolidation de la marche. Un suivi libéral en orthophonie avait également lieu, celui-ci a été repris au sein de l'IMP.

2. Son arrivée à l'Institut Médico-Pédagogique

Violette est présente à l'IMP depuis le 05/03/2018 au sein du groupe éducatif des « petits », à temps complet.

a) Informations d'après les parents

L'ensemble de ces informations ont étés recueillies suite à la rencontre des parents de Violette avec l'assistante sociale de la structure.

Au quotidien, Violette participe à sa toilette qu'elle semble apprécier. Elle mange de tout avec un bon appétit, et pique avec sa fourchette. La marche de leur fille leur parait assurée mais ils notent des difficultés avec sa main et son pied gauche dans sa motricité.

A la maison, Violette aime imiter son frère avec lequel elle partage des temps de jeux. Elle aime également chanter, danser et la musique.

Au cours de ce moment, les parents parlent de phénomènes de tremblements durant une trentaine de minutes chaque matin : durant ce laps de temps elle ne peut ni tenir debout, ni marcher. Une consultation neurologique me semble indiquée pour connaitre la cause de ces manifestations.

Lors de contrariétés, il arrive que Violette puisse jeter les objets, claquer la porte, se mordre et mordre son frère. Ses parents notent un apaisement dans ces comportements et un meilleur respect des consignes permettant plus facilement des sorties, depuis son entrée à l'IMP. Cet apaisement semble avoir permis des améliorations notables en kinésithérapie.

Durant cette rencontre ses parents émettent le souhait de lien entre eux et l'IMP concernant le français signé qu'ils ne maitrisent pas et dont Violette se saisit quelques fois à la maison. Ils souhaiteraient également que le travail entrepris sur l'acquisition de la propreté soit poursuivi.

b) <u>Compte-rendu éducatif</u>

Ce compte rendu date de septembre 2018. Il y est relaté que suite à son arrivée Violette a su rapidement repérer son groupe d'accueil et les personnes le composant (éducatrices et enfants), arrivant avec plaisir le matin.

C'est une petite fille présente dans la relation, mais pour qui l'engagement et le maintien des interactions est fortement dépendant de l'étayage de l'adulte. En effet, Violette initie peu les échanges que ce soit avec ses pairs ou l'adulte.

Dans l'ensemble des actes quotidiens elle s'appuie grandement sur l'adulte, notamment par imitation. L'accompagnement et la stimulation reste nécessaire pour cette jeune fille qui peut vite être absorbée par l'environnement. Une certaine fatigabilité est également constatée.

Sur le plan de la communication, Violette semble comprendre des phrases simples. Le « non » est articulé et bien fort, sinon Violette se trouve dans des vocalises pour exprimer ses états d'âmes. Pour l'instant, ses sollicitations de l'adulte sont plutôt passives et elle n'exprime pas encore de demande ou de choix spontané.

Cela a nécessité la mise en place de supports de communication, à travers des pictogrammes, ainsi que l'utilisation du français signé. Ce moyen de communication, dont Violette se saisit pour quelques mots (encore, s'il te plait, merci, manger), est utilisé par l'ensemble des professionnels de la structure.

Sur le plan relationnel, une évolution et un début d'autonomisation ont été observés au sein de son groupe éducatif. Violette semble être plus en mesure de s'affirmer en tant que personne distincte au sein d'un groupe. Elle n'hésite plus à manifester son désaccord et commence à se défendre lorsqu'elle est embêtée. Elle se joint également plus souvent aux autres pour participer à leurs jeux.

c) <u>Observations psychologiques</u>

Lors de la pré-admission, au mois de février 2018, Violette a pu bénéficier d'un temps de rencontre avec le psychologue de l'institution, en compagnie de sa mère.

Au cours duquel, il relève une bonne conduite exploratoire des objets avec un intérêt pour les jeux d'appariements d'images, mais aussi d'encastrements. Violette réalise des expériences sensori-motrices et fonctionnelles par méthodes d'essais-erreurs durant lesquelles elle se montre attentive.

Un moment de dessin a été possible et met en évidence un graphisme au stade non figuratif.

A l'issue de cette rencontre, le psychologue préconise de proposer des temps de coloriages fermés, des jeux de construction par assemblage (de type puzzles, cubes) afin de renforcer la notion de contenance et de dedans-dehors.

Hormis ce temps d'observation, Violette n'a pas bénéficié de rencontres psychologiques depuis son arrivée à l'IMP.

d) <u>Bilan orthophonique</u>

Suite à son arrivée à l'IMP, Violette a très rapidement rencontrée l'orthophoniste de la structure pour un temps de bilan en mai 2018.

Celle-ci parle d'une petite fille observatrice et curieuse qui apparait présente dans la relation, mais dont l'engagement et le maintien des interactions sont plus fragiles.

L'orthophoniste détecte un retard de développement majeur du langage chez Violette. Malgré quoi sont présents les pré-requis à la communication : imitation, attention conjointe, contact oculaire (parfois labile mais adapté si dirigé), tour de rôle et pointage. Le code oui/non n'est pas toujours fiable, même s'il est acquis au niveau moteur.

La qualité de la compréhension est difficile à évaluer et le niveau très bas est estimé inférieur à celui attendu chez un enfant de 3 ans. Cependant, Violette semble accéder à des petites consignes simples en situation, où l'appui sur des indices contextuels, gestuels et non verbaux paraissent l'aider.

Violette apparait sensible aux photographies et pictogrammes ce qui entraine une réflexion sur la mise en place d'un cahier de communication.

Tout au long du bilan est relevé un temps de latence et une fatigabilité, ainsi qu'une hypotonie bucco-faciale majeure.

e) <u>Observations pédagogiques</u>

Dans le module « Apprendre ensemble et vivre ensemble » est souligné l'intérêt et l'attention de Violette qui semble comprendre des consignes simples dans le travail. Elle s'assoit spontanément autour de la table à son arrivée, pointe du doigt une personne ou un objet qui la questionne et présente une sensibilité à l'humour de certaines situations.

Dans le module « Mobiliser le langage dans toutes ses dimensions », Violette porte une réelle attention à la parole de l'autre, et semble en avoir une bonne compréhension quand il s'agit de phrases simples en prise direct avec le réel et le concret. Elle s'est bien saisie des signes du français signé du quotidien pour communiquer avec ses pairs et l'adulte.

Dans le module « Explorer le monde » qui vise à connaitre les différents organes sensoriels et leur utilité, à porter attention aux informations collectées par nos sens et à découvrir et nommer différentes textures, couleurs et formes : Violette y participe avec enthousiasme et beaucoup de sérieux.

f) Observations psychomotrices

Compte tenu des difficultés de compréhension de Violette un bilan psychomoteur n'a pu être effectué. Cependant un temps d'observations cliniques sur quelques séances a pu être réalisé par le psychomotricien de la structure.

Il y est indiqué que Violette a progressivement su prendre ses marques dans l'espace de la salle et dans la rencontre avec l'adulte. Le cadre a été vite intégré, mais Violette a pris son temps pour observer et s'autoriser à occuper l'espace de la salle.

Peu dans le langage articulé et dans une demande, elle semble comprendre les consignes simples : au fil du temps, elle a semblé plus en confiance, venant à la salle en courant et en pouvant expérimenter différentes propositions sensori-motrices : trampoline, balançoire, structure, par exemple.

Malgré des fragilités psychomotrices évidentes, Violette a su révéler en fin d'année des potentialités corporelles malgré une insécurité de base et un manque d'expériences motrices en lien avec sans doute sa pathologie et des carences de stimulations.

Le psychomotricien de la structure retrouve Violette lors des temps de repas. Au cours desquels, elle est très lente mais mange de tout malgré une pince inadaptée. L'adulte est nécessaire pour l'accompagner car elle ne peut coordonner son mouvement pour monter la main à la bouche.

Ces différents moments de rencontre ont mis en lumière une immaturité globale nécessitant un long travail psychomoteur à poursuivre. Violette bénéficie à présent d'un temps de psychomotricité une fois par semaine, en binôme avec une jeune fille de son groupe éducatif.

B. Projet personnalisé de Violette

La réunion de projet de Violette a eu lieu en septembre 2018, au cours de laquelle les objectifs institutionnels pour l'année 2018-2019 ont été pris. A savoir :

- Soutenir la compréhension de Violette et favoriser un accès au langage
- Développer ses capacités d'expression
- Accompagner Violette dans l'acquisition de la propreté
- Travail de stimulation et d'expérimentation sensori-motrice

Pour répondre à ces objectifs Violette est présente dans différents espaces de travail (Annexe 3) :

- en classe pour un suivi pédagogique, 3 fois par semaine d'une durée de 30 minutes
- en psychomotricité et en orthophonie
- aux ateliers « Expression et mouvement », « Groupe accueil », « Créations manuelles » , « Ludothèque » et « Souffle »

Un accompagnement à également lieu avec la famille de Violette en vue d'un futur séjour à l'extérieur.

Hors de l'institution, la prise en charge en kinésithérapie se poursuit.

C. Mes différents temps de travail avec Violette

1. Observations psychomotrices

Lors de ma présence aux premiers séances de psychomotricité, ma posture plus en retrait m'a permise d'observer des éléments concernant la mise en jeu du corps de Violette.

J'observe alors chez cette jeune fille des capacités motrices en deçà de celles attendues pour son âge : le rampé n'est pas réalisable, le 4 pattes réalisé avec difficulté est remplacé par la marche de l'ours, le saut à pied joint demande un recrutement neurologique et tonique important, le saut à cloche-pied n'est pas réalisable et l'adaptation à un changement de surface n'est pas toujours efficient.

Violette est une petite fille qui me donne une impression d'hypertonie globale : son cou est rigide avec une mobilité limitée, et ses mouvements parfois saccadés. Cela peut être expliqué par son hypoplasie du cervelet dont l'hypertonie est une des conséquences connue. Elle me semble également peu assurée dans ses appuis et dans son corps. Ce qui la limite dans son aisance corporelle visible lors de parcours psychomoteurs, par exemple.

Les relations topologiques de base ne sont pas comprises (dessus/dessous, devant/ derrière) et ne peuvent donc être vécues corporellement que par imitation.

Au mois de février, j'ai pu sur un court moment (20 min) en individuel effectuer une observation psychomotrice orientée.

Ce moment n'a pas semblé anxiogène pour Violette malgré le fait qu'elle soit seule avec moi dans la salle contrairement aux séances habituelles. Je m'interroge cependant sur la compréhension qu'elle a pu avoir de ce moment.

Pour autant, elle a facilement acceptée de m'accompagner à la salle sans inquiétude apparente. Tout au long de la rencontre elle a su être attentive et investie à mes sollicitations.

Voici les éléments que j'ai pu en retirer :

L'équilibre statique et bipodal est efficient. Celui unipodal est de 2 secondes maximal sur le pied droit, et impossible sur le pied gauche. L'équilibre dynamique, sur une surface réduite (type poutre) ou sur la pointe des pieds, est quant à lui précaire. Violette présente de nombreux déséquilibres mais peu de mouvements compensatoires ou de réajustements de sa position pour maintenir son équilibre.

Sur le plan du schéma corporel, la réalisation de son dessin du bonhomme n'est pas côtable. En effet, Violette est dans une production de « gribouillis » (Annexe 4). L'absence de bonhomme têtard montre un schéma corporel non intégré et une immaturité importante dans sa construction corporelle. Une ébauche de rond fermé laisse penser à un début d'intégration de son enveloppe corporelle. La réalisation du bonhomme laisse entrevoir des coordinations bi-manuelles efficiente.

Elle est en mesure de réaliser de maniére autonome un puzzle corporel de 6 pièces sans difficultés apparentes.

La somatognosie, sur soi ou autrui, correspond à celle d'un enfant de 3 ans.

Concernant la latéralité, Violette saisit le stylo avec la main droite. Cependant, je note de nombreux changements de main ce qui laisse supposer que la latéralité manuelle n'est pas stabilisée.

Le shoot réalisé avec le pied droit et l'équilibre plus efficient sur la jambe droite me laisse à penser que Violette présente une latéralité pédestre à droite. Enfin, Violette ne distingue ni la droite ni la gauche sur soi.

Au niveau de la régulation tonique, dans l'action motrice, Violette présente spontanément un lancer très fort qu'elle arrive à adapter correctement sur simple demande verbale. D'un point de vue postural, elle présente une hypertonie axiale et segmentaire résistante à la détente, là encore potentiellement explicable par son hyperplasie du cervelet.

Concernant le geste gaphique, la pression lors de la tenue du feutre me parait hypotonique. Le mouvement graphique part de l'épaule, avec une prise de l'outil scripteur correspondant au pouce opposé au reste des doigts. Il en résulte un manque de précision et d'ajustement tonique.

2. En salle de psychomotricité

a) La rencontre

C'est dans le cadre de la salle de la psychomotricité que je rencontre pour la première fois Violette, petite fille frêle portant des lunettes, accompagnée de sa binôme, Juliette.

Instinctivement, par son apparente fragilité, j'ai l'impression d'être face à une petite fille douce, discrète et très observatrice.

Malgré une certaine interrogation et timidité à mon égard lors des premiers temps de mon arrivée, Violette a su entrer progressivement et facilement en relation avec moi.

Pour cela, le soutien de mon maitre de stage aura été nécessaire, permettant de faire tiers entre elle et moi. Petit à petit, elle a su se détacher de cet appui au psychomotricien, lui permettant alors de pouvoir faire avec moi, d'être en confiance et réceptive à mes propositions.

b) Evolution psychomotrice

Suite à ma période d'observation j'ai pu déterminer ce qui était en jeu dans la problématique de Violette et repérer certains objectifs de travail :

- L'accompagner dans sa recherche de sensations corporelles à travers différentes propositions sensori-motrices accompagnées d'un étayage et d'une mise en sens importante
- Développer chez elle une prise de conscience corporelle, et notamment une découverte et intégration du bas de son corps

Durant l'ensemble des séances, je remarque chez Violette de nombreuses chutes au sol ou sur le gros matelas.

La prise de plaisir qui en découle est selon moi liée aux sensations corporelles (tactiles, toniques et kinesthésiques) provoquées, suite à quoi elles sont possiblement recherchées et reproduites. Cette prise de plaisir uniquement dans les chutes, donc d'ordre sensori-moteur, me laisse penser que Violette se situe encore dans le stade du corps vécu dans sa construction corporelle.

Cependant, l'origine première de ces chutes provient du désinvestissement de ses membres inférieurs, de son équilibre et de ses appuis instables associés à ses difficultés de coordinations oculo-pédestres. Afin de réduire ces chutes les axes de travail étaient donc de travailler autour de la découverte et prise de connaissance (visuelle et corporelle) par Violette de ses membres inférieurs, associées à un travail de l'équilibre.

Afin d'améliorer l'équilibre de Violette, j'ai veillé à proposer des situations stimulant son systéme vestibulaire sur des moments courts et encadrés pour ne pas être dans de la sur-stimulation source d'envahissement. Ainsi j'ai proposé des jeux de sauts sur le trampoline permettant de travailler les appuis au sol dans la même mesure. Tandis que sur le gros ballon ce travail a pu être conjoint à celui des stratégies d'ajustements posturaux lors de déséquilibres.

Ces moments ont toujours été accompagnés par une mise en mots de ce qui se passe potentiellement dans son corps pour amener à une mise en sens de ce qu'elle vit.

En effet, Violette par l'absence de langage ou de dessin, se situe toujours dans une symbolisation primaire de ses vécus corporels qui ne sont pas encore pensés. Par notre mise en mots qui fait office de symbolisation secondaire cela va permettre progressivement une mise en forme de ses vécus.

Le deuxième élément marquant dans le début de mon travail avec Violette est l'important désinvestissement du bas de son corps, qui explique selon moi en partie ses chutes. Ce désinvestissement était notamment visible par son incapacité à effectuer un rampé ou un quatre pattes. Ce qui me laisse penser qu'elle n'a pas vécu ces étapes bébé et n'a donc pas expérimenté ou ressenti de manière active le bas de son corps à travers les différents appuis et ré-ajustements tonico-posturaux que procurent ces déplacements.

De plus a 6 ans Violette n'est pas propre. Or la grande étape concernant, voir finalisant, l'intégration du bas du corps est la sphinctérisation. En effet d'après **G.Haag,** *« il semble que l'appropriation des membres inférieurs soit concomitante de celles des zones érogènes, sexuelles et anales »* (13; p.120). La régulation des sphincters, et l'accès à la propreté, se faisant progressivement grâce à la bonne coordination haut/bas du corps.

Violette est cependant en capacité d'indiquer lorsqu'elle est souillée ou lorsqu'elle a une envie. Ce qui montre un repérage corporel qui lui permet de localiser les sensations générées par l'envie d'uriner ou déféquer.

Chez Violette cette coordination haut/bas du corps n'a pas pu se faire et apparait alors ce défaut d'intégration du bas de son corps : ce qui me fait penser à la notion de clivage horizontal de **G.Haag.** Ainsi, la représentation que se fait Violette de son corps est clivé, l'unité du corps qui se fait *« autour de l'axe horizontal du bassin »* (13; p.119) n'a pu eu lieu chez Violette.

Face à cela je lui ai proposé, de manière ludique, des jeux de bascule sur le dos qui consistent à attraper ses pieds tout en les regardant, dans l'idée de reproduire la découverte des pieds vécu par le bébé lors de l'intégration de l'espace du corps selon **A.Bullinger**. Ces moments associés à des comptines ont étés très appréciés et investis par Violette.

Progressivement, ce jeu a évolué vers des roulades permettant l'enroulement du corps autour de l'axe, un rassemblement en son centre et une mise en flexion du bassin. Dans l'objectif de prise de conscience de ce bassin pour favoriser les coordinations haut/bas du corps.

Pour favoriser la flexion de ses jambes, régulièrement en hyper-extension, ainsi que la propulsion : j'ai utilisé le gros ballon dans un jeu de repoussée du sol à partir des appuis des pieds et des mains, en étant allongé dessus sur le ventre. Cependant j'ai vite été limité par l'hypertonie de Violette qui augmente considérablement dans cette position, à mettre en lien avec un éventuel sentiment d'insécurité qu'entraine cette position par la perte assez significative de contrôle visuel malgré mes ré-assurances.

Ce travail est à poursuivre : je note une évolution dans la mise en flexion de ses jambes, cependant le repoussée n'est pas encore efficient du à un recrutement tonique trop peu important.

En cette fin d'année, je remarque chez Violette une disparition de ces chutes et un investissement du bas de son corps dans sa motricité qui m'apparait plus important. Ce qui me laisse penser que le travail conjoint sur l'équilibre et la découverte de ses membres inférieurs à permis à cette jeune fille de progresser dans une intégration plus complète de son corps.

Avoir accès à son propre corps passe par des expériences qui mettent en jeu le corps via des interactions. Ainsi, j'ai régulièrement proposé à Violette des parcours psychomoteurs, associant du saut sur différents supports (sur le trampoline, sur un gros tapis, dans des cerceaux au sol), des roulades, du toboggan et des déplacements divers (course, marche normale et sur la pointe des pieds, sauts, rampé).

De plus, Violette présente des difficultés de repérage de son schéma corporel : lorsque je lui demande de marcher en avant/devant, ou en arrière/derrière elle semble ne pas comprendre. Ces notions ne me paraissent pas être corporellement intégrées, ainsi dans mes propositions je lui propose d'expérimenter et de vivre corporellement ces notions (en avant, en arrière, sur le coté, sur la pointe des pieds, par dessous, par-dessus), pour en faciliter la connaissance puis l'intégration future dans son corps.

L'ensemble de ces propositions lui ont permis de découvrir la large palette de possibilités avec son corps, en plus d'être riche en modalités sensorielles et tonico-motrices. Ces moments toujours vécus dans une grande prise de plaisir nécessitaient initialement mon accompagnement mais dont Violette arrive à se détacher petit à petit dans la répétition.

Ces expériences sources d'éprouvés corporels sont à l'origine de proto-représentations, qui sont importantes à investir car à l'origine de l'intégration de l'action. Par ce travail d'intégrations corporelles, sensorielles et tonico-motrices : l'idée est de lui permettre la construction d'une forme de connaissance de son corps propre, par une découverte de celui-ci et la construction de repères réalistes.

c) <u>Conclusion en salle de psychomotricité</u>

Dans cet espace le travail avec Violette a été axé sur la découverte de son corps, à travers des expériences sensori-motrices : ses différentes parties corporelles, leurs liens et leurs capacités.

Le travail entamait autour de l'équilibre, des appuis et des ajustements posturaux est à poursuivre et à accentuer pour toujours plus rassurer Violette dans sa mise en mouvement, et sera selon moi à associer à un travail autour des coordinations oculo-pédestres.

A présent, un travail autour des enveloppes pour globaliser son vécu corporel qui apparait morcelée m'apparaît important. Ainsi, depuis peu, a débuté des jeux de constructions de cabanes et des enveloppements dans des draps associés à des balancements permettant par la même occasion un travail autour de la détente corporelle.

De maniére conjointe, un travail peut être mené autour de la contenance et du dedans/dehors, à travers des jeux de transvasement.

Dans l'évolution de ses capacités corporelles il me semble important de prendre en compte son hypoplasie du cervelet et de ses conséquences motrices compte-tenu du rôle primordial que joue le cervelet dans la motricité volontaire, dans la posture, dans le maintien de l'équilibre et dans la coordination des mouvements complexes, notamment. (41)

3. A l'atelier « Expression et mouvements »

a) Objectifs de l'atelier

En plus des séances en psychomotricité, je rencontre Violette chaque jeudi matin à l'atelier « Expression et mouvements » auquel elle participe pour la première année.

Sa participation à cet atelier a pour objectif de lui permettre d'être dans une mise en mouvement libre et spontanée de son corps dans l'espace et dans une certaine rythmicité apporté par le support musique. Tout cela dans un espace de travail à la fois ludique, sécurisant et contentant à partir du médiateur musique, en notre présence étayante.

b) Positionnement et évolution de Violette dans l'atelier

- Lors du temps de parole, marquant l'accueil et le début de l'atelier : Violette n'est pas dans une demande de s'exprimer.

En cette fin d'année, elle exprime parfois l'envie de partager quelque chose au reste du groupe mais compte-tenu de son retard important de langage mais aussi peut-être avec une angoisse de s'exprimer verbalement (même par vocalises) devant tout le monde : Violette reste muette et figée dans son corps. D'où l'intérêt de passer par une expression corporelle pour cette jeune fille qui se trouve grandement limitée dans son expression verbale.

- Durant le temps d'éveil corporel, qui correspond à une succession de différents types de déplacements toujours selon le même ordre (marcher, faire la statue, courir, ramper, marcher à petit pas puis à grands pas et sauter) : Violette montre un plaisir de mettre en jeu son corps.

Durant ce temps, Violette est attentive aux consignes et malgré des capacités motrices limitées et ses difficultés de compréhension : elle s'appuie sur le reste du groupe pour réaliser l'ensemble des demandes et par imitation persévère dans la réalisation des mouvements à son rythme.

Violette se trouve également limitée par son hypertonie et des clivages corporels. En effet, lors du rampé je remarque qu'il correspond non pas un rampé au sens classique du terme mais à un glissé sur le sol à la force des bras. Dans cette position, ses jambes ne sont pas investies (absence de flexion et de repoussé du sol) ce qui montre un défaut de coordination haut/bas du corps.

Cependant, lors du déplacement en glissé sur le dos, elle arrive à investir le bas de son corps (certainement facilité par le regard) par une mise en flexion de ses jambes et un appui sur ses pieds lui permettant de propulser son corps. Cependant, elle réalise cela sans alternance donc sans dissociation droite/gauche de ses jambes.

En plus d'un défaut de globalisation corporelle, la conscience du bas du corps est fragile chez cette jeune fille.

Face à cela, j'effectue une démonstration de ce mouvement à Violette tout en l'incitant à regarder le mouvement de mes jambes; puis je la laisse expérimenter seule un instant avant de venir avec mes mains signifier la flexion des jambes et la légère élévation simultanée du bassin; avant d'à nouveau la laisser expérimenter seule à son rythme en s'appuyant sur l'observation des jeunes filles du groupe.

En cette fin d'année, le rampé est en cours d'acquisition : il est parfois réalisé correctement puis parfois avec seulement le côté droit de son corps qui est investit.

Ainsi la répétition des propositions durant la phase d'échauffement, associée au travail entrepris en salle de psychomotricité a permis à Violette d'évoluer concernant cette problématique centrale en début d'année.

Ce moment comprend des jeux de stop dans lesquels le flux du mouvement (la marche) est soudainement interrompu pour adopter une position de statue. C'est un bon moyen d'exercer le contrôle tonique dans ses aspects tonico-posturaux et tonico-émotionnels.

Ces jeux montrent alors chez Violette une difficulté à gérer le flux tonique et à réguler l'aspect-tonico émotionnel du moment marqué par de nombreux rires et mouvements. Ici Violette semble se trouver dans une dynamique de corps subi et non vécu.

Au fil de l'année ce temps j'ai fait évoluer ce moment d'éveil corporel en offrant la possibilité à ces jeunes filles d'amener leurs propres idées de déplacements. Pour l'instant Violette n'a pas pu se saisir de cette nouvelle scène d'expression corporelle.

- Enfin, le dernier temps de l'atelier correspondant au <u>moment d'improvisation libre,</u> accompagné par de la musique.

Au cours duquel, l'occupation de cet espace d'expression n'a pas paru angoissante pour Violette : dés les premiers ateliers elle a pu mettre en jeu son corps.

Cependant, elle présente de faibles capacités créatives de mises en jeu corporelles. Dans ce moment qui permet d'explorer les différentes dynamiques de mouvement, je note chez Violette des difficultés à nuancer et apporter de la nouveauté dans ses mouvements et sa mise en jeu corporel. Elle se situe toujours dans une dynamique de mouvements saccadés rapides et forts.

Ainsi, la présence de l'autre (adulte ou pairs) auquel elle s'appuie est importante pour lui permettre de nourrir ses capacités créatives corporelles et enrichir son répertoire gestuelle.

Enfin, elle n'est pas en mesure de s'appuyer sur la musique pour accorder ses mouvements à celle-ci. En effet, je ne note aucun ajustement tonique et rythmique de sa part : elle se situe essentiellement dans une mise en mouvement du corps saccadé et hyper-tonique faite de sauts et de tournoiements.

Elle parait hermétique à cette adaptation tonico-émotionnelle, qui même par imitation n'a pas lieu. L'idée de **Bullinger** selon laquelle les flux auditifs entrainent des variations toniques n'a pas lieu ici chez Violette.

c) <u>conclusion à l'atelier</u>

Tout aux long de l'année Violette n'a pas manifesté de craintes à investir cet espace de mise en jeu d'expression de son corps venant avec plaisir à l'atelier et participant activement à l'ensemble des propositions. Cet espace lui aura permis d'étayer sa découverte corporelle (les membres inférieurs de son corps notamment) et d'enrichir ses capacités motrices (par l'acquisition du rampé, notamment).

L'ensemble du travail à poursuivre et développer selon moi au sein de cet atelier est :

- l'ajustement tonico-émotionnel et rythmique à la musique et aux émotions qui peuvent en découler
- enrichir et de favoriser son expression corporelle, par le moment d'éveil corporel et en s'appuyant sur les autres, pour progressivement l'amener à s'affirmer en tant que sujet en développant sa créativité corporelle.

D. Conclusion du travail avec Violette

En reprenant l'histoire de Violette (grande prématurité, longue hospitalisation et opérations), on peut supposer que son vécu corporel ait été marqué négativement durant ses premiers moments de vie.

En grandissant, la prématurité associée à la déficience intellectuelle ont entravées Violette dans le développement et l'investissement de son corps.

La prématurité étant certainement à l'origine d'un vécu corporel pauvre, peut-être du au fait d'un environnement sur-protecteur compte-tenu de sa fragilité. Tandis que la déficience intellectuelle, par les limitations cognitives et difficultés de symbolisation qui en découle, n'a pas permis à Violette de mettre en sens ses expériences corporelles.

L'impact sur sa construction corporelle a alors été important et se trouve être à l'origine de la perception morcelée de son corps. Ainsi aujourd'hui, Violette apparait comme une petite fille qui ne semble n'avoir que peu de connaissances de son corps.

Cependant dans l'ensemble des moments partagés Violette m'apparaît comme étant une petite fille dans un plaisir de l'échange, volontaire et investie dans les propositions.

Elle présente des potentialités qui évoluent mais qui nécessitent une stimulation et un accompagnement poussés pour permettre un essor efficient de ses capacités.

L'ensemble du travail avec Violette a montré à quel point le corps du psychomotricien est un moyen privilégié de développement de la construction du corps. En effet, c'est en s'appuyant sur l'observation et par l'imitation que Violette montre d'intéressantes capacités d'apprentissages et d'évolution. De fait, par notre mise en mouvement (en salle de psychomotricité ou à l'atelier) et l'imitation qui en découle, Violette expérimente et découvre son corps, enrichissant son répertoire d'expériences psychomotrices.

De plus, face à ce constat la prise en charge groupale me parait à maintenir car permettant à Violette de se nourrir des mises en jeu du corps de sa binôme.

Dans le travail avec Violette il a été nécessaire de lui prêter notre appareil à penser, pour mettre en sens ses différents vécus qu'elle ne peut symboliser. La route est encore longue pour Violette, le travail sera d'encourager progressivement son appropriation corporelle par la stimulation de son développement psychomoteur et de ses capacités d'interactions. Pour ainsi l'accompagner à faire de son organisme un corps (7).

CONCLUSION

Le propos de ce mémoire porté sur l'intégration et l'appropriation du corps par l'enfant qui au cours du développement a nécessairement lieu dans la relation à l'autre et à l'environnement.

Au cours de mon stage, l'ensemble de mes rencontres avec des enfants atteints de déficience intellectuelle a été l'occasion de porter mon attention sur leur construction corporelle, à travers l'investissement et l'utilisation qu'ils font de leur corps, voir pour certains par les mots posés dessus.

Ces rencontres ont alors mis en évidence l'impact des troubles cognitifs sur la dynamique constructive corporelle. Du fait des capacités cognitives limitées elle s'en trouve entravée. Ainsi, pour un grand nombre de ces jeunes leur corps reste désinvesti, non intégré, vécu sur un mode fonctionnel et peu dans un souci d'expressivité de soi-même.

Au fil de ce mémoire, j'ai tenté de montrer le rôle que peut tenir la psychomotricité dans l'accompagnement de la découverte et de l'investissement du corps par ces enfants déficients intellectuels.

Tout au long de l'année, aura donc essentiellement été développé l'un des axes de travail en psychomotricité, tels que le décrit **A-M.Latou**r, celui de : s'occuper du corps.

Ainsi, au sein de mes espaces d'interventions, par mes propositions sensori-motrices, d'expressions et de représentations, j'ai tenté de faire vivre à ces jeunes des expériences centrées sur le corps : le corps propre et le corps en relation. Pour ainsi, les guider dans une meilleure attention à eux et leur donner des repères corporels fiables pour un meilleur rapport à leur corps, à l'autre et à l'environnement.

Chaque enfant à pu se saisir de ces expériences et investir, à son rythme et à son niveau, les différents moments de travail. Par la prise de plaisir corporel issue de ces moments j'espère avoir participé à la création d'une image de leur corps gratifiante dans un vécu harmonieux de leur corps dans la relation.

A travers mon accompagnement, dans une posture de disponibilité et d'implication, je pense avoir été un support pour ces enfants dans l'évolution de leur construction corporelle.

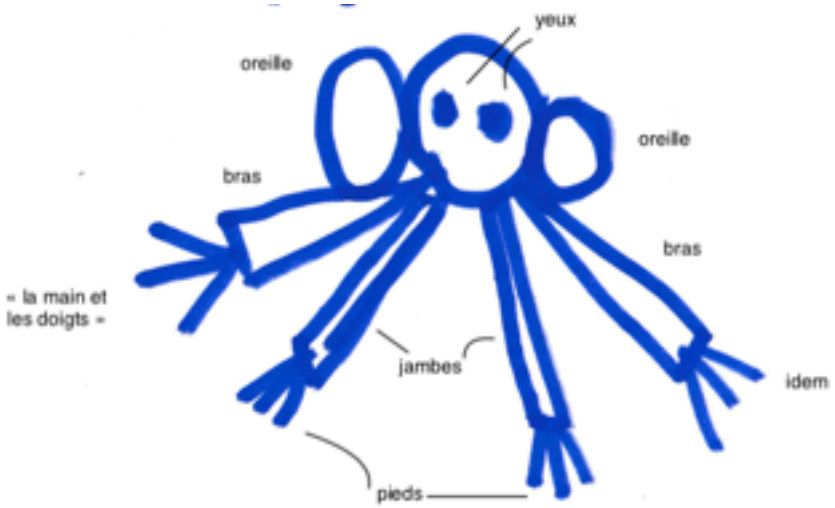
Ce stage de troisième année m'aura offert la possibilité de réfléchir sur la place de la psychomotricité auprès d'une population d'enfants et adolescents déficients intellectuels. Ainsi, pour ces enfants et adolescent limités cognitivement dans leurs raisonnements, leurs rapports à leur corps, à l'autre est au monde : la psychomotricité qui utilise comme médiateur le corps pour se découvrir et découvrir le monde me parait tout à fait indiqué.

Enfin, l'ensemble de mes réflexions pour m'ajuster et m'adapter au mieux dans l'accompagnement de ces enfants ont contribué à l'évolution de mon identité professionnelle. De plus, par le cheminement de mes propres vécus corporels dans ces rencontres et l'aboutissement dans l'écriture de ce mémoire, ma réflexion sur ma posture de future psychomotricienne s'est étayée et affirmée.

La fin de ce stage n'est pas l'aboutissement de ces réflexions mais bien les prémices de réflexions qui jalonneront ma pratique professionnelle qui s'en trouvera alors enrichit.

ANNEXES

Annexe 1 : Dessin du bonhomme de Nicolas



Annexe 2 : Entretien des représentations corporelles de O.Moyano

1/ Entretien sur les représentations corporelles :

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

Entretien :

a) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ?

b) Peux-tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ?

c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ?

d) On peut faire quoi avec son corps ?

e) Qu'est-ce qui est fragile dans le corps (Pourquoi ?)

f) Qu'est-ce qui est solide dans le corps, (Pourquoi ?)

g) Qu'est-ce que tu aimes bien dans le corps ? Est-ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ?

h) Qu'est-ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ?

i) Où est la pensée à ton avis ? (si "dans le corps", Où exactement ?)

Annexe 3 : Emploi du temps personnalisé pour l'année 2018-2019 de Violette

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
9h			ARRIVÉE			
9h 9h15 9h30	GOÛTER	INTERVENTION PÉDAGOGIQUE	GOÛTER	INTERVENTION PÉDAGOGIQUE	GOÛTER	GOÛTER
9h45 10h 10h15 10h30 10h45 11h 11h15	VIE DE GROUPE	VIE DE GROUPE NARRATION D'HISTOIRES	ACTIVITÉ SOUFFLE CLASSE	VIE DE GROUPE PSYCHOMOTRICITÉ	VIE DE GROUPE	VIE DE GROUPE
11h30 11h45 12h 12h15 12h30	CLASSE	EVEIL CORPOREL	11h30 REPAS 12h30	EXPRESSION ET MOUVEMENT	PETIT BAIN	11h30 REPAS 12h30
12h30 13h30	REPAS	REPAS		REPAS	REPAS	
13h30 13h45 14h 14h15 14h30	CLASSE	Récréation JEUX		Récréation	GROUPE ACCUEIL VIE DE GROUPE	
14h30 14h45 15h 15h15 15h30	CRÉATIONS MANUELLES	SORTIE LUDOTHÈQUE		JEUX SYMBOLIQUES	PEINTURE VIE DE GROUPE	
15h50	DÉPART			DÉPART		

Annexe 4 : Dessin du bonhomme de Violette



BIBLIOGRAPHIE

(1) Assaiante, C. (2015). Construction du schéma corporel au cours du développement sensori-moteur de l'enfant. *in* André Bullinger éd., *Les effets de la gravité sur le développement du bébé: L'espace de la pesanteur*. Toulouse, France: ERES, p.41-60.

(2) Bachollet, M. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. Enfances & Psy, 49(4), p.14-19.

(3) Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2e édition. ed., Psychothérapies). Paris: Dunod, p.5-9, 17-21, 69-86.

(4) Boscaini, F. & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49(4), p.78-88

(5) Bossé, J. (2017). Prendre corps. Apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux. Mémoire de psychomotricité.

(6) Boutinaud, J. (2017). Comment le corps vient à l'enfant ? Quelques enjeux autour des représentations corporelles au cours du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 60(1), p.145-166.

(7) Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars Un parcours de recherche (La vie de l'enfant)*. Toulouse : ERES. p. 76-92, 136-143, 151-168.

(8) Bussy, G. & Des Portes, V. (2008). mt pédiatrie, 11(4).

(9) Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. Cahiers de psychologie clinique, 17(2), p.81-102.

(10) Cologne, S. (2010). Corps, jeu et émotion dans un groupe thérapeutique à médiation artistique. *Enfances & Psy*, 49(4), p.89-99.

(11) Cordero, M. (2018). Quels corps soigne-t-on en psychomotricité ? La place de la psychomotricité dans l'étayage des représentations du corps chez l'enfant. Mémoire de psychomotricité

(12) Delville, J., & Mercier, M. (1997). Sexualité, Vie Affective Et Déficience Mentale. p. 61-71.

(13)Golse, B., Bidault, H., Bizot, A., & Domange, I. (1992). Le développement affectif et intellectuel de l'enfant (3ème édition. ed., Collection Médecine et psychothérapie). Paris: Masson. p. 77-79, 151-152, 169-186.

(14)Haag, G. (1997). Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel. Journal de la Psychanalyse de l'Enfant, n° 20, p.104-124.

(15)Kernier, N., & Pommier, F. (2015). 30 grandes notions de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (Psycho sup psychologie clinique). Paris: Dunod, p.36-98, 143-167, 193-229.

(16)Jouen, F. & Molina, M. (2000). Le rôle des flux sensoriels dans les débuts du développement. *in* Enfance, n°3, p. 235-247.

(17)Lesage, B. (2009). La danse dans le processus thérapeutique: Fondements, outils et clinique en danse-thérapie. Toulouse, France: ERES. p.13-30, 183-192.

(18)Lesage, B. (2012). Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structures, étayage, mouvement et relation. Toulouse, France: ERES. p.7-35, 105-125, 171-206, 221-240, 253-654.

(19)Lièvre, B., & Staes, L. (2011). La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte notions et applications pédagogiques (5e édition]. ed., Outils pour enseigner). Bruxelles: De Boeck. p.9-78.

(20)Nasio, J. (1994). Introduction aux oeuvres de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan (Rivages psychanalyse). Paris: Éd. Payot & Rivages. p.17-83, 199-257, 265-296, 305-358.

(21)Pennac, D. (2012). Journal d'un corps. Paris: Gallimard.

(22)Pireyre, W., & Delion, P. (2015). Clinique de l'image du corps du vécu au concept (2e édition. ed., Psychothérapies). Paris: Dunod.

(23)Potel, C. (2010). Être Psychomotricien.

(24)Potel, C., Baranes, J., & Hefez, S. (2018). L' adolescent, son corps, ses "en jeux" point de vue psychomoteur (Cliniques psychomotrices). Paris: In press. p.17-30, 271-285.

(25)Robert-Ouvray, S. (2004). Intégration motrice et développement psychique une théorie de la psychomotricité (2e éd. rév.. ed., Psychologie). Paris: Desclée de Brouwer. p. 11-165.

(26)Rochat, P., Goubet, N. (2000). Connaissance implicite du corps au début de la vie*. in* Enfance, n°3, p. 275 à 285.

(27)Vaginay, D. (2018). 5. Le déficient intellectuel, caractéristiques psychiques et comportementales. *in,* D. Vaginay, *Découvrir les déficiences intellectuelles* (pp. 157-196). Toulouse, France: ERES. p.57-196.

(28)http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/Chapitre_1.html

(29)https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/deficiences-intellectuelles (= article DI : def et classifications)

(30)https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/les-resultats-dune-expertise-collective-sur-les-deficiences-intellectuelles (= site def/épidémio DI)

(31)http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/108/?sequence=12 (=article mécanisme puberté)

(32)https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/puberté/84197 (= article puberté classique)

(33)http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability (= def OMS DI)

(34)https://phare.pads.fr/fiche-conduites-a-risques (= site conduites ado)

(35)https://www.santelog.com/actualites/perceptions-tactiles-comment-le-cerveau-fait-la-difference-entre-toi-et-moi?fbclid=IwAR2m-LZeffSr1i5tN3bnNP-mHzbUBUX4BMm-K-ilzkM9tpXZAJVHOaIJFZ0 (= article perception tactile)

(36)https://www.planetesante.ch/Magazine/Bebes-enfants-et-adolescents/Premature/Developpement-de-l-enfant-premature

(37)https://www.planetesante.ch/Magazine/Bebes-enfants-et-adolescents/Premature/Grands-prematures-les-troubles-specifiques-a-reperer-au-plus-vite

(38)https://www.psychologies.com/Famille/Ados/Crise-d-ados/Articles-et-Dossiers/La-crise-d-ado-ce-n-est-pas-obligatoire

(39)https://www.superprof.fr/ressources/scolaire/svt/photo-svt13/tous-niveaux-video-svt13/fonctions-partie-arriere-cerveau.html

(40)https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_HPOTerms.php?lng=FR&data_id=1605&Typ=Pat&diseaseType=Pat&from=rightMenu

(41)https://www.superprof.fr/ressources/scolaire/svt/photo-svt13/tous-niveaux-video-svt13/fonctions-partie-arriere-cerveau.html

(42)https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_HPOTerms.php?lng=FR&data_id=1605&Typ=Pat&diseaseType=Pat&from=rightMenu

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 2
SOMMAIRE 3
AVANT-PROPOS 4
INTRODUCTION 5
PARTIE I : 8
LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT 8
A. Généralités 8
1. Définitions 8
2. Principes fondamentaux 8
3. Influence des facteurs externes 9
B. D'un point de vue cognitif et intellectuel 10
C. Et la place du corps dans ce développement ? 12
1. Corps subi 12
2. Corps vécu 14
3. Corps perçu 18
4. Corps connu et représenté 19
D. Remaniements au cours de l'adolescence 22
1. La puberté 23
2. Des remaniements psychologiques et identitaires 24
3. Aux répercussions corporelles 25
Partie II : 27
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE 27
A. Compréhension de la déficience intellectuelle 27
1. Définitions 27
2. Classifications 28
3. Etiologies 30
B. Des particularités à différents niveaux 30
1. Une immaturité cognitive / intellectuelle 31
a) Des capacités perceptives limitées : 31
b) Une lenteur de traitement de l'information : 31
c) Une faible mémoire de travail : 31
d) Des difficultés de représentations mentales et de symbolisation : 32

2. Une immaturité psycho-socio-affective 33
a) Une estime de soi fragilisée : 33
b) Des troubles de la communication : 33
c) Des difficultés relationnelles : 33
d) Une immaturité affective : 34
3. Une immaturité corporelle 34
C. De multiples rencontres au sein d'un Institut Médico-Pédagogique 38
1. Présentation et fonctionnement de l'institution 38
a) Une équipe pluridisciplinaire 38
b) Les missions principales 39
c) Les réunions 40
2. Place de la psychomotricité au sein de l'institution 40
a) Une définition de la psychomotricité 40
b) L'outil du psychomotricien 41
b) 1.Entre observations cliniques et tests standardisés 41
b) 2. La place des représentations corporelles dans le bilan 43
c) Sa présence dans différents espaces 44
Partie III : 46
CONSTRUCTION CORPORELLE ET PSYCHOMOTRICITÉ 46
A. Chez la future psychomotricienne 46
1.En cours de pratique 46
2. Sur nos lieux de stage 48
a) Une disponibilité à soi et à l'autre 48
b) une implication psycho-corporelle 48
B. Chez l'enfant déficient intellectuel 50
1. Prises en charges en salle de psychomotricité 51
2. L'atelier « Expression corporelle et mouvements » 55
3. Un travail corporel à l'atelier « Repérage » 60
Partie IV : 65
Un travail en psychomotricité sur la construction corporelle à travers une rencontre en particulier : Violette 65
A. Présentation de Violette 65
1. Son histoire de vie : anamnèse et parcours de soins 65
2. Son arrivée à l'Institut Médico-Pédagogique 66
a) Informations d'après les parents 66
b) Compte-rendu éducatif 67

c) Observations psychologiques 67
d) Bilan orthophonique 68
e) Observations pédagogiques 68
f) Observations psychomotrices 69
B. Projet personnalisé de Violette 69
C. Mes différents temps de travail avec Violette 70
1. Observations psychomotrices 70
2. En salle de psychomotricité 71
a) La rencontre 71
b) Evolution psychomotrice 72
c) Conclusion en salle de psychomotricité 74
3. A l'atelier « Expression et mouvements » 75
a) Objectifs de l'atelier 75
b) Positionnement et évolution de Violette dans l'atelier 75
c) conclusion à l'atelier 77
D. Conclusion du travail avec Violette 78
CONCLUSION 79
ANNEXES 81
BIBLIOGRAPHIE 83
TABLE DES MATIÈRES 87