



HAL
open science

Des êtres en devenir. Place de la psychomotricité dans le développement de l'enfant déficient intellectuel.

Anaïs Pouban-Belle

► **To cite this version:**

Anaïs Pouban-Belle. Des êtres en devenir. Place de la psychomotricité dans le développement de l'enfant déficient intellectuel.. Psychologie. 2020. dumas-02900464

HAL Id: dumas-02900464

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900464v1>

Submitted on 16 Jul 2020

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

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Des êtres en devenir

Place de la psychomotricité dans le développement
de l'enfant déficient intellectuel

Anaïs POUBLAN BELLE

Née le 26/02/1997 à St Palais (64)

Directeur de Mémoire : Mr LAFONTANA Eric

Juin 2020

Remerciements

À mon directeur de mémoire, pour son implication dans ce travail, ses conseils, son soutien et sa disponibilité. A mes maîtres de stage, Raphaëlle G, Caroline S, Cécile D et Adeline M qui pendant ces trois années de formation, m'ont enseignée leur pratique et m'ont guidée dans ma future pratique psychomotrice.

À tous les enseignants et intervenants de l'Institut de Formation en Psychomotricité pour leurs connaissances et la qualité de leurs enseignements.

À tous ces patients qui m'ont acceptée dans leurs suivis, auprès de qui j'ai tant appris et sans qui la rédaction de ce mémoire n'aurait pas été possible.

À Gaelle et Paloma pour leur investissement, leurs relectures et leurs encouragements bienveillants.

À mes parents et ma sœur pour leur amour et leur soutien. Et à Kévin pour son soutien et son amour pendant ces années d'étude et surtout pendant la rédaction de ce mémoire.

Merci à tous de m'avoir permis de concrétiser ce projet mais aussi de m'avoir confortée et soutenue dans ma voie.

Sommaire

<u>Remerciements</u>	
<u>Avant-propos</u>	1
<u>Introduction</u>	2
<u>PARTIE I : Le développement de l'enfant</u>	4
1. Définitions et généralités	4
2. Développement cognitif	5
3. Développement psycho-affectif	13
4. Développement psychomoteur	18
<u>PARTIE II : La déficience intellectuelle</u>	27
1. Présentation générale	27
2. Impact de la déficience intellectuelle sur le développement	33
3. Un travail pluridisciplinaire autour de l'enfant déficient intellectuel	46
<u>PARTIE III : L'accompagnement en psychomotricité</u>	49
1. Spécificités et outils du psychomotricien	49
2. Des médiations possibles en psychomotricité	59
3. A la rencontre de Yanick	66
<u>Conclusion</u>	80
<u>Bibliographie</u>	82
<u>Annexes</u>	85
<u>Table des matières</u>	93

Lors de l'atelier « habiletés sociales », j'observe les passages des jeunes sur scène : Nadège, tête baissée, mime son arrivée à la boulangerie et sans dire bonjour, dit : « *ça, te plait* » en pointant un croissant ; Julien, lui reste totalement muet et pointe du doigt une crêpe sans verbaliser. De son côté, Mélanie fait semblant de dire bonjour, attrape directement sa chocolatine et s'en va. Devant ces mises en situation, je me rends compte que les règles sociales, formules de politesse, qui me paraissent évidentes, « normales », ne le sont absolument pas pour ces jeunes.

Introduction

Durant cette troisième année d'étude de psychomotricité, j'effectue un stage en Institut Médico Éducatif (IME) auprès d'enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle légère à profonde. J'ai choisi ce stage dans le but de comprendre les différents aspects de la déficience intellectuelle mais également de découvrir le monde institutionnel dans lequel vit cette population.

Comme le suggère ma vignette clinique, j'ai assisté lors de mon stage à un atelier « habiletés sociales » en présence de six jeunes de l'IME, animé par deux psychomotriciennes. Au cours de cet atelier la question des codes sociaux et de la norme m'a interpellée. J'ai été surprise par leurs modes de relation, leur façon de communiquer et leur adaptation - ou inadaptation - au monde.

Dans la société actuelle, chaque enfant grandit dans un contexte normé avec des règles sociales, l'éducation et la politesse qui lui sont transmis par ses parents, par l'école ou par ses pairs. Il existe donc des normes sociales, codifiées et intégrées. Ma réflexion s'est centrée sur les personnes déficientes intellectuelles qui semblent présenter des difficultés d'intégration de ces codes et règles.

Je me suis alors questionnée sur le lien entre leur handicap et ces particularités. Puis, j'ai ramené cette question à l'ensemble du développement de l'enfant : existe-t-il un impact de la déficience intellectuelle sur le développement de ces enfants ? Si oui, qu'est-ce qui est impacté et comment ?

Enfin, je me suis interrogée sur la place de la psychomotricité face à cette problématique et cette singularité. Pour accompagner ces jeunes dans leur adaptation au monde, faut-il essayer de les « normer » ou alors simplement les accompagner ? Quelle est alors la pertinence d'un accompagnement psychomoteur ?

Face à ces observations et mes interrogations, je me suis posée la question de la différence entre le normal et ce handicap et j'ai émis plusieurs hypothèses :

- *De façon générale, l'enfant peut se développer de manière harmonieuse dans son milieu à partir d'un ensemble d'interactions.*

- *La déficience intellectuelle entrave le développement de l'enfant dans le domaine cognitif, psycho-affectif et psychomoteur et son adaptation au monde.*
- *La psychomotricité accompagne le développement de l'enfant déficient intellectuel pour lui permettre une meilleure adaptation à soi, à l'autre et à son environnement.*

De ces hypothèses, un questionnement central s'est alors posé dans le cadre de ma future pratique de psychomotricienne et de ma présence dans cette institution :

→ En quoi un accompagnement en psychomotricité permet à l'enfant déficient intellectuel de se construire de façon plus harmonieuse et sécurisée dans son environnement ?

Pour tenter de répondre à cette problématique, je ferai un plan en trois parties. Il me semble important, dans un premier temps, de présenter le développement de l'enfant, en parlant spécifiquement des développements cognitif, psycho-affectif et psychomoteur.

Partant de ce développement normal, je parlerai dans un second temps de la déficience intellectuelle en la définissant et en détaillant son impact sur le développement de l'enfant.

Enfin, ayant mis en évidence les difficultés que peuvent rencontrer ces enfants, je ferai une dernière partie sur l'intérêt et la spécificité d'un accompagnement en psychomotricité auprès d'enfants déficients intellectuels. Partie qui sera illustrée par mon expérience en stage et d'un cas clinique.

A noter que je traiterai ici du développement de l'enfant, jusqu'à environ 12 ans. Cependant il m'arrivera, au cours de mon écrit de proposer des vignettes cliniques de jeunes plus âgés que je rencontre à l'IME. En effet, je m'appuierai pour mon propos de leur âge de développement et non de l'âge réel, tout en gardant à l'esprit que le passage à l'adolescence ajoute de la complexité à ma lecture.

PARTIE I : Le développement de l'enfant

1. Définitions et généralités

a. Définitions

Selon le dictionnaire Larousse [54], le développement est l'« *ensemble des phénomènes qui participent à la transformation progressive de l'être humain, de la conception à l'âge adulte* ».

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *Le développement au cours de la petite enfance représente une phase particulièrement importante de la vie qui va déterminer la qualité de la santé, le bien-être, l'apprentissage et le comportement tout au long de la vie. C'est une période riche de possibilités, mais aussi une période de grande vulnérabilité aux influences négatives, et elle constitue une phase unique au cours de laquelle il est possible de tirer parti de l'énergie du développement pour prévenir ou réduire au minimum les incapacités et les affections secondaires potentielles* ». [58]

Je partirai des propos de G. HEUYER, médecin qui énonce que : « *chez le nourrisson normal avant 3 ans, il y a une intrication entre le développement moteur, intellectuel et affectif* ». [7]

b. Généralités

Le développement est tout d'abord sous la dépendance de phénomènes physiologiques. En effet, dès la naissance, le pédiatre contrôle la croissance staturo-pondérale de l'enfant. Il veille également à la maturation harmonieuse des structures (dents, vision, audition...) et des fonctions (neuro-motrice, sexuelle...). De plus, l'enfant, lorsqu'il naît, possède un bagage génétique transmis par ses parents. Ce bagage va influencer les modalités de son développement.

Le développement est donc sous l'influence de l'hérédité, de la physiologie mais aussi et surtout du fait des interactions de l'individu avec son environnement, car comme l'a évoqué WINNICOTT « *un bébé [seul], ça n'existe pas*¹ ».

Ici je parlerai du développement de l'enfant, c'est-à-dire de la naissance à environ 12 ans, avant l'émergence de la puberté et de l'adolescence.

Je vais donc, dans cette première partie exposer les concepts clés et étapes du développement cognitif, puis psycho-affectif et enfin du développement psychomoteur afin de mieux en comprendre les troubles dans la deuxième partie.

2. Le développement cognitif

a. Développement intellectuel

A la naissance, le bébé est immature au niveau cérébral. Le développement va s'appuyer notamment sur la maturation physiologique et sur ses apprentissages.

Le développement cognitif comprend les grandes fonctions telles que l'intelligence, la mémoire, le langage et le symbolisme. On peut entendre parler de développement cognitif, développement mental ou développement psychique selon les écrits.

De nombreux auteurs ont étudié le développement psychique et cognitif, parmi eux J. PIAGET en référence à son travail sur le développement de l'intelligence en stades, mais aussi H. WALLON ou encore S. FREUD qui ont également développé des stades de développement. Enfin on pourra aussi nommer S. VYGOTSKI. Ce sont tout autant d'auteurs dont on nous enseigne les théories et concepts lors de nos études de psychomotricité.

¹ WINNICOTT. D. W, « *L'enfant et le monde extérieur* », 1947, p.107

❖ La théorie de l'apprentissage selon PIAGET

Le psychologue J. PIAGET a théorisé le développement de l'intelligence chez l'enfant dans une perspective structuraliste. Pour lui l'intelligence est la forme d'adaptation mentale la plus développée. Il a décrit quatre grandes périodes dans le développement de l'enfant, en prenant appui sur les principes d'assimilation et d'accommodation [36].

→ L'assimilation est selon lui le « *processus qui permet à l'enfant d'incorporer ou d'assimiler les objets qu'il rencontre ainsi que les événements auxquels il est confronté, aux schèmes préexistants qu'il a pu construire au gré des circonstances* ».

→ L'accommodation est le « *processus d'ajustement des schèmes préexistants, qui les complète ou les modifie pour les adapter aux données environnementales* ».

Le schème est « *une structure ou organisation des actions, telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues* ». [21]

Ces deux phénomènes sont régulés par ce qu'il appelle l'équilibration, phénomène d'autorégulation. [21] Cette équilibration fait partie, d'après lui des quatre facteurs essentiels au développement mental de l'enfant, avec la maturation nerveuse, l'exercice et l'expérience acquise dans l'action, les interactions et les transmissions sociales.

PIAGET décrit donc quatre stades, eux même divisés en sous stades. Chaque stade correspond à des âges dans le développement de l'enfant :

- **0-2 ans : période sensori-motrice**

C'est le temps de la **perception**. L'enfant n'a pas encore accès aux représentations mentales. La présence de l'objet, de la personne ou de la situation est indispensable. C'est une intelligence sans pensée ni langage. L'enfant n'a pas accès à la notion de concept.

- **2-7 ans : période préopératoire ou de l'intelligence symbolique**

Cette période correspond à l'intériorisation de l'action : dans un premier temps, l'enfant ne différencie pas le signifiant, mot écrit ou geste qui permet d'évoquer le référent ou la chose en elle-même, du signifié, représentation mentale de cette chose, le concept. [14] Il va alors développer la **fonction symbolique** qui lui permet de faire cette différenciation. Cette fonction est définie comme la capacité d'évoquer des objets ou des situations non perçues actuellement en se servant de signes ou de symboles. Elle permet la différenciation du réel et de l'imaginaire.

L'acquisition du symbolisme est perceptible par l'imitation différée, par le langage, le dessin et le jeu. L'enfant n'a plus besoin d'avoir l'objet devant lui pour se le représenter, la permanence de l'objet est à présent totalement acquise.

- **7-12 ans : période des opérations concrètes**

Durant cette période, l'enfant va acquérir la réversibilité de la pensée. Il est capable d'envisager que ses pairs ont des points de vue différents de lui. C'est durant cette période qu'apparaissent les premières opérations mentales, concrètes qui se rapportent à du matériel concret : ordonner, classer, compter. Ceci est en lien avec les apprentissages qui se font à l'école primaire.

- **Après 12 ans : période des opérations formelles.**

A partir de 12 ans, l'enfant est capable d'opérations mentales portant sur du matériel abstrait. PIAGET parle alors d'une décentration, le pré-adolescent se détache du réel. C'est la période au cours de laquelle se développe le raisonnement hypothético-déductif. Ceci est en lien avec les apprentissages qui se font au collège.

Lors de ces stades, l'accès au symbolisme est une étape très importante dans le développement. En effet de ce symbolisme dépend d'autres processus intellectuels tels que le langage, l'imitation ou encore le jeu de faire semblant.

❖ Une théorie ou des théories

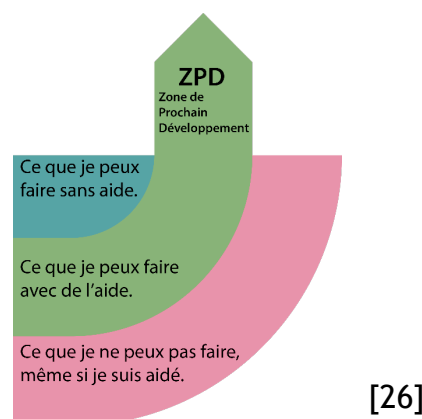
Même si la théorie de l'apprentissage est une base solide dans la compréhension du développement de l'enfant, d'autres auteurs ont également théorisé le développement intellectuel, en reprenant, complétant ou infirmant les travaux de PIAGET.

En réponse aux travaux de PIAGET, TOURRETTE et GUIDETTI nuancent et expliquent que dans les stades, les acquisitions ne sont pas toujours réalisées dans le même ordre, du fait de la variabilité interindividuelle, variabilité dans les stratégies mises en œuvre. Pour eux, les acquisitions ont bien lieu, mais dans des séquences différentes ou par des voies différentes. [36]

Dans la même idée, pour H. WALLON, psychologue et médecin, le développement n'est pas un continuum avec des progrès qui s'additionneraient de façon linéaire, mais il s'effectuerait de manière discontinue avec effectivement des phases d'évolution mais aussi des régressions et des stagnations. De plus, pour lui l'environnement jouerait un rôle fondamental.[55]

On peut aussi parler de S. VIGOTSKY, psychologue interactionniste et de son concept de Zone Proximale de Développement (ZPD). Sa théorie socio-culturelle met l'accent sur l'importance de la société dans le développement.

Pour lui l'interaction sociale est nécessaire au développement de la cognition. Nous parlerons des interactions plus en détail dans la partie sur le développement psycho-affectif.



Enfin, PIAGET et BRUNER s'opposent dans leur conception du développement cognitif. Tandis que le premier insiste sur un développement comme préalable à l'apprentissage, le second, interactionniste met l'accent sur les premières interactions entre la mère et l'enfant pour permettre l'apprentissage. [17]

Ces apports théoriques permettent ici d'illustrer que le développement cognitif est un développement progressif qui comprend l'acquisition de différentes fonctions et différents apprentissages. Cela me permet également de souligner que ce n'est pas linéaire et qu'il existe des variations interindividuelles.

b. L'imitation

Que ce soit dans le développement intellectuel, affectif ou moteur, je considérerai l'imitation comme une clé aux apprentissages et au développement.[34]

D'après le lexique de psychomotricité de CARRIC et SOUFIR « *l'imitation se dit de toute reproduction consciente ou inconsciente d'un modèle ou d'un phénomène quelconque (geste, actes, sons...)* ». [8]

Grâce aux découvertes scientifiques on sait aujourd'hui que l'imitation est permise par les neurones miroirs. Ceux-ci s'activent lorsqu'on exécute une action mais aussi lorsqu'on l'observe chez l'autre. [32] En effet ils interviennent sans même que l'on exécute un geste moteur. Ceci nous permet d'accéder à la signification de l'action.

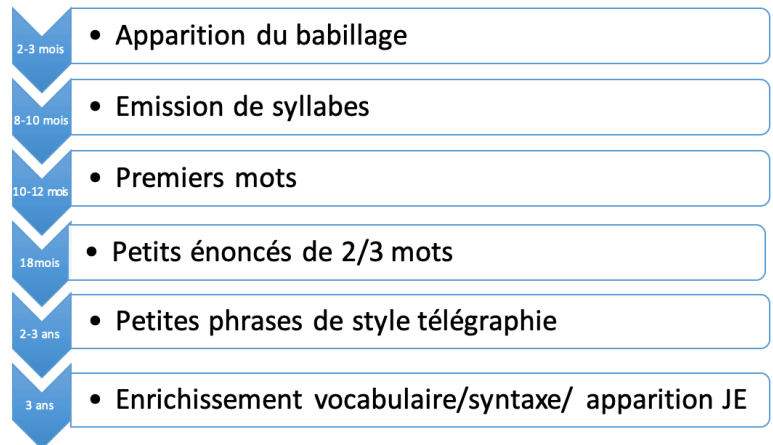
L'imitation tient un rôle très important dans le processus d'apprentissage, notamment le langage. En effet imiter est l'un des socles essentiels à l'apprentissage de la parole : l'enfant écoute pour reproduire plus tard.

c. Développement du langage verbal

Un autre processus arrive avec l'accès au symbolique et aux images mentales : le langage. En effet d'après PIAGET et INHELDER « *le langage apparait en même temps que les autres formes de la pensée sémiotique [...] qui détache la pensée de l'action et crée donc la représentation* » [7]. C'est à dire que le langage est une conduite représentative. Bien qu'il n'apparaisse qu'aux alentours de 2 ans, dès la naissance se met déjà en place le processus d'acquisition du langage, grâce à la maturité du télencéphale.

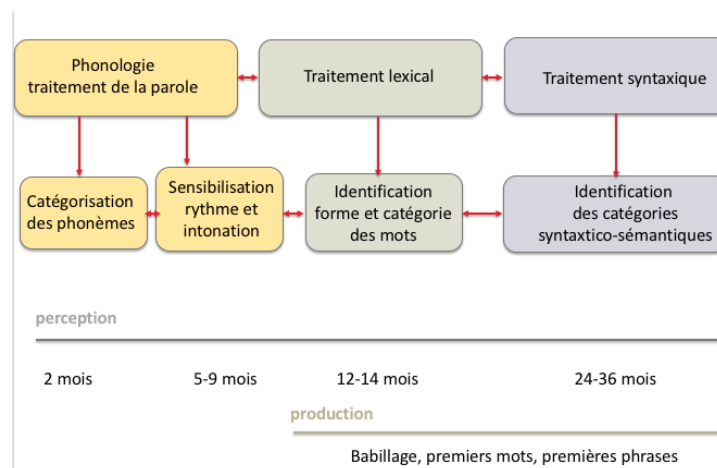
Le développement du langage se fait par étapes :

Ces âges sont indicatifs et variables en fonction des enfants sans que ça ne soit systématiquement pathologique.



L'apparition du « Je » est un moment clé dans le développement de la communication de l'enfant puisqu'il est un des prémices à la **construction identitaire**.

Le langage verbal est un processus complexe qui dépend de trois composantes : l'identification des mots, la construction du lexique et l'appropriation de la syntaxe [6] :



L'enfant acquiert le lexique et la syntaxe dans les échanges avec son entourage. Même si l'inné joue un rôle important, un environnement stimulant est également nécessaire au développement du langage. En effet, le bain de langage dans lequel va baigner le tout petit est très important : c'est l'ensemble des paroles qui lui sont adressées.

Dans la société, l'arrivée du langage est une étape très attendue et célébrée, autant que la marche. En effet la parole humanise le petit d'homme : « *L'accès à la parole [...] signe définitivement son appartenance à l'humanité et à un groupe social caractérisé par la langue* ». [40] Nous pouvons alors nous interroger sur les répercussions chez un enfant ne parlant pas.

d. Les fonctions exécutives et théorie de l'esprit

❖ Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives désignent des processus cognitifs complexes régissant le comportement. Elles désignent « *les capacités nécessaires à une personne pour s'adapter à des situations nouvelles, c'est-à-dire non routinières, pour lesquelles il n'y a pas de solution toute faite* ». Parmi ces capacités on retrouve [52] :

La planification

- C'est la capacité à établir une stratégie et la faire évoluer en fonction du contexte. Autrement dit, c'est planifier une série d'actions, de gestes permettant d'atteindre un but.

L'inhibition

- C'est la capacité de s'empêcher de produire un comportement automatique, ne pas agir impulsivement. Cela permet d'avoir un comportement socialement adapté en réponse à une situation nouvelle.

La flexibilité mentale / le Shifting

- C'est la capacité de passer d'un comportement à un autre selon la situation.

L'attention

- Face à une situation non routinière l'attention est nécessaire pour analyser et ensuite pouvoir planifier un plan d'action.

La mémoire de travail

- La capacité à maintenir l'information en mémoire en vue de la réalisation d'une tâche ou de l'élaboration d'une réponse.

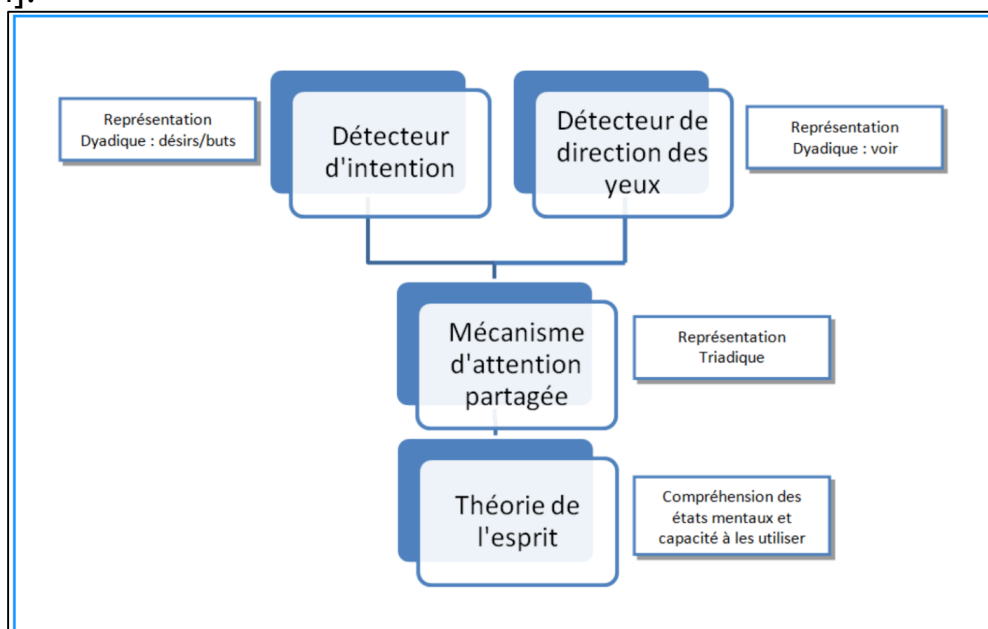
Tout cela permet ce qu'on appelle la **cohérence centrale**, définie comme la capacité spontanée des individus à analyser globalement des informations. Les éléments sont perçus simultanément plutôt qu'isolément. Ce mode d'analyse permet une meilleure compréhension de l'environnement. L'individu peut organiser les informations en un tout cohérent. Cela lui permet d'attribuer du sens en s'appuyant sur le contexte. Ainsi l'individu aura plus de facilité d'adaptation en transposant ses connaissances d'une situation à une autre, tout en filtrant des informations pour en retenir les plus importantes.

Certains auteurs parlent d'un lien entre les fonctions exécutives et la théorie de l'esprit. En effet les fonctions exécutives seraient un préalable nécessaire à l'émergence de la théorie de l'esprit. [35]

❖ Théorie de l'esprit

La théorie de l'esprit, ou Theorie of Mind, (ToM), est définie par la capacité à attribuer des états mentaux (intention, désir, croyance) à soi-même et à autrui. Selon BARON-COHEN deux éléments sont nécessaires au mécanisme de la théorie de l'esprit : « *Il faut tout d'abord pouvoir se représenter l'ensemble des états épistémiques (faire semblant, penser, savoir, croire, imaginer, rêver, deviner, tromper). Il faut ensuite pouvoir relier tous ces concepts d'états mentaux (le volitionnel, le perceptif, l'épistémique) en une explication cohérente des rapports entre états mentaux et actions* ». [35]

Voici un schéma mettant en évidence les différents mécanismes en jeu dans la ToM [24]:



La ToM permet de prédire, interpréter et anticiper les comportements et s'avère indispensable à la régulation des interactions. Elle évolue selon deux niveaux de représentation :

- Premier ordre : « *je pense que...* » qui commence vers 3-4 ans. Cela correspond à la représentation que l'on a de l'état mental d'une personne en adoptant sa perspective.
- Deuxième ordre : « *je pense qu'il pense que...* » apparaît vers 6-7 ans. C'est la représentation d'une personne sur les représentations d'une autre personne.

3. Le développement psycho-affectif

a. Définitions et généralités

Le développement psycho-affectif se dit d'un processus dans lequel l'enfant évolue d'un statut de dépendance vers une indépendance affective. A la naissance, le bébé est vulnérable et dépendant des soins qui lui sont apportés. Comme l'a montré SPITZ psychiatre psychanalyste, sans nourriture affective, le jeune enfant ne survivrait pas. En effet, l'Homme est un être de relation, un être social.

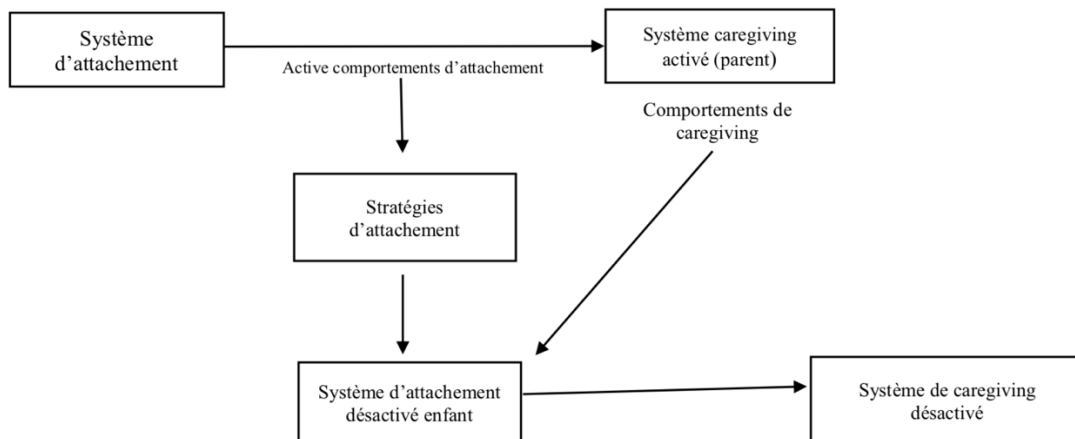
L'OMS postule que : « *Pour chaque individu, le cours que suit le développement dépend de manière décisive de la **qualité des stimulations**, du soutien, de l'éducation et de l'accompagnement dont l'enfant bénéficie dans sa famille, son voisinage et dans les structures de soins qui l'entourent* ». [58]

Partant de cette affirmation, je pense qu'il est primordial de parler dans un premier temps des interactions précoces du bébé et de la théorie de l'attachement qui seront le socle de la construction identitaire du sujet. Enfin pour terminer avec le développement psycho-affectif je parlerai des relations sociales chez jeune enfant.

b. La théorie de l'attachement

L'attachement est un concept qui repose principalement sur les travaux de BOWLBY et qui intègre également les apports de la psychanalyse avec SPITZ et de l'éthologie avec HARLOW et LORENZ. BOWLBY décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. Du côté du jeune enfant, le système d'attachement est un besoin inné de proximité d'une figure préférentielle capable de le protéger en cas de stress ou de détresse. Ce système d'attachement est en relation avec le système de care-giving du parent, c'est-à-dire le système de soin en réponse aux besoins de l'enfant et de ses manifestations.

Le diagramme ci-dessous résume le fonctionnement du système d'attachement entre l'enfant et le parent :



Selon N. GUEDENEY, durant le développement, l'enfant passe par différentes étapes dans la création du lien d'attachement [22] :

- **De la naissance à 3 mois :**

Les comportements d'attachement ne sont pas encore orientés. A cet âge-là, l'enfant possède déjà des compétences sociales. En effet il peut reconnaître le visage humain et il est capable de répondre à un sourire. Avant 3 mois, les comportements d'attachement sont majoritairement aversifs avec les pleurs et les cris qui cherchent la proximité de l'adulte.

- **De 3 mois à 6 mois :**

Les comportements d'attachement commencent à être orientés et dirigés vers une ou plusieurs personnes. L'enfant commence à tendre les bras pour obtenir une proximité. Durant cette période on observe l'apparition du sourire social sélectif, c'est-à-dire qu'il sourit préférentiellement aux personnes qu'il connaît, il distingue les personnes familières des étrangers. C'est à cette période qu'apparaît la peur de l'étranger.

Petit à petit une hiérarchisation des figures d'attachement primaires s'effectue.

- **De 6/9 mois à 3 ans :**

La figure d'attachement principale est maintenant discriminée. L'enfant a plutôt un comportement d'attachement actif, il contrôle la proximité optimale dont il a besoin avec son caregiver. La figure d'attachement est alors une base de sécurité vers laquelle l'enfant peut revenir quand il a besoin d'être sécurisé.

- **De 3 ans à 5 ans :**

C'est une phase d'affirmation. L'enfant possède des compétences cognitives et langagières nouvelles qui lui permettent d'anticiper et planifier. On parle alors de la mise en place du partenariat corrigé quant au but, c'est-à-dire qu'il y a l'idée d'un compromis entre l'enfant et la figure d'attachement pour arriver au but commun.

M. MAIN et M. AINSWORTH ont étudié les variations du type d'attachement chez l'enfant dès 12 mois : « *L'attachement sécure à douze mois est prédictif d'un développement émotionnel, cognitif et social de meilleure qualité : confiance en soi, sentiment de compétence personnelle, empathie et compétences sociales* ». [22]

L'attachement est en lien avec les interactions précoces qui sont l'ensemble des interactions du bébé avec son environnement. On distingue les interactions comportementales, les interactions affectives et les interactions fantasmatiques et imaginaires :

→ Les interactions comportementales sont en lien avec ce que WINNICOTT nomme le holding et le handling, c'est-à-dire la façon dont l'enfant est porté, regardé et la qualité des soins qui lui sont apportés.

→ Les interactions affectives sont directement liées à l'accordage affectif théorisé par STERN, c'est-à-dire les réponses apportées par les parents face aux manifestations du bébé. L'imitation entre en jeu dans ces réponses : si l'enfant émet un signal, l'adulte va lui répondre par un signal écho, c'est ce qu'on appelle le mirroring. Dans ces interactions on peut également parler du rôle de détoxification de la figure d'attachement, concept développé par W. BION.

→ Enfin les interactions imaginaires et fantasmatiques concernent la mère, qui rêve son enfant et le fantasme.

c. Construction identitaire

POTEL « *on ne naît pas soi on le devient* ». [44]

Selon le Larousse [54] l'identité est « *le caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* ». Ainsi cela suggère que pour être soi, il faut se différencier de l'autre. Le « Soi » ou « Self » est la capacité de l'individu à s'appréhender en tant que sujet et non en tant qu'objet.

Dans le développement psycho-affectif, la construction de l'identité du sujet est fondamentale, c'est une construction psychocorporelle. D'après M. SPERANZA et G. VALERI « *la construction de l'identité est un processus complexe qui se met en place dès les premières étapes de la vie biologique et relationnelle, quand l'enfant prend peu à peu conscience de son existence au travers de ses perceptions et de ses actions dans l'interaction et le regard des autres, et avant tout dans la relation aux figures d'attachement* ». [47] On voit une fois encore à quel point les interactions de l'individu avec son environnement sont essentielles pour un développement harmonieux. En effet selon POTEL, c'est grâce à la réciprocité des échanges du bébé avec sa mère que peut se faire le processus de différenciation.

WATZLAWICK chercheur de l'école Palo Alto a travaillé sur le lien entre la reconnaissance identitaire et les relations interpersonnelles. Il affirme que c'est par la communication avec l'autre que le sujet peut atteindre la conscience de lui-même. [39]

Enfin, pour J. LACAN, le moi se construit en premier lieu grâce au stade du miroir, lorsque l'enfant prend conscience que la personne en face de lui c'est lui. [21] Pour lui, ce stade est formateur du « Je ».

La question de l'identité peut être corrélée aux notions de personnalité et de tempérament. Le concept de personnalité est décrit comme « *l'organisation dynamique d'un individu avec ses aspects intellectuels, affectifs, physiologiques et morphologiques* ». [6] Le tempérament est le phénomène qui explique que les enfants ont des sensibilités différentes. Cette différence joue sur les capacités d'autorégulation de l'enfant et sollicite la capacité d'adaptation du parent.

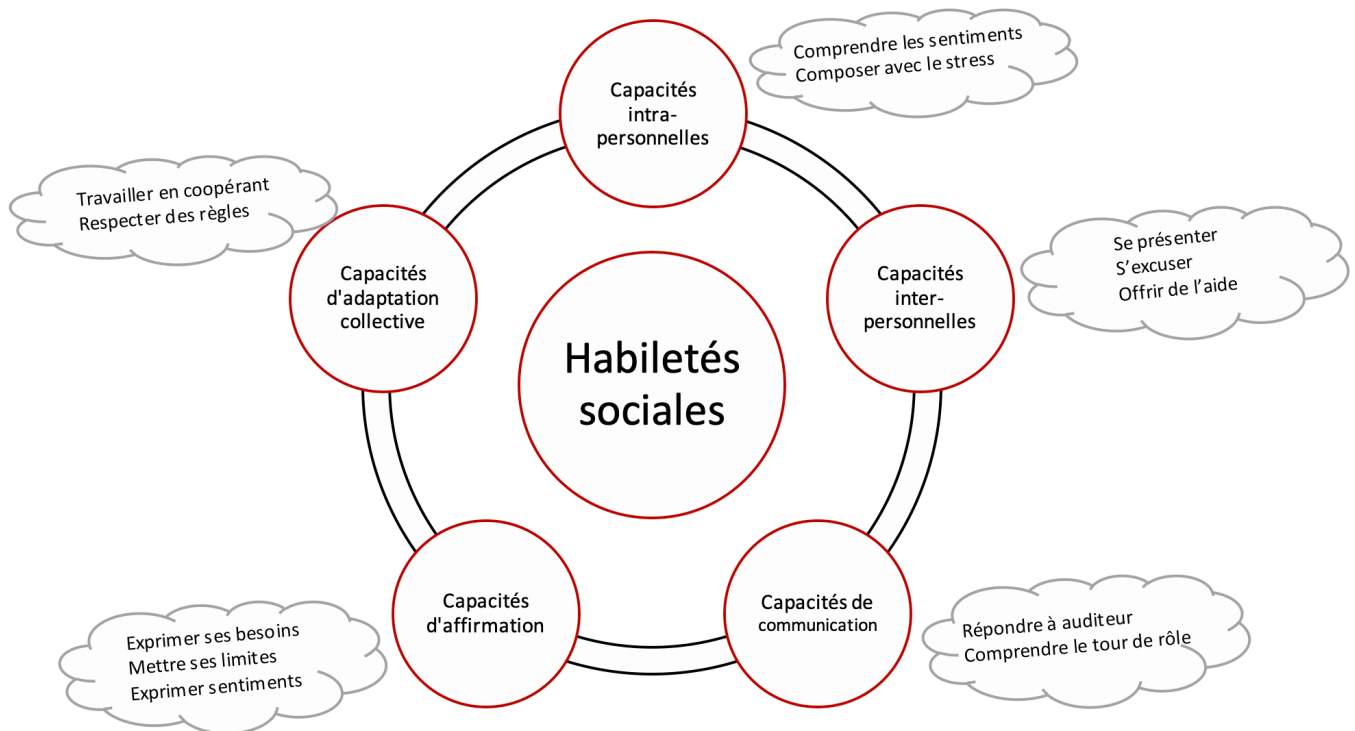
Personnalité et tempérament ont un rôle déterminant dans la constitution de l'identité du sujet en tant qu'individu unique et singulier.

d. Les habiletés sociales

Selon TOURRETTE et al, la théorie de l'esprit est une étape fondamentale et nécessaire pour un développement normal des habiletés sociales. [35]

Les habiletés sociales, aussi appelées compétences relationnelles ou aptitudes psycho-sociales « renvoient à une variété de compétences interpersonnelles permettant à un individu une intégration optimale dans l'ensemble de ses milieux de vie ». [16]

Ces compétences peuvent être déclinées schématiquement en cinq catégories interdépendantes :



Pour WOOD et KAZDIN, l'apprentissage naturel des habiletés sociales se fait grâce à trois éléments essentiels : l'observation, l'imitation et le modelage.

Nous parlons ici de permettre l'intégration et l'adaptation de l'individu dans son environnement. Ainsi ces habiletés sociales sont des normes communes et leur intégration permet l'adaptation de l'individu à son environnement.

4. Développement psychomoteur

a. Définitions et généralités

Le développement psychomoteur est le développement de l'être humain dans toutes ses dimensions, motrice, posturale, sensorielle, cognitive, affective et sociale. En reprenant les termes de E. MORIN, on considère que l'homme est un être bio-psycho-social. Le développement englobe les processus responsables de changements qualitatifs et quantitatifs qui interviennent tout le long de la vie de l'individu, ainsi que de leur continuité.

C'est une co-construction, c'est-à-dire que l'individu dans ses différents aspects se construit en perpétuel interaction et remaniement.

Le développement psychomoteur est une notion complexe qui repose sur de nombreux champs théoriques tels que le maturationnisme, la psychanalyse ou encore l'éthologie.

Selon DE AJURIAGUERRA, le développement psychomoteur se fait en 3 étapes.

→ Premièrement il parle de l'organisation de la **charpente motrice** avec l'inhibition des réflexes archaïques tels que le réflexe de Moro ou le Grasp réflexe. Ces réflexes permettent l'intégration de schèmes essentiels pour la suite du développement des acquisitions.

→ Dans un deuxième temps il y a l'organisation du **plan moteur**, où l'on passe de l'intégration successive à simultanée. L'enfant intègre d'abord les schèmes moteurs un à un et passe ensuite à une intégration simultanée.

→ Enfin, la troisième étape selon lui est l'**automatisation des acquis**.

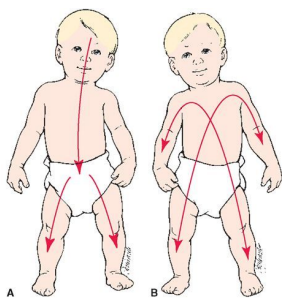
Le développement psychomoteur du jeune enfant repose sur les théories de la maturation et de l'apprentissage qui sont indissociables et complémentaires. On peut aussi parler d'inné et d'acquis.

Au-delà des phénomènes de maturation et d'apprentissage, le développement psychomoteur est soumis aux lois de succession, de différenciation et de variabilité :

- **Loi de succession** : Selon KOUPERNIK, la motricité volontaire et la maturation tonique sont sous la dépendance de deux lois : céphalo-caudale et proximo-distale [7].

→ La loi céphalo caudale : la maturation se fait de la tête vers les pieds (A)

→ La loi proximo-distale : la maturation se fait du tronc vers les extrémités, les membres (B)



→ L'imitation, évoquée précédemment suit également ces lois de développement.

- **Loi de différenciation** : énonce que la motricité de l'enfant est d'abord diffuse et indifférenciée avant de devenir plus fine et coordonnée. Le bébé est d'abord dans une motricité réflexe et involontaire.
- **Loi de variabilité** : WALLON parle d'un développement en spirale pour expliquer le développement psychomoteur. Pour lui le développement de l'enfant n'est pas linéaire, il y a des phases d'évolution mais aussi de régression et de stagnation, comme nous l'avons vu plus tôt. Malgré cette alternance de phases, le développement psychomoteur se fait toujours dans le sens d'un perfectionnement des capacités du sujet.

b. Construction corporelle

Un peu plus tôt je parlais de la construction de l'identité, ici je parlerai de l'identité corporelle, de la construction corporelle en complémentarité des notions développées plus tôt. En effet la conscience du corps est la condition et l'instrument de la connaissance de soi. Pour L. DARCOURT l'enfant « *vit ce corps avant de savoir qu'il existe*² ». La façon dont l'enfant se représente son corps dépend des expériences corporelles qu'il vit, mais également des relations à soi, à l'autre, à l'environnement et des apprentissages qu'il intègre.

❖ Schéma corporel et image du corps

Selon B. DE LIÈVRE et L. STAES [13], l'enfant passe par différentes étapes dans la construction et l'appropriation de son corps. C'est à travers un tableau synthétique que j'ai choisi de présenter cette évolution :

CORPS SUBI	CORPS VÉCU	CORPS PERÇU	CORPS CONNU
0-3 mois	3 mois - 3 ans	3 - 7 ans	+ 7 ans
<p>Dépendance aux soins de l'adulte</p> <p>Communication au travers du dialogue tonico-émotionnel</p> <p>Possibilité de poursuite oculaire</p> <p>Prédominance des réflexes archaïques</p>	<p>Disparition des réflexes archaïques vers 5 mois</p> <p>Coordination progressive des mouvements pour répondre à ses propres besoins → gain d'autonomie</p> <p>Accroissement des expériences sensori-motrices</p> <p>Acquisition de la propreté (maîtrise des sphincters)</p>	<p>Perfectionnement de la motricité</p> <p>Meilleur ajustement postural</p> <p>Installation latéralité</p> <p>Capacité d'attention perceptive centrée sur son corps</p>	<p>Schéma corporel établi : connaissance topologique des différentes parties de son corps</p> <p>Et</p> <p>Verbalisation corporelle</p> <p>Capacité à orienter son corps</p>

² DARCOURT. L, « 100% DOLTO », Eyrolles, 2011, p.45

Tout cela, étape après étape amène à la construction du **schéma corporel**. Il est défini par C. POTEL comme : « *la résultante de toutes les actions auxquelles l'enfant recourt pour utiliser son corps et ses potentialités, pour **connaître 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* ». [44]

Ce schéma corporel est dynamique, c'est une construction active qui évolue au cours du développement psychomoteur, en fonction des acquisitions de l'enfant, des interactions avec son environnement et de ses expériences.

En lien étroit avec le schéma corporel, au cours du développement l'enfant construit son **image du corps**. D'après P. SCHILDER, l'image du corps regroupe les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps et qui sont chargées d'affects. Pour J.M ALBARET l'image du corps sert à l'identification et à la reconnaissance du corps.

Pour distinguer schéma corporel et image du corps, on peut parler de schéma corporel pour l'action, répondant aux questions « Où ? » et « Comment ? », et parler d'image du corps pour la perception du corps en tant que forme et de présentation de soi, répondant à la question « Quoi ? ».

Comme nous l'avons vu au travers du tableau ci-dessus, cette identité corporelle se construit en partie par le développement de la motricité de l'enfant.

❖ La motricité

GESELL, en 1920 a apporté un regard scientifique au développement de la motricité de l'enfant. Il a établi qu'il y avait quatre types de comportements chez l'enfant [7] :

- Les comportements moteurs
- Les comportements d'adaptation
- Les comportements non verbaux
- Les comportements sociaux et personnels

Nous l'avons vu avec les différentes lois qui régissent le développement, la motricité du nouveau-né est d'abord une motricité réflexe et involontaire. Puis, à partir de ses 6 mois environ la motricité devient plus volontaire, pour aller dans le sens de l'acquisition de compétences motrices qui lui permettront de se mouvoir, d'agir sur l'environnement, de s'adapter et même de communiquer (*annexe 1*).

L'acquisition des compétences passe notamment par les expériences que vit l'enfant. Les expériences sensori-motrices lui permettent de se sentir exister et de se construire. En effet grâce à elles il pourra s'approprier un corps de plus en plus autonome. Il est donc important de respecter les rythmes de l'enfant, c'est pourquoi l'idéal est de le laisser expérimenter sa motricité librement.

Petit à petit vont donc se développer les coordinations motrices, la latéralité, l'équilibre, tout autant d'acquisitions amenant à l'autonomie.

Autre que les capacités motrices, le corps permet également de communiquer. J'ai parlé précédemment du développement du langage dans le prisme du développement cognitif, ici on se trouve dans le versant non verbal du langage : la **communication non verbale**, langage du corps. M. BASQUIN a dit « *si le psychisme organise le geste, à l'inverse le geste organise le psychisme. Le geste est façon d'exprimer les expériences psychiques, dans le même temps qu'il est un modèle pour leur donner une représentation* ». [7]

Dès la naissance l'enfant communique avec son corps grâce à son **tonus**, c'est le dialogue tonique dont parle WALLON. DE AJURIAGUERRA parle de **dialogue tonico-émotionnel**. Il dit que l'état tonique est un mode de relation avec une hypertonie d'appel et une hypotonie de soulagement, de détente ou de satisfaction.

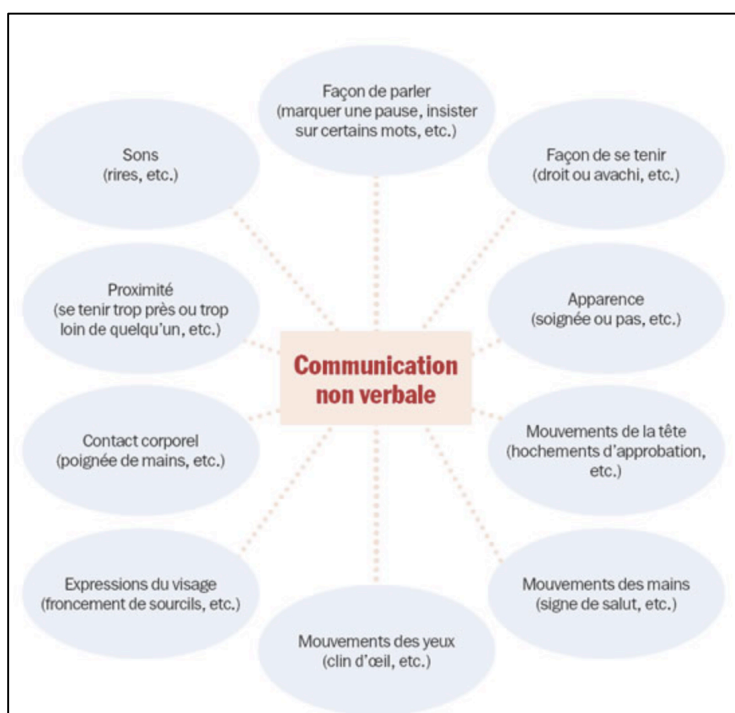
VULPIAN définit le tonus comme étant « *un état de tension active, involontaire, variable dans son intensité en fonction de diverses actions syncinétiques ou réflexes, qui l'augmentent ou l'inhibent* ». [1]

Durant le développement, le geste précède la parole. Parmi ces gestes le geste de **pointage** constitue une base pour l'acquisition du langage. [19] C'est un geste de communication pré-linguistique qui apparaît avant 12 mois. Selon CABREJO-PARRA ce geste est une condition nécessaire à la construction du langage.

Il permet à l'enfant d'attirer l'attention de l'adulte et d'échanger avec lui à propos de l'objet qui l'intéresse. Ainsi les deux partenaires sont dans une attention conjointe pour parler de la même chose.

L'imitation peut être une façon de communiquer. Selon STERN et TREVARTHEN, l'imitation joue un rôle social chez le jeune bébé. TREVARTHEN parle de proto-conversation.

De plus les actes de prendre, donner, montrer ou demander nourrissent les échanges non verbaux [11]. Selon J. CORRAZE, le terme de communication non verbale s'applique à deux nombreux éléments que nous pouvons retrouver dans ce schéma [57] :



❖ Enveloppe et limites du corps

Le corps de l'enfant se structure progressivement dans les interactions mais aussi au travers de toutes ses expériences toniques, sensorielles et motrices. C'est par l'action et la sensation d'être acteur de cette action que l'enfant prend peu à peu conscience qu'il possède son corps.

Le ventre de la mère est considéré par D. ANZIEU comme la première peau de l'enfant. A la naissance la mère doit assurer une « seconde peau » afin de rassembler le bébé et de l'aider à s'unifier. C'est ce qu'explique C. POTEL quand elle dit que « *c'est dans la relation au corps de la mère que se forme la constitution d'une enveloppe qui contient, protège, limite* ». [44]

Nous avons vu avec le développement psycho-affectif la construction identitaire chez l'enfant et notamment la construction du Moi. Pour FREUD « *Le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps* ».

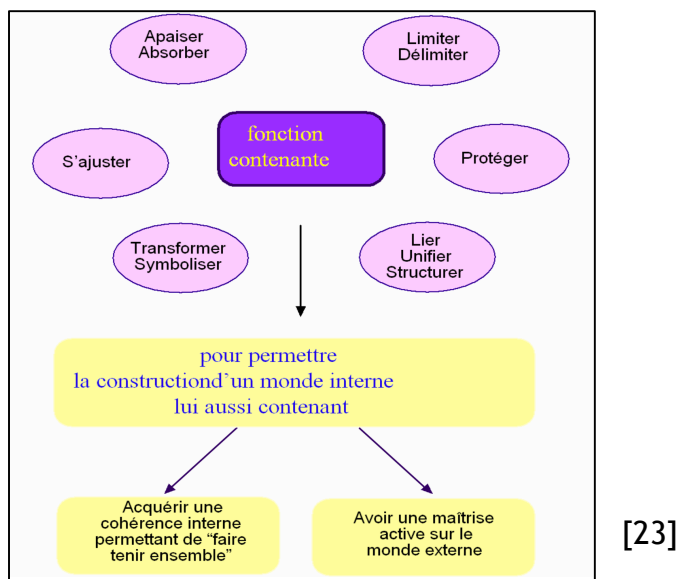
C'est ce que D. ANZIEU appelle le Moi-peau. Le moi-peau est pour lui la « *figuration que le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* ». C'est le moment de la différenciation du moi psychique et du moi corporel sur le plan opératif. [41]

Il décrit neuf fonctions du moi peau, parmi elles, la peau comme interface entre le dedans et le dehors, la peau comme sac qui retient à l'intérieur le bon et la peau comme lieu et moyen primaires d'échange avec autrui.

Ce moi-peau permet la construction d'une enveloppe psychocorporelle contenante et sécurisante. Dans le développement de l'enfant, l'accès au dessin d'un rond fermé signifie l'accès à la représentation d'une enveloppe qui va petit à petit être repérée, intégrée et ressentie.

Avoir une enveloppe bien construite permet de contenir le pulsionnel, elle joue alors le rôle de pare-excitation qui était jusque-là assuré par la mère ou autre figure d'attachement.

Le schéma ci-dessous expose l'importance et les avantages d'une fonction contenante efficiente :



c. Le jeu

❖ Les différents jeux

En fonction de son développement cognitif et moteur l'enfant aura accès à différents niveaux de jeu. De plus il lui faudra se sentir sécurisée pour pouvoir explorer et jouer sereinement. Par ordre d'apparition, nous retrouvons :

- Jeux d'exploration : ce sont les premiers jeux que fait l'enfant, il explore les formes, les textures, il manipule avec les mains et la bouche.
- Jeux de construction : grâce à son exploration, il maîtrise les objets et peut les utiliser pour les assembler et pour construire.
- Jeux symboliques : vers 18 mois, avec l'arrivée de la fonction symbolique, l'enfant joue à « faire semblant », en passant par l'imitation différée.
- Jeux à règles : vers 3 ans l'enfant est capable d'intégrer des règles simples dans le jeu.

Dans le jeu symbolique, l'enfant va entrer en relation avec un ou plusieurs autres enfants et ils vont alors jouer ensemble, alors qu'avant cela ils vont être dans le jeu en parallèle, côte à côte. Entre 2 et 7 ans, on observe une évolution du jeu de seul à conjoint, avec vers 5/6 ans, un aller-retour entre les deux et vers 7 ans un jeu commun et coopératif.

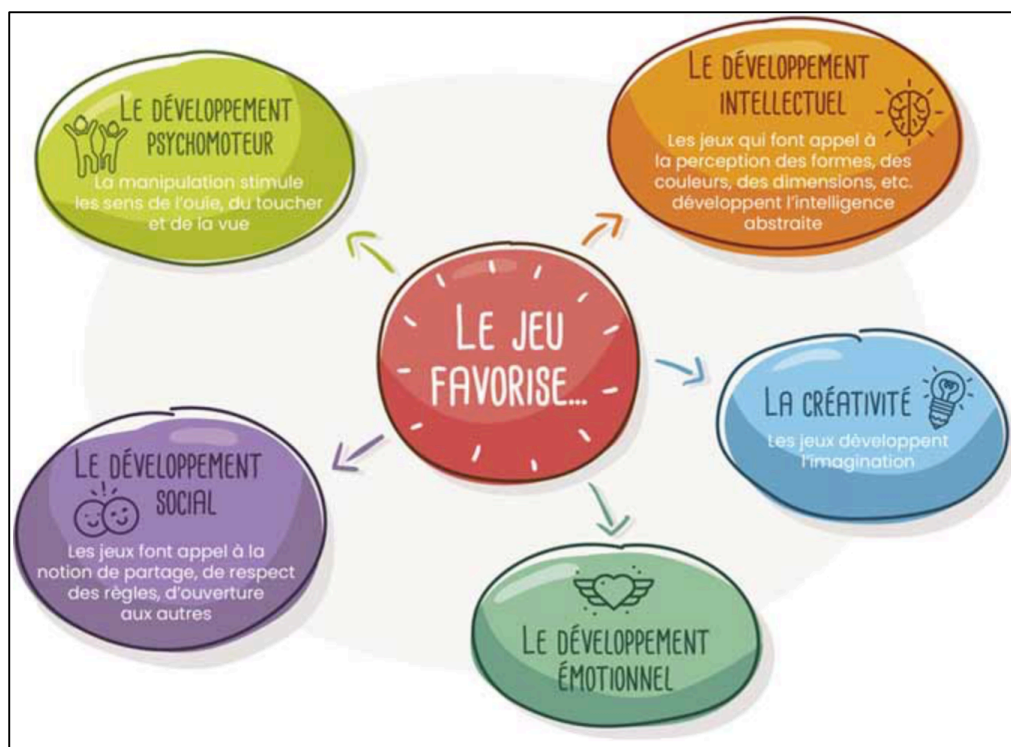
❖ Le rôle du jeu dans le développement

Pour PIAGET le jeu permet l'élaboration de la fonction symbolique, de l'intelligence et ainsi plus tard des apprentissages scolaires.

Le jeu libre va permettre à l'enfant de développer son imaginaire, sa créativité, d'explorer les possibilités de son corps et de développer des relations.

Le jeu est donc un temps d'expression, de rencontre, de création et de construction pour l'enfant.

Ce schéma nous illustre les nombreux apports du jeu dans le développement de l'enfant [25]:



PARTIE II : La déficience intellectuelle

1. Présentation de la déficience

a. Quelques éléments historiques

De tous temps, bien avant la naissance de Jésus Christ, la déficience intellectuelle a été décrite et étudiée. Dans toutes les civilisations, en Egypte, en Grèce ou encore à Rome, la naissance d'un enfant déficient intellectuel - bien que ça ne soit pas le terme utilisé à cette époque - était vue comme l'expression des dieux, de la divinité. En conséquence, ces êtres « mal-formés » étaient tués pour les « remettre aux Dieux ». Ils étaient appelés les malades d'esprit. [9]

Cette idée de l'intervention des Dieux va persister encore à l'époque médiévale, avec l'arrivée du christianisme et d'une ambivalence de points de vue. La position de SAINT AUGUSTIN est que « *les enfants idiots expient les fautes de leurs parents* » et qu'ils sont considérés comme les fils du Démon : l'accès à l'église doit leur être refusé. Cependant, la religion chrétienne parle de son côté de « bénis de Dieu ».

La première distinction faite est une distinction par la durée. On distingue la déficience intellectuelle qui est immuable, de la maladie mentale qui est évolutive et peut disparaître, elle n'est pas définitive.

Une autre distinction est celle de ST THOMAS D'AQUIN, qui différencie l'idiot de l'imbécile.

ESQUIROL est le premier à apporter un modèle de déficience en nuancant les termes de « démence » et « d'idiotie ».

A toutes les époques, l'enjeu des auteurs est de comprendre le sens donné à la naissance d'un malade d'esprit. La question du pourquoi est prégnante au détriment de la question du comment. Il n'y a pas de recherche de solutions.

Mais à partir de 1543, l'Homme essaye de créer des classifications et c'est A. PARÉ qui ouvre le pas. C'est d'ailleurs le premier à introduire la notion de cause matérielle. On commence donc à s'intéresser au « comment ».

Bien loin des étiologies connues actuellement, PARACELSE distinguait différentes origines au mal : la lune, le sein de la mère, l'alcool ou encore les vices internes. Du fait des représentations que la société portait sur la déficience intellectuelle, les personnes porteuses de ce handicap ne bénéficiaient pas des mêmes droits que les autres. Ils étaient considérés comme « anormaux » et étaient donc marginalisés.

Après ce rapide survol historique de la vision de la déficience dans les sociétés, nous allons voir ce qu'il en est aujourd'hui, au travers des définitions et de la sémiologie actuelle.

b. Définitions et classifications

L'OMS a défini le handicap en distinguant trois termes : désavantage, déficience et incapacité. [42]

Déficience

- « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* » : c'est l'aspect **biomédical**.

Incapacité

- *toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain* » : c'est l'aspect **fonctionnel**.

Désavantage

- « *résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels* » : c'est l'aspect **social**.

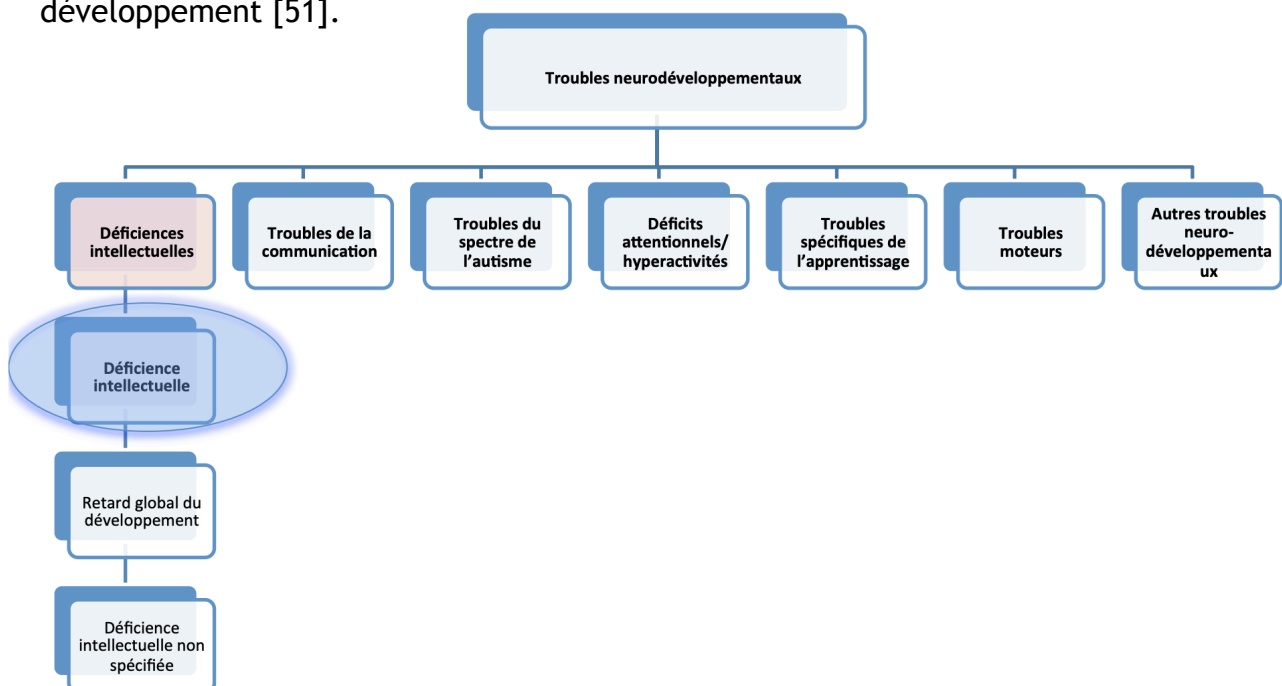
Concernant la déficience intellectuelle, il existe de nombreuses définitions et différents termes désignant la même chose. Dans « Lexique Pour le psychomotricien » de J-C. CARRIC et B. SOUFIR, ils parlent de *débilité mentale*. [8]

→ L'OMS parle de retard mental dans la Classification Internationale des Maladies-10 (CIM-10) et le définit comme : « *un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales* » [53]. La CIM-11 remplace aujourd'hui le terme de retard mental par *Trouble du développement intellectuel*.

→ Selon l'Association Américaine des déficiences intellectuelles et du développement (AAID), « *la déficience intellectuelle est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques* ». [50]

→ Enfin pour le Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 5^{ème} édition, on parle de déficience intellectuelle développementale car elle intervient avant l'âge de 18 ans. Cette définition reprend les mêmes principes que les précédentes avec « *un déficit intellectuel ainsi qu'un déficit touchant le fonctionnement adaptatif dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques* ».

Comme le montre cette organigramme, la déficience intellectuelle dans le DSM-V est classée parmi les troubles neurodéveloppementaux, dans la grande classe des déficiences intellectuelles où nous retrouvons également le retard global du développement [51].



« *Le handicap mental n'est pas une maladie mais un état* » - ESQUIROL

Pour lui c'est un état de non-développement des facultés intellectuelles. En effet, la déficience intellectuelle n'est pas considérée comme une pathologie, ce n'est pas une maladie, c'est un état qui touche la personne avant l'âge de 18 ans.

A travers ces différentes définitions nous retrouvons la question de l'impact sur le développement, notamment sur le développement cognitif avec le trouble de l'intelligence. Apparaît également la question de l'adaptation du sujet à son environnement et des difficultés liées à l'autonomie.

Ainsi, avant de présenter les différentes caractéristiques développementales que l'on peut retrouver chez une personne ayant une déficience intellectuelle, voyons tout d'abord plus en détail ce qu'est une déficience intellectuelle, au travers de sa sémiologie.

c. Sémiologie

Environ 1 à 2% de la population est concernée par la déficience intellectuelle. Cela touche 3 % des enfants de moins de 5 ans en France, soit environ 6 000 à 8 500 nouveaux cas par an.

❖ Étiologies

La déficience intellectuelle présente de nombreuses étiologies [28] :

Complications de la prématurité	5 %
Causes environnementales	13 %
Anomalies chromosomiques	15 %
Maladies métaboliques	8 %
Syndromes reconnaissables	2 %
DI liées au chromosome X	10 %
Autres maladies monogéniques connues	10 %
DI idiopathiques	35-40 %

Dans plus de 40% des cas, l'étiologie reste inconnue. Quand elle est identifiée, on constate une forte prévalence de causes génétiques. Ces différentes étiologies apparaissent dans un contexte prénatal, périnatal ou postnatal (*annexe 2*). Pour les causes non identifiées, il est estimé que plus de la moitié sont des étiologies génétiques encore inconnues par la recherche scientifique et médicale.

Connaître l'étiologie permet d'adapter au mieux la prise en soin de la personne en fonction des spécificités du syndrome.

❖ Comorbidités

Parmi les comorbidités les plus fréquentes on retrouve le Trouble du spectre autistique (TSA). D'après l'INSERM la prévalence de TSA augmenterait avec la sévérité de la déficience. On estime à près de 40% de TSA chez les personnes déficientes intellectuelles. Malgré tout il reste difficile de distinguer les symptômes relevant de la déficience de ceux relevant d'un TSA. Les mêmes symptômes entrent dans les deux tableaux cliniques : compétences relationnelles altérées, comportements ritualisés...

Lors de mon arrivée en stage, je rencontre Tim, âgé de 15 ans. Dans les moments sans activités, il présente des stéréotypies avec notamment un balancement de son buste d'avant en arrière. Le changement lui est insupportable et il refuse donc que je participe aux séances avec lui. Au vue de ses particularités, je pense en premier lieu à un TSA. Pour autant, le bilan au Centre Ressources Autisme (CRA) posera un diagnostic de déficience intellectuelle.

Le cas de Tim me permet d'illustrer ici **toute la difficulté** que l'on peut parfois avoir **pour établir un diagnostic devant des tableaux cliniques proches et croisés.**

Parmi les autres comorbidités connues on retrouve le Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), mais également des troubles psychiatriques ou encore des troubles du comportement.

D'après l'étude faite par l'INSERM [28], les personnes avec déficience intellectuelle présenteraient davantage de problèmes de santé que la population normo-typique. Ils varient selon la pathologie sous-jacente. Ces soucis de santé sont cependant difficiles à repérer, du fait des difficultés de communication mais aussi de la faible expression de la douleur par les personnes.

❖ Quelques pathologies

Il existe de nombreux syndromes pouvant être à l'origine d'une déficience intellectuelle. A l'IME j'ai été confrontée à plusieurs d'entre eux même si, pour la majorité des jeunes, l'étiologie reste encore méconnue. [37]

Le syndrome de Williams-Beuren est une maladie d'origine génétique ayant pour conséquences des difficultés cardiaques associées à un retard intellectuel léger à modéré et un retard de développement dans les apprentissages et la motricité. Ce syndrome est également caractérisé par une hyper-sensibilité auditive ou encore une hyper-sociabilité. Les personnes atteintes présentent un faciès caractéristique.

A son arrivée à l'IME, Léa, 6 ans m'est adressée pour un bilan psychomoteur. En lisant son dossier médical j'apprends qu'elle souffre du syndrome Williams-Beuren et que de ce fait elle souffre (entre autre) d'une malformation cardiaque. Je me renseigne alors sur les caractéristiques de la pathologie afin de faire du lien avec mes observations lors du bilan.

Ici, connaître l'étiologie permet de ne pas prendre de risque en proposant des activités ou des exercices trop éprouvant pour le cœur de la patiente. De plus, **connaître les spécificités du syndrome m'a permis de justifier les résultats des tests psychomoteurs réalisés.**

Le syndrome de l'X fragile est une maladie d'origine génétique également qui associe principalement une déficience intellectuelle et des troubles du comportement. Ce syndrome cause également dans la majorité des cas des troubles du langage et de la motricité.

La trisomie 21 est une maladie d'origine génétique causant une déficience intellectuelle et des particularités morphologiques. Il y a de plus de nombreux risques de complications, notamment au niveau cardiaque et digestif. Cette maladie d'origine chromosomique est la plus fréquente puisqu'elle correspond à 20% des déficiences intellectuelles rencontrées.

Les tableaux cliniques de ces pathologies sont ici présentés de façon théorique. Dans la pratique on ne retrouve pas toutes les particularités chez tous les individus, il y a des variations interindividuelles. De même, la déficience n'impactera pas le développement de la même façon chez tous les enfants.

2. Impact de la déficience intellectuelle sur le développement de l'enfant :

Concernant la question du développement chez l'enfant ayant une déficience intellectuelle, on distingue différentes approches. [36]

→ Selon la théorie développementale, chez un enfant à retard mental, les stades de développement sont les mêmes que chez un enfant normal mais le passage d'un stade à l'autre sera plus lent et le niveau atteint plus faible.

→ La théorie de la différence parle d'une différence développementale, allant jusqu'à une différence dans les stades du développement chez les personnes déficientes intellectuelles.

→ Enfin, d'après 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* ». [48] Ici on se trouve dans une approche comportementale, basée sur la psychologie du développement.

Le diagnostic de la déficience intellectuelle est un diagnostic multidimensionnel de l'ensemble du fonctionnement de la personne, se basant principalement sur l'évaluation du développement intellectuel. Il prend compte de la singularité de chaque individu et du contexte culturel et social dans lequel il vit.

Nous allons donc voir dans quelle mesure la déficience intellectuelle peut impacter le développement de l'enfant dans ses différentes dimensions.

a. Développement cognitif

❖ Quand parle-t-on de déficience ou de retard mental ?

Le diagnostic de déficience intellectuelle peut se faire à différents moments de la vie et du développement : à la naissance, durant la petite enfance ou plus tard au moment des apprentissages scolaires et de l'apparition des premières difficultés.

Pour effectuer un diagnostic de déficience intellectuelle, le psychologue réalise un bilan psychométrique reposant sur l'évaluation du fonctionnement intellectuel, par la mesure du quotient intellectuel (QI), sur l'observation du fonctionnement adaptatif et enfin selon l'âge d'apparition des troubles.

La CIM-10 précise différents degrés de retard mental en fonction du QI :

Retard mental léger	50 < QI < 70
Retard mental modéré	35 < QI < 50
Retard mental sévère	20 < QI < 25
Retard mental profond	QI < 20

Pour évaluer le QI, plusieurs échelles existent notamment l'échelle d'intelligence de WESCHLER pour les enfants et adolescents, le WISC-V. Cette évaluation est réalisée par un psychologue. Si on effectue une mesure du QI, cela signifie que lorsqu'une personne souffre de déficience intellectuelle, il y a un impact sur son développement cognitif et ses capacités intellectuelles.

BINET et SIMON ont quant à eux également développé une échelle d'évaluation du retard mental en introduisant la notion d'**âge mental**.

Le DSM-V détaille également différents degrés de retard mental, en fonction du comportement humain dans les domaines conceptuel, social et pratique [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 mésadaptés 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 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 seuils de gravité sont des indicateurs qui sont cependant variables d'un individu à l'autre.

Si l'on s'en réfère aux stades piagétiens développés précédemment, INHELDER dit que l'accès à ces stades dépend du degré de déficience de l'enfant. Ainsi plus la déficience sera sévère moins l'enfant progressera dans ses acquisitions cognitives. Si nous suivons cette théorie, la déficience intellectuelle sévère situe l'enfant au stade sensori-moteur, une déficience intellectuelle modérée au stade préopératoire et une déficience intellectuelle légère au niveau opératoire concret. Dans le cadre d'un retard mental, il n'y a donc pas d'accès aux opérations formelles. [56]

Ayant vu dans quelle mesure nous pouvons parler de déficience intellectuelle, je vais à présent développer quelques particularités cognitives fréquemment observées chez les enfants déficients intellectuels.

❖ Difficultés de représentation mentale et de symbolisation

Rappelons que l'accès à la fonction symbolique se fait par le passage au stade préopératoire décrit par PIAGET, ceci vers l'âge de 3 ans.

Cet accès au symbolique semble ne pas toujours être possible chez les enfants déficients intellectuels.

Lorsque Léa, 6ans, arrive dans la salle de psychomotricité, elle se rue systématiquement vers le toboggan. Comme ce comportement parasite le déroulement du bilan en cours, je décide de couvrir le toboggan avec un tissu pour voir sa réaction. À ma grande surprise le toboggan n'existe plus pour elle. C'est ainsi que je me suis rendue compte que Léa n'avait pas encore accès à la permanence de l'objet.

Cette immaturité symbolique peut se retrouver dans différentes sphères comme le jeu ou le langage.

❖ Fonctions exécutives et théorie de l'esprit

Les personnes souffrant d'altérations des fonctions exécutives rencontrent des difficultés à gérer des situations nouvelles et à s'adapter sur le plan familial, social et/ou professionnel. Dans le cas d'un enfant déficient intellectuel je ne parlerai pas d'altération mais plutôt d'un faible niveau atteint au cours du développement, ce qui limite le fonctionnement intellectuel du sujet.

▪ **Faible mémoire de travail**

Chez l'enfant déficient intellectuel on observe très souvent un défaut de mémoire de travail, c'est-à-dire de la mémoire à court terme. D'après l'INSERM, l'une des hypothèses est le défaut de mise en place de stratégies efficaces de mémorisation.

Ces jeunes ne sont pas en capacité de mobiliser des stratégies cognitives efficaces, de les mettre en œuvre. C'est-à-dire qu'il y a également un défaut de planification et d'attention.

Je rencontre Chloé, 11 ans lors de sa séance de psychomotricité hebdomadaire. Nous jouons ensemble à un jeu introduisant les notions spatiales devant/derrière/à côté... Durant la séance elle acquière les différents repères spatiaux. Mais à la séance d'après il faut revenir sur ces éléments qui ne se sont pas pérennisés. C'est ainsi à chaque séance depuis plusieurs mois.

Ici, un **travail par la répétition, en faisant varier les modalités de présentation** peut être une solution à envisager, pour permettre à l'enfant de s'approprier et d'intégrer l'apprentissage.

- **Lenteur de traitement de l'information**

Dans la majorité des déficiences intellectuelles on retrouve une latence dans le traitement de l'information. En effet le jeune peut par exemple marquer un temps de quelques secondes entre la question qui lui est posée et sa réponse. Ce temps lui est nécessaire pour intégrer l'information, la traiter et y répondre.

- **Théorie de l'esprit**

Comme je l'ai décrit précédemment, les fonctions exécutives seraient un préalable au bon développement de la théorie de l'esprit. Hors, ici on a pu voir que dans le cas d'une déficience intellectuelle, les fonctions exécutives peuvent être atteintes ou peu développées. Par exemple, selon CARLSON et MOSES, un déficit d'inhibition pourrait limiter la capacité de l'enfant à concevoir des états mentaux ou empêcher l'expression des habiletés en ToM. [35]

❖ Difficultés d'apprentissage

Les difficultés dans les apprentissages sont à mettre en lien avec les particularités évoquées au-dessus quant aux fonctions exécutives et aux difficultés de symbolisation. En effet, parmi les fonctions exécutives, la mémoire de travail est un support essentiel pour l'apprentissage de nouvelles compétences. Par la difficulté de mémorisation, les apprentissages sont plus longs et plus restreints.

Les enfants ayant une déficience intellectuelle ne procèdent que très peu par stratégie d'essai-erreur. De ce fait ils n'ont pas une assimilation efficace des expériences vécues et sont ainsi plus susceptibles de reproduire le même comportement sans tirer de conclusion sur le résultat obtenu.[48]

Cette problématique entraîne des difficultés d'adaptation de l'enfant au système scolaire classique et un sentiment d'infériorité peut apparaître.

❖ Difficultés langagières

Dans les classifications actuelles, le trouble du langage est un diagnostic différentiel de la déficience intellectuelle. [12] Cependant, on retrouve très souvent une atteinte du langage et un retard de parole chez l'enfant déficient intellectuel. Dans le tableau des critères de gravité de la déficience intellectuelle édité par le DSM-V présenté plus tôt, il est décrit une « *compréhension limitée du langage* » et que le « *langage parlé est relativement limité* ».

Lors de mon premier jour à l'IME, je rencontre Nadège, 16 ans et je suis assez surprise quand je l'entends parler. Elle s'exprime par mots-phrases avec de grosses difficultés d'articulation et elle n'utilise pas le pronom personnel « Je ». Au vue de son âge je ne m'attendais pas à entendre un langage si immature.

Même si Nadège est aujourd'hui une adolescente, son retard de langage est apparu durant l'enfance, en lien avec son retard mental et le retard des acquisitions. En psychomotricité, et notamment dans le cadre des habiletés sociales, nous pouvons lui proposer des **supports d'expression** afin qu'elle puisse interagir avec autrui.

D'après les études menées par OLERON, il existe une corrélation positive entre le QI et l'acquisition du langage. Ainsi un enfant avec un QI élevé accéderait plus rapidement au langage alors qu'un enfant déficient intellectuel aurait des difficultés à y accéder.[56]

Pour pallier à ces difficultés langagières, plusieurs outils sont disponibles comme la Langue des Signes Française (LSF) ou encore le MAKATON qui est un programme d'aide à la communication et au langage s'appuyant sur des signes et des pictogrammes. Ainsi, les professionnels formés peuvent proposer aux enfants des supports pour faciliter leur compréhension et leur expression.

Dans les salles de classes, il existe un espace d'expression sous la forme de pictogrammes aimantés. Les enfants peuvent s'y rendre pour choisir le pictogramme correspondant à leur demande ou leur émotion et la placer dans la case à leur nom ou photo.

De plus, les professionnels formés au MAKATON associent systématiquement le geste à la parole pour aider les enfants qui ne parlent pas à intégrer le sens des mots par les signes.

Ici il est important que tous les professionnels de l'institution aient la même formation à un outil, comme le MAKATON, afin d'apporter une **cohérence dans les propositions** faites aux enfants. En effet, plus le support sera utilisé et présenté par les professionnels, plus l'enfant aura la possibilité de s'en saisir.

Concernant le développement intellectuel, SPITZ a étudié les effets que pourraient avoir des carences précoces relationnelles et familiales. Et c'est ce que nous allons voir en suivant avec l'impact de la déficience sur le développement affectif, les possibles carences affectives et leurs conséquences.

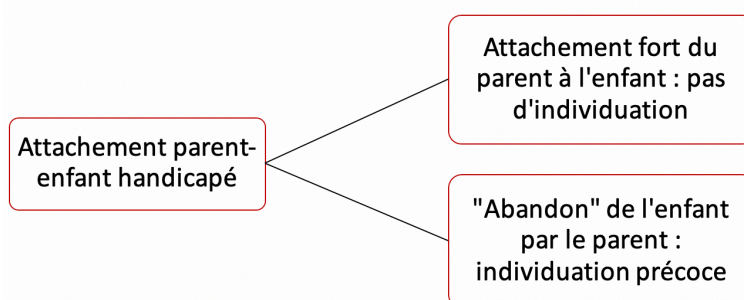
b. Développement psycho-affectif

❖ Troubles de l'attachement

Comme nous l'avons vu, le système d'attachement est essentiel au bon développement de l'enfant afin qu'il puisse se sentir en sécurité et ainsi explorer le monde et apprendre. Cependant nous pouvons parfois constater chez certains enfants déficients intellectuels des carences affectives, liées à la souffrance des parents face à la réalité du handicap. En effet, la réalité de la pathologie peut parfois venir détruire l'image de l'enfant fantasmé, imaginé par le parent.

J. ROY énonce que le développement de l'attachement chez l'enfant handicapé mental se fait au ralenti. De plus, d'après lui un défaut d'humanisation ou une humanisation défectueuse de l'enfant handicapé par ses parents rend inévitable la survenue de troubles de l'attachement. [33]

Dans le cas du handicap, ROY distingue deux situations :



Ici les difficultés ne viennent pas de la déficience en elle-même mais de la réaction des parents à l'annonce du handicap. Un attachement insécuré entraîne des difficultés chez l'enfant notamment des comportements exagérés de recherche d'affection ceci en lien avec la non individuation et donc la non différenciation du soi et non-soi.

Au Royaume-Uni, des études ont été réalisées et ont révélé que les enfants ayant une déficience intellectuelle sont plus à risque de développer un attachement insécuré. [33]

❖ Difficultés dans la relation

Ces enfants peuvent parfois avoir des difficultés pour entrer en relation avec autrui de façon adaptée, ceci en lien avec les troubles de la communication. Ils peuvent être très inhibés et gênés par la relation avec l'autre ou au contraire désinhibés et avoir des comportements relationnels inadaptés et familiaux.

Mélanie, 12 ans est assise dans le cercle de discussion avec les autres jeunes du groupe. De ma place d'observatrice, je la vois donner de petits coups de pieds à ses camarades en rigolant. Même lorsque l'autre lui dit d'arrêter elle recommence et rigole de plus belle.

Pour moi, par ce comportement conflictuel de taquinerie elle tente d'entrer en relation avec ses pairs.

Dans le cadre d'une déficience intellectuelle on peut aussi parfois se confronter à des troubles du comportement avec notamment de l'hétéro-agressivité verbale ou physique ou même de l'auto-agressivité. Ces difficultés relationnelles peuvent par exemple être liées à la difficulté d'accepter les changements, la frustration ou l'attente. Une prise en soin en psychomotricité peut être proposée comme espace d'expression et de symbolisation dans un **cadre contenant et sécurisant**. Le but sera de comprendre ces comportements et d'apporter des réponses adaptées.

Dans le cas de Mélanie par exemple, **en tant que future psychomotricienne** j'effectue une observation fine de sa gestuelle, de son tonus à ce moment-là pour tenter de comprendre ce qui se joue. Puis, je me place à côté d'elle pour lui signifier qu'il faut arrêter. Pour ne pas la brusquer avec une question directe je pose alors la question au groupe « Si on veut parler à un copain, comment on fait ? On lui parle ? On le touche ? ». Ici l'objectif est d'utiliser la dynamique du groupe pour apporter une réponse adaptée au comportement de la jeune fille sans que la réponse ne soit vue comme une punition.

❖ Trouble des habiletés sociales

Le trouble des habiletés sociales est en lien étroit avec les difficultés relationnelles car il engendre des difficultés à interagir avec les autres ou des difficultés à avoir un comportement adapté en société.

Le défaut de théorie de l'esprit que l'on a pu mettre en avant avec développement cognitif se retrouve aussi au niveau psycho-affectif, en effet la théorie de l'esprit est une cognition sociale. Les enfants déficients intellectuels peuvent avoir des difficultés à comprendre les situations sociales ou à y répondre de façon adaptée. Ils ont des difficultés avec le raisonnement non-verbal et avec les subtilités du langage corporel ou verbal ou encore le second degré.

Ils peuvent également présenter des difficultés pour déchiffrer les émotions d'autrui mais également pour jouer une émotion.

Lors de l'atelier d'habiletés sociales déjà évoqué, nous proposons des images de personnages ayant une émotion, qu'il faut deviner. Devant un personnage évoquant la surprise, Nadège donne comme réponse « il a la bouche ouverte, et les yeux ouverts ». Elle décrit ce qu'elle voit sans y associer d'émotion.

Nous pouvons voir chez les personnes déficientes intellectuelles un défaut dans les capacités à comprendre les comportements non verbaux. En effet ce sont les neurones miroirs qui permettent de détecter certains comportements ou certaines mimiques, par l'imitation notamment. Dans le cas de la déficience intellectuelle il semblerait qu'il y ait un défaut de ces neurones miroirs entraînant des difficultés d'empathie par exemple.

Dans le cadre des habiletés sociales il est nécessaire, pour cette population, de **répéter** longtemps les apprentissages afin de les rendre **plus évidents**.

Un défaut d'imitation peut également avoir des répercussions dans le développement psychomoteur, dans l'acquisition de la motricité ou dans le jeu par exemple.

c. Développement psychomoteur

❖ Difficultés psychocorporelles

D'après C. POTEL : « chez les personnes déficitaires, le schéma corporel est souvent incomplet par incapacité de se représenter la globalité du corps et les attaches qui lient les parties du corps entre elles ». [44] Les faibles capacités intellectuelles et notamment l'immaturation symbolique de ces enfants peuvent être un frein à la représentation et l'intégration de leurs vécus corporels. De ce fait, ils peuvent avoir des difficultés d'élaboration du schéma corporel, de l'image de leur corps et plus généralement un défaut de conscience corporelle.

Louis a 9 ans, c'est un garçon souffrant de surpoids.
Dans la salle de psychomotricité, il y a un banc d'une hauteur d'une vingtaine de centimètres. Ce jour-là, Louis décide qu'il veut passer dessous. Il pense qu'il peut passer.

A travers cette vignette nous pouvons voir qu'il existe un **défaut de conscience du corps** et donc une **mauvaise représentation corporelle**, difficultés qui pourront être appréhendées en psychomotricité, avec par exemple un travail moteur dynamique.

Cela peut entraîner des troubles de la régulation tonique allant de l'hypotonie à l'hypertonie selon les enfants. L'hypertonie peut être une façon pour l'enfant de se sentir tenu, contenu, lui qui n'a peut-être pas construit d'enveloppe corporelle suffisante. En effet, chez ces enfants on rencontre fréquemment des difficultés dans la construction des enveloppes et dans la conscience des limites du corps avec une défaillance du Moi-peau et une non différenciation du soi et non soi.

Durant la séance de psychomotricité de Lucas, 14 ans j'observe une hypertonie importante au niveau des membres supérieurs, ce qui peut entraîner de la lenteur dans la réalisation de ses actions. Son tonus de fond et d'action sont plutôt élevés dans ses réalisations motrices et ses déplacements manquent de fluidité. L'absence de ballant lors de sa marche me fait penser à robot tant cela ne me paraît pas « naturel ». Il me donne l'impression de tenir une carapace autour de lui.

En effet l'enveloppe psychique peut être défaillante ou immature et l'hypertonie peut agir comme « **seconde peau** » sécurisante quand la peau elle-même ne l'est pas. ROBERT-OUVRAY parle de carapace tonique.

❖ Retards des acquisitions motrices

Les particularités psychocorporelles évoquées ci-dessus peuvent entraîner des difficultés dans la motricité, l'investissement et l'engagement du corps. En effet, chez l'enfant déficient intellectuel, on peut parfois observer des retards dans les acquisitions motrices comme les coordinations, l'équilibre ou encore la dextérité manuelle. Ce sont souvent des enfants chez qui sont constatés des retards très précoces comme la tenue de la tête après 4 mois, ou la marche après l'âge de 2 ans.

D'après la batterie d'évaluation des mouvements chez l'enfant (MABC-II), les résultats de Léa, 6 ans sont inférieurs à ceux d'un enfant de 3 ans. Par exemple, au niveau de l'équilibre Léa n'est pas en capacité de tenir sur un pied ou de marcher sur une ligne droite. En ce qui concerne la motricité fine, toutes les épreuves sont en échec, Léa n'arrive pas à mobiliser une pince fine et efficace.

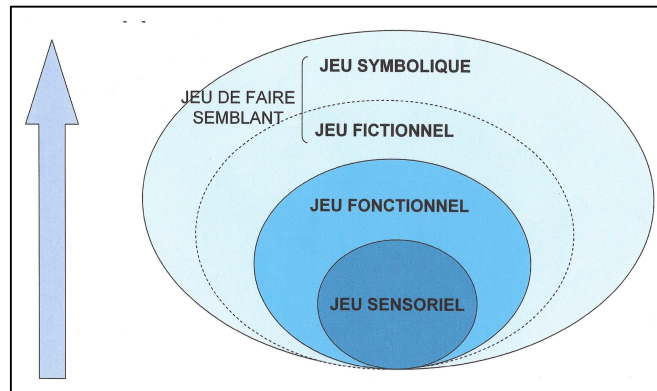
En complément, l'échelle de développement fonctionnel moteur (DF-MOT) de VAIVRE-DOURET indique un âge de développement inférieur à 18 mois pour la préhension et les coordinations oculo-manuelles.

Par cette vignette, j'introduis **l'importance d'un bilan psychomoteur** afin d'appréhender le niveau de développement moteur et psychomoteur de l'enfant et ainsi pouvoir proposer un accompagnement adapté.

De plus, les réflexes archaïques, qui disparaissent de façon naturelle dans la prime enfance, peuvent parfois persister de façon anormale dans le développement du fait d'un défaut de maturation neurologique.

❖ L'impact dans le jeu

Comme j'ai pu le développer dans ma première partie, l'enfant passe par différents niveaux de jeux au cours de son développement, en fonction de ses capacités cognitives notamment.



[38]

Si l'on considère comme nous l'avons vu, que l'enfant déficient intellectuel possède des difficultés de représentation mentale et d'accès au symbolisme, nous pouvons penser que les jeux de faire semblant, symboliques et les jeux à règles ne sont pas possibles. Nous observons souvent des jeux sensori-moteurs, de manipulation et d'exploration comme secouer un objet pour l'entendre « sonner », taper deux objets ensemble. Parfois aussi, ces enfants ont des jeux très répétitifs, ritualisés avec peu de spontanéité. De plus, ils jouent préférentiellement seuls. Les habiletés de jeu seraient donc en rapport avec l'âge mental de l'enfant et selon le degré de déficience.

Lorsqu'on constate un impact sur les différents domaines de développement de l'enfant, comme on l'a fait ici, on peut parler de **Retard Global du Développement (RGD)**. Le RGD est un retard des acquisitions dans au moins deux domaines du développement de l'enfant : motricité, langage, psycho-affectif, cognitif. Il est diagnostiqué avant l'âge de 5 ans.

Ainsi, on l'aura vu, la déficience intellectuelle touche les différentes sphères du développement. Ces particularités développementales sont à nuancer en fonction de chaque enfant que l'on rencontre, de son histoire, sa pathologie, son environnement et de son âge. Selon les besoins, l'idéal est de lui proposer une prise en soin pluridisciplinaire afin d'y répondre au mieux, comme cela peut être le cas en institution.

3. Travail pluridisciplinaire et déficience intellectuelle

a. Présentation de l'institution

Les instituts médico-éducatifs (IME) ont pour mission d'accueillir des enfants et adolescents handicapés présentant une déficience intellectuelle, légère à profonde et d'éventuels troubles associés. L'admissibilité des jeunes se fait après notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

L'IME dans lequel j'effectue mon stage est une structure faisant partie d'une association, qui accueille 95 enfants, âgés de 6 à 20 ans. Il possède un internat pouvant accueillir une trentaine de personnes, les autres rentrent chaque soir, chez leurs parents, leur famille d'accueil ou en foyer. L'arrivée se fait le matin à 9h et le départ à 16h le soir. Pour la plupart des enfants, les trajets se font en taxis.

Il y a plusieurs groupes selon les âges, présentés dans ce tableau :

SEES* (6-14 ans)	SIPFP* (14-20 ans)	SEHA*
4 sections	4 sections	1 section 6-14 ans 1 section 14-20 ans

*SEES = Service d'Education et d'Enseignement Spécialisé

*SIPFP = Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

*SEHA = Section d'Education avec Handicaps Associés

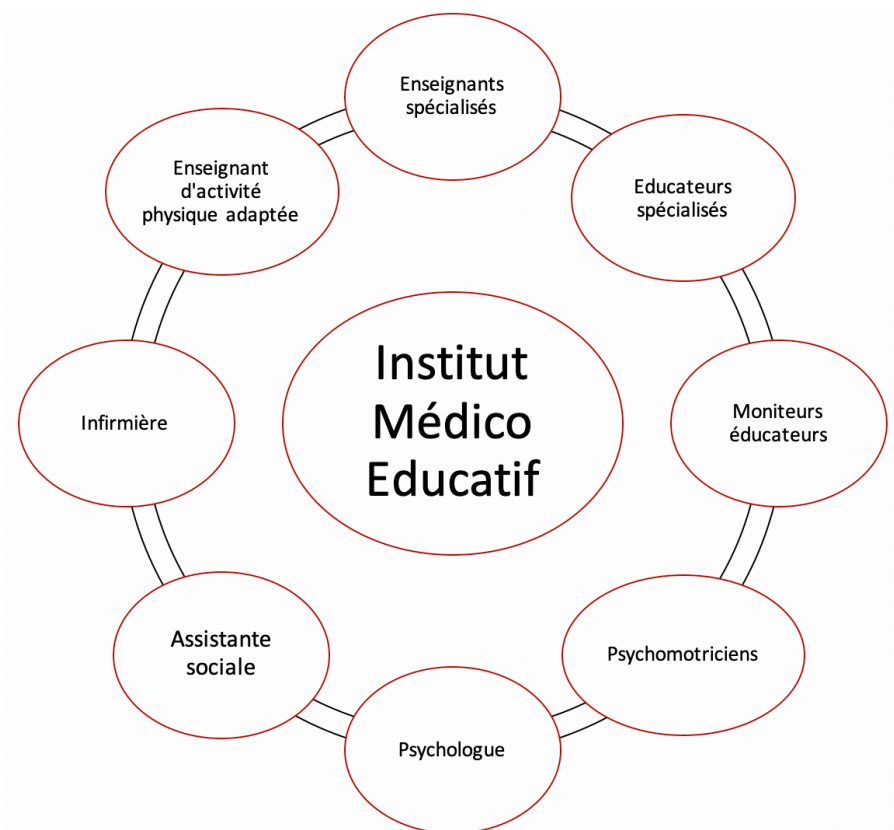
Pour les plus jeunes, c'est-à-dire entre 6 et 14 ans, une journée type comprend des temps pédagogiques avec un enseignant spécialisé ainsi que des temps éducatifs avec un éducateur spécialisé.

Pour les plus de 14 ans, la journée est divisée en deux avec une demi-journée d'école et l'autre demi-journée en atelier professionnel. Ces temps permettent de préparer leur future insertion professionnelle. En effet, après 20 ans, la plupart poursuivent leur parcours de vie en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). Les ateliers professionnalisant sont variés avec notamment : restauration, espaces verts, horticulture ou blanchisserie.

Enfin, il y a également des temps thérapeutiques, en fonction des besoins des jeunes, notamment de la psychomotricité, des rendez-vous avec la psychologue et des soins infirmiers.

b. Présentation des professionnels

On retrouve dans ce type d'institution de nombreux professionnels qui appartiennent à différentes catégories : socio-éducative, administrative, pédagogique, thérapeutique. Les professionnels travaillent en collaboration pour la bonne mise en œuvre des Projets Individuels Personnalisés (PIA) de chaque jeune. Ainsi l'accompagnement des jeunes est pluridimensionnel, au plus près de leurs besoins. Cette prise en soin se compose principalement des professionnels des pôles socio-éducatifs et thérapeutiques présentés ci-dessous :



Dans l'IME où je suis en stage, il n'y a pas de médecin, ni d'orthophoniste, d'ergothérapeute ou de kinésithérapeute. Pour assurer un suivi complet, les jeunes sont encadrés pour aller à leur rendez-vous à l'extérieur de l'établissement, en cabinet libéral ou à l'hôpital de jour. En effet l'équipe est en lien avec les professionnels extérieurs afin de garder une continuité de soin cohérente et efficace.

Dans cette idée de cohérence, cette année tous les professionnels éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques ont suivi une formation au programme MAKATON. Ainsi, quel que soit le professionnel, le même support sera utilisé avec les jeunes, ce qui pourra faciliter son intégration et pérenniser son utilisation et sa compréhension.

Concernant la psychomotricité, il y a dans l'établissement deux psychomotriciennes qui proposent des prises en charge individuelles mais également des ateliers de groupes en co-animation, comme des séances relaxation. Il existe des ateliers en co-animation pluridisciplinaire avec une éducatrice, ou le psychologue, pour les ateliers conte, habiletés sociales ou encore théâtre.

PARTIE III : Un accompagnement possible en psychomotricité

1. Spécificités et outils du psychomotricien

a. Définition et présentation synthétisée de la profession

La psychomotricité est une profession de santé, appartenant plus particulièrement aux professions paramédicales. Le psychomotricien est détenteur d'un diplôme d'Etat et la profession est régie par le décret d'acte n° 88-659 du 6 mai 1988. Ce décret stipule que l'intervention du psychomotricien doit se faire sur prescription médicale. En effet depuis 1994, la profession fait partie de la catégorie des auxiliaires de la médecine.

C'est un métier au carrefour de nombreuses disciplines comme la neurologie, la psychologie, la biologie. Cela rend le champ d'intervention du psychomotricien très vaste.

Le psychomotricien exerce auprès d'enfants, d'adultes et de personnes âgées présentant des difficultés d'adaptation au monde à cause d'une intégration perceptivo-motrice perturbée. Il considère la personne dans son entièreté, c'est-à-dire sans distinction corps/psyché mais vraiment comme un tout unifié, avec un intérêt spécifique pour le corps, son vécu et l'investissement du corps de l'individu dans la relation à soi, à l'autre et à l'environnement.

Une prise en soin en psychomotricité a pour objectif principal « *l'amélioration et la réadaptation des fonctions psychomotrices perturbées ou retardées au cours du développement du fait de facteurs biologiques, traumatiques, affectifs et/ou environnementaux* ». [4]

Le psychomotricien peut exercer en cabinet libéral ou en institution. Il s'inscrit la plupart du temps dans une équipe pluridisciplinaire. Sa voix est rendue légitime notamment par le bilan psychomoteur, outil spécifique en psychomotricité.

b. Le bilan psychomoteur

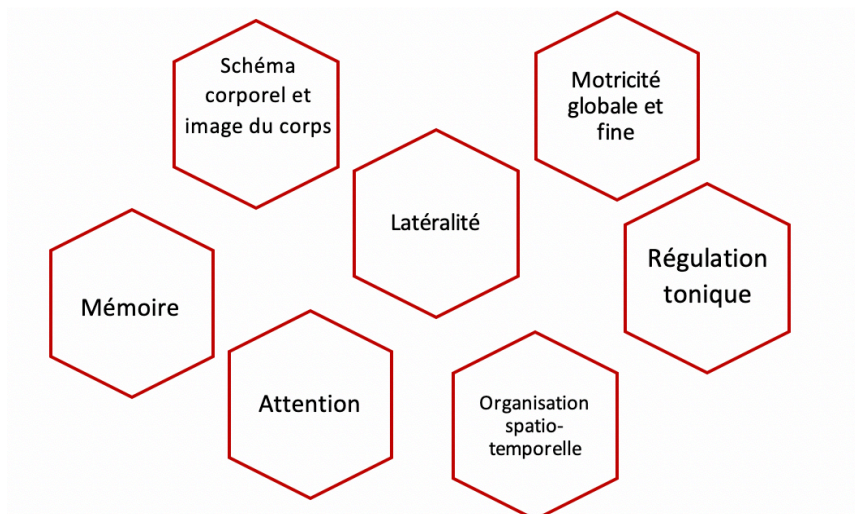
❖ Un bilan en plusieurs temps

Le psychomotricien, de par sa formation et son diplôme, est le seul habilité à réaliser le bilan psychomoteur. En effet le bilan fait partie des actes présentés dans le premier article du décret de compétences de 1988.

Cet acte constitue souvent la première rencontre avec le patient, et sa famille si c'est un enfant. C. BALLOUARD le décrit comme « *l'incipit d'une démarche* » [3].

Je parlerai ici essentiellement du bilan chez l'enfant mais il peut évidemment être réalisé à tout âge de la vie.

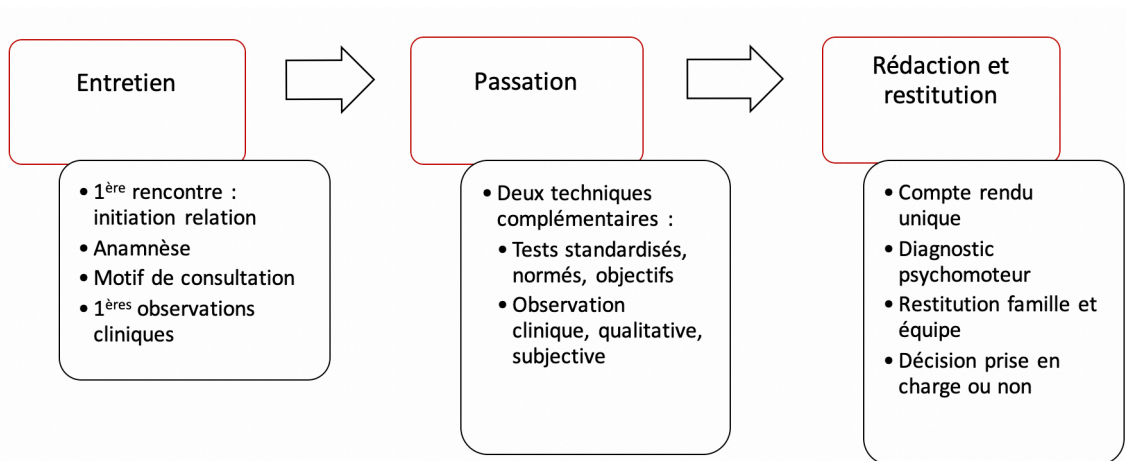
Lors de l'examen psychomoteur, le psychomotricien cherche à savoir où se situe l'enfant dans son développement psychomoteur. Pour cela il explore l'intégralité de ses compétences psychomotrices et dresse un portrait de son organisation psychomotrice. Voici une liste non exhaustive des domaines évalués au cours de ce bilan :



D'après C. BALLOUARD le bilan psychomoteur « *permet au sujet de montrer et/ou de signifier au thérapeute ses difficultés et ses possibilités, ses échecs et ses réussites* ». [3]

Le choix des tests utilisés est fonction du psychomotricien, mais également de l'âge du sujet, de ses capacités.

Le bilan se décompose en trois phases :



Dans le cadre d'une institution, la proposition d'une prise en soin sera discutée en réunion pluridisciplinaire, en tenant compte du projet individualisé de l'enfant. Enfin, nous pouvons être amenés à réaliser un bilan d'évolution afin de visualiser les progrès du sujet, d'adapter les modalités d'accompagnement ou d'y mettre un terme.

❖ Le bilan auprès d'un enfant déficient intellectuel

La passation de tests standardisés dépend du degré de déficience de l'enfant, car ces tests nécessitent une bonne compréhension des consignes verbales et un certain niveau de compétences intellectuelles et motrices. Il faut donc pouvoir s'adapter et trouver d'autres outils d'évaluation pour ne pas mettre l'enfant en échec. Parfois, l'observation psychomotrice semble alors être le moyen le plus adapté.

Lorsque je propose l'épreuve de connaissance des relations topologiques et de grandeur de LEPLAT à Léa, 6 ans, je me rends compte qu'elle ne comprend pas la consigne. Je décide alors de laisser le test de côté et de disperser des feutres dans toute la salle, selon différentes relations spatiales « sur la chaise/devant le bureau/dans l'armoire... ». En rendant l'exercice plus concret, j'ai pu observer quels étaient les repères spatiaux acquis par Léa. (*Compte rendu du bilan en annexe 3*)

Le bilan psychomoteur est donc un outil indispensable au psychomotricien pour déterminer le niveau de développement de l'enfant et ainsi lui proposer une prise en soin au plus proche de ses besoins.

Comme je l'ai évoqué, ce bilan est souvent la première rencontre avec le sujet, mais ce n'est pas toujours le cas, selon le professionnel, selon le lieu et contexte d'exercice ou encore selon l'enfant rencontré. Le plus souvent, ce bilan, tout comme les séances se dérouleront dans le cadre de la salle de psychomotricité.

c. Le cadre

Les séances se déroulent dans la salle de psychomotricité qui constitue un cadre thérapeutique. Selon C POTEI, il est défini comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » [44]. Elle parle d'un cadre à la fois physique et psychique.

❖ Le cadre physique

Le cadre physique matérialise l'espace et le temps de la rencontre. La salle de psychomotricité est donc un **espace** thérapeutique privilégié, pourvu de matériel varié et attrayant qui permettra à l'enfant de s'exprimer, d'entrer en relation ou encore d'investir l'espace corporellement. C'est un espace fermé propice à la confidentialité.

Concernant le cadre **temporel**, il est important de déterminer des horaires, une fréquence et une durée aux séances. L'organisation temporelle permet d'installer une permanence et un rituel. Le rituel est défini par un ensemble d'habitudes, de règles implicites ou explicites qui régissent certaines cérémonies ou certains comportements sociaux. Il s'inscrit dans un rythme.

A l'IME, les séances ont un rythme hebdomadaire. Il existe plusieurs cadres selon le type de séance. Les suivis individuels durent 30 minutes et ont lieu dans la salle de psychomotricité. Pour la prise en soin en pataugeoire, la séance dure également 30 minutes mais se déroule dans un autre espace : la salle d'eau, exclusivement utilisée pour la pataugeoire.

Les ateliers de groupe durent 45 minutes. Les séances de relaxation ont lieu dans la salle de psychomotricité. L'atelier habiletés sociales, nécessitant une scène, se déroule dans la salle thérapeutique de l'institution.

Dans ce cadre physique, il est important de fixer des règles pour structurer la séance et permettre la sécurité du patient. Le cadre est à penser en fonction du patient, mais aussi du méta-cadre de l'institution dans laquelle on exerce, en fonction du projet de l'établissement, de la disponibilité des espaces et du matériel.

❖ Le cadre psychique

Le cadre psychique dépend des postulats théoriques sur lesquels s'appuie le psychomotricien. C'est la façon dont est pensé le cadre et les fonctions que le psychomotricien lui attribue. Parmi ces fonctions on retrouve :

→ Une fonction de pare-excitation et de détoxification : BION, dans son modèle du contenant-contenu postule que « *l'objet contenant transforme les éléments « bêta* », *éléments bruts projetés, en éléments « alpha* », *éléments disponibles pour la pensée* » [10]. Le cadre est ici l'objet contenant mais le psychomotricien l'est aussi.

→ Une fonction contenante : le cadre a pour fonction de contenir le vécu psychocorporel et d'instaurer des limites entre un dedans et un dehors. Il a donc également une fonction de limite. D'après C. POTEL, ces limites devront être « *à la fois suffisamment étanches mais aussi suffisamment souples* » [44]

Comme je le disais, le psychomotricien a aussi une fonction contenante par sa présence, sa capacité à mentaliser le cadre et à recevoir les manifestations du sujet. Ceci en lien avec le concept de « holding » de D. WINNICOTT. D. ANZIEU compare le cadre à un « *contenant maternel* », une enveloppe protectrice qui a le rôle « *d'une seconde peau psychique, où les pensées du sujet peuvent se déployer* ». [27] Quand il est suffisamment contenant et sécurisant le cadre permet au patient de vivre et d'intégrer des expériences sensori-motrices.

→ Une fonction de miroir est possible par le renforcement positif du thérapeute. Il est important d'encourager l'enfant pour lui renvoyer une image positive et l'aider dans la construction de l'estime de soi.

→ Enfin, ce cadre doit avoir une fonction d'étanchéité : ce lieu contenant est un lieu confidentiel où ce qui est dit et fait reste secret.

La salle de psychomotricité est donc un espace où l'enfant peut expérimenter, ressentir et s'exprimer en toute sécurité, physique et psychique. Le psychomotricien est garant du cadre et veille à son respect et son efficacité avec bienveillance.

Le cadre est donc à penser en amont de toute prise en soin. Il faut penser le matériel, l'immatériel et les outils. Et c'est ainsi que le psychomotricien réfléchit au choix des médiations qu'il pourra proposer dans ce cadre.

d. Axes d'intervention en psychomotricité

Dans la deuxième partie de mon mémoire, j'ai pu mettre en avant les particularités développementales que l'on peut rencontrer chez un enfant déficient intellectuel. Pour certains enfants, nous parlerons de retard de développement et pour d'autres de déficit des fonctions. Dans tous les cas, une prise en soin pluridisciplinaire est nécessaire pour les aider à se développer, ou encore à maintenir leurs acquisitions. Ainsi, pour moi la psychomotricité est essentielle dans cette prise en soin. Je vais donc dans cette partie présenter les modalités possibles d'intervention du psychomotricien.

❖ Différents axes d'intervention

Il existe différents axes d'intervention en psychomotricité. C. POTELE en décrit cinq [44] :

→ Prévention et éducation psychomotrice : auprès du très jeune enfant afin de faciliter son développement, par des stimulations permettant l'intégration harmonieuse des fonctions psychomotrices.

→ La rééducation des troubles du développement psychomoteur : méthode thérapeutique qui vise la récupération ou l'amélioration de l'usage d'une fonction psychomotrice. La rééducation psychomotrice fait suite aux résultats du bilan psychomoteur. L'objectif premier est une meilleure adaptation du sujet.

→ La thérapie : Selon T. BÉNAVIDÈS une orientation thérapeutique « *tient compte de la globalité et de la complexité de l'être humain* ». [2] Dans ce type d'intervention, la relation entre le thérapeute et le patient est le « socle du travail ».

→ Les psychothérapies psychocorporelles, selon C. POTEL « *visent le changement à un niveau profond, non seulement en termes de comportement et d'adaptation mais en termes d'image de soi, d'image du corps, de sentiment de soi* »

→ Les médiations thérapeutiques qui sont des outils utilisés par le psychomotricien dont je parlerai ci-après.

Ainsi le psychomotricien peut adapter son intervention en fonction notamment de la population qu'il rencontre, de l'institution dans laquelle il exerce, des moyens dont il dispose. Il peut également se former plus spécifiquement à certaines techniques d'intervention plus proches de sa pratique.

De plus, les modalités de suivis peuvent également varier, avec des prises en soin en individuel ou en groupe selon le projet. C'est maintenant ce que je vais développer, en illustrant mes propos par des suivis auxquels j'ai pu participer en stage.

❖ Suivi individuel ou de groupe

Les accompagnements individuels ont pour objectif de soutenir le développement de l'enfant et ainsi lui permettre une meilleure adaptation à son environnement. Le psychomotricien accompagne l'enfant dans ses expériences motrices, sensorielles et interactives en respectant son rythme et son évolution. La dualité permet l'instauration d'une relation de confiance. Le psychomotricien valorise le patient dans ses compétences, il n'est pas dans le jugement.

L'idée est de s'appuyer sur ce que l'enfant montre à voir, ce qu'il amène pour proposer ensuite des exercices et activités plus ciblés.

Avec les enfants déficients intellectuels, un des axes de travail en psychomotricité va être de les solliciter sur le plan de la motricité générale afin d'enrichir leurs expériences corporelles et ainsi fluidifier le mouvement. Souvent, ces enfants n'ont pas encore atteint le stade du corps perçu et n'ont pas ou peu d'attention aux perceptions de leur corps.

Reprenons le cas de Lucas, chez qui j'ai constaté une hypertonie importante au niveau des membres supérieurs entraînant notamment des mouvements peu fluides, saccadés.

En séance, nous lui proposons un parcours moteur, avec notamment des balancements en équilibre sur le gros ballon, des passages sur une poutre, afin de mobiliser ses bras, qui restent trop souvent tendus, le long du corps. Malgré de l'appréhension et de la réticence, après démonstration de la psychomotricienne, et de moi-même, Lucas finit par essayer les différentes propositions.

Pour terminer la séance, un temps de relaxation Coréenne lui est proposé pour l'amener à se détendre à la fois physiquement et psychiquement et pour l'amener à être plus attentif à son corps.

La répétition de propositions motrices lors de séance vise à l'amélioration des capacités posturales et toniques de Lucas et ainsi l'amener à avoir une perception corporelle plus fine. Ces stimulations pourront servir de levier afin d'amener le passage du stade du corps vécu au corps perçu. De plus, cela permet de travailler son sentiment de sécurité et de renforcer la confiance en ses capacités.

Utiliser un miroir peut parfois être intéressant, ainsi l'enfant pourra observer l'image de son corps en mouvement, le reflet d'un corps global et unifié. L'image que renvoie le miroir pourra aider l'enfant à intégrer une image du corps plus construite.

Les objectifs d'un travail individuel vont suivre le rythme de l'enfant dans son développement et seront donc spécifiques à chacun.

Suite au bilan psychomoteur, les objectifs du suivi individuel d'Anna, 12 ans, sont les suivants :

- Avoir une coordination bi-manuelle et une motricité fine plus efficiente,
- Etre plus précise dans son geste graphomoteur,
- Réussir à mettre ses chaussettes seule
- Favoriser la prise d'initiative ou la demande d'aide.

Ainsi il s'agit de l'aider à développer ses acquisitions pour lui permettre une plus grande autonomie dans la vie quotidienne.

Comme je l'avais suggéré dans ma deuxième partie concernant les difficultés de mémorisation, nous pouvons être amenés à utiliser la répétition pour faciliter l'intégration des apprentissages, des sensations vécues et éprouvées. Ainsi lors des séances, des rituels sont mis en place qui rythmeront la séance tout en laissant de la place pour de la nouveauté.

Dans le cas d'Anna, la psychomotricienne lui propose systématiquement à chaque fin de séance, d'enlever ses chaussettes pour essayer de les remettre seule. Par la répétition de ce geste, séance après séance, le but est qu'Anna mémorise le schéma moteur pour pouvoir le réaliser de façon plus automatique par la suite.

De plus, le psychomotricien s'intéresse aux manifestations tonico-émotionnelles de l'enfant. Selon E. PONCE DE LEON [31], les expériences vécues s'inscrivent dans la communication non verbale entre l'enfant et le psychomotricien, et celui-ci oriente l'évolution de la séance grâce au sens qu'il apporte sur ces expériences, aux mots qu'il y pose. D'après VAUCLAIR et COCHET [49], la gestuelle du corps est « une voie royale » pour le développement du langage. Ainsi, en favorisant une motricité globale fluide, cela pourrait faciliter le développement du langage chez ces enfants.

Les ateliers de groupe ont souvent pour objectif principal l'interaction entre les participants. L'être humain est un être de relation. La prise en charge groupale permet l'apprentissage de la vie en communauté avec les règles et les interdits, le partage, le respect de l'autre mais également l'apprentissage de la socialisation, tout cela dans un cadre étayant et rassurant. Le sujet est porteur de sa singularité au sein d'une microsociété, il va devoir maîtriser son agressivité, accepter l'attente et donc la frustration.

A l'IME, je participe chaque jeudi après-midi à l'atelier relaxation animé par les deux psychomotriciennes de l'institution. Le projet d'un tel atelier est de proposer un cadre spatio-temporel dans lequel les participants pourront se poser physiquement et psychiquement et ainsi les aider à penser leur corps. L'objectif est également de réussir à se recentrer/concentrer au sein d'un groupe et d'apprendre à se comporter de façon adaptée au sein de celui-ci.

Les séances de relaxation sont organisées en trois séquences :

Travail corporel dynamique

- Sert de transition entre l'agitation de l'extérieur et le travail de détente qui se prépare. Temps avec un médiateur : balle ou gros ballon. Cette transition permet de faire un état des lieux des tensions corporelles et une mise en mot.

Relaxation

- Temps inspiré de la technique de SCHULTZ : proposition, allongé, d'un parcours corporel par induction verbale de l'animateur. Permet d'aborder le corps dans sa globalité à partir des sensations renvoyées par les points d'appuis du sol. Progression des sensations en relation à l'environnement jusqu'aux sensations internes de lourdeur, chaleur... Travail de recentration sur sensations personnelles.

Expression des ressentis

- Par le biais d'un modelage ou d'un dessin, le but est l'expression libre des sensations ressenties, du vécu pendant la séance. Puis, mise en mot de la production, qui fait état des lieux final.

Un tel atelier leur permettra d'apprendre à analyser leurs ressentis et de travailler les représentations corporelles, notamment le schéma corporel et l'image du corps par le biais de la relaxation. Ce travail de représentation vise un « mieux-être » corporel par une mentalisation des perceptions corporelles. Il s'agit de sentir ce qui est en jeu dans notre tonus aussi bien dans une position d'intériorisation que dans une relation à l'autre et à l'environnement.

Lors du travail corporel dynamique, ce sont les animatrices de la séance et moi-même qui proposons les stimulations tactiles. Nous passons la balle sur l'ensemble du dos ou encore en faisant rouler le gros ballon sur l'ensemble de l'arrière du corps des jeunes. Ainsi « *les techniques d'impression corporelle donnent à l'enfant une information sur la position de son corps et des parties de son corps dans l'espace* ». [31] Par le médiateur nous proposons des sensations inédites, favorisant la perception d'une enveloppe corporelle et des limites du corps.

Alors qu'une des psychomotriciennes est absente ce jeudi, je propose à Thibaut de lui masser le dos avec la balle. Ayant l'habitude d'avoir toujours la même personne auprès de lui pour ce moment, il refuse et choisit de se faire un automassage avec la balle.

L'automassage est aussi une alternative quand il est encore trop difficile pour l'enfant d'accepter le contact et la présence de l'autre qui peut être vécue comme intrusive, faute d'une enveloppe assez solide.

Enfin, la verbalisation des états émotionnels et des sensations corporelles vécues est essentielle pour permettre une élaboration psychique de leur vécu. Le psychomotricien est là pour aider l'enfant à mettre du sens sur les expériences.

2. Des médiations possibles en psychomotricité

a. La médiation

D'après le dictionnaire Larousse [54], la médiation est définie comme « *fait de servir d'intermédiaire, en particulier dans la communication* » ou encore comme « *intervention destinée à amener un accord* ». La médiation en psychomotricité est « *ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* » qui va coder la relation, selon C. POTEL. [44] Elle est le support utilisé pour favoriser la relation et la communication entre le thérapeute et le patient.

Même si l'utilisation de la médiation est très répandue dans la pratique psychomotrice actuelle, elle n'est pas pour autant universelle. Comme le décrit C. POTEL, c'est un axe d'intervention parmi d'autres à disposition du professionnel et le choix de la médiation est à penser en fonction du patient, de l'institution, de la formation à un tel outil. Il est important de maîtriser et de se sentir à l'aise avec le médiateur, la médiation que l'on souhaite utiliser.

On dit de la psychomotricité qu'elle est une thérapie à médiation corporelle. Le corps devient support de la médiation, ce qui demande au psychomotricien de s'investir lui-même corporellement. Il dispose pour cela d'une grande diversité de médiations, empruntées à différents champs tels que la danse, l'art ou le sport. Pour le psychomotricien, il est important de favoriser le jeu du corps, médiateur d'expression et d'aider à la transformation des éprouvés en représentations.

Pour illustrer l'intérêt de la médiation dans un suivi psychomoteur, je vais présenter deux médiations que j'ai pu observer lors de mon stage : la pataugeoire dans le cadre d'un suivi individuel et le jeu dans un atelier groupal « habiletés sociales ».

b. Prise en soin en pataugeoire

« *Se construire dans la tête et dans le corps* » A.M LATOUR [30]

❖ Présentation du dispositif

La pataugeoire est une médiation, dont l'eau est le médium. D'après C. POTEL « *choisir l'eau comme élément de base, c'est mettre l'accent sur les signes du corps, et donc s'engager dans les voies de la communication non verbale* » [43].

Le dispositif et la technique de la pataugeoire ont été développés au départ par P. LAFORGUE dans le cadre d'un traitement des enfants autistes et psychotiques.

Dans l'organisation pratique, l'enfant est en relation avec la personne qui anime la séance, et il y a une personne observatrice qui prend des notes et n'intervient pas.

Le matériel de la pataugeoire est précis : un tuyau d'où sort une eau à 37°C, une bonde de fond avec une ventouse pour retenir l'eau, une baignoire, un miroir, des poupons, un pot de bébé, des contenants de transvasements, des morceaux de tissus entre autres. Dans la pratique, nous pouvons adapter ce matériel en fonction des possibilités du lieu de soin.

Lors du suivi en pataugeoire de Yanick, que je présenterai en étude de cas, l'animatrice et l'observatrice sont toutes deux psychomotriciennes, et je suis observatrice également.

Le projet global de la pataugeoire au sein de l'IME est d'apprendre à l'enfant à se différencier, et également de lui apprendre à s'orienter dans différents espaces.

Le support théorique de l'atelier repose sur l'hypothèse que l'expérience corporelle est fondamentale dans la constitution du Moi psychique. La vie psychique s'enracine dans l'expérience corporelle. Elles sont interdépendantes.

Par le médium eau, cet espace spécifique va induire des sensations proprioceptives et extéroceptives qui aideront l'enfant à avoir une perception plus ordonnée du monde comme dedans/dehors, chaud/froid, vide/plein afin qu'il puisse dans un second temps avoir des réactions plus adaptées à cet environnement.

Ces ajustements se feront principalement à travers deux concepts théoriques que sont le schéma corporel et l'image du corps qui se construisent par le vécu corporel. Ce vécu est fait de transformations corporelles et d'adaptations dues aux qualités physiques et chimiques de l'eau.

Dans cet atelier, le corps est mis en jeu dans sa globalité. L'adulte est là pour jouer avec l'enfant, pour symboliser, donner du sens, amener un vocabulaire corporel à travers un bain de langage et des techniques de contact corporel. Le rôle du thérapeute est alors celui d'une enveloppe psychique contenante et structurante.

La pataugeoire permet « *de passer par la perception, la découverte, l'exploration et l'appropriation des parties de son corps et du monde des objets, et aussi par la perception et l'appropriation de ses vécus émotionnels* ». [30]

❖ Rôle du psychomotricien

Comme le psychomotricien, différents thérapeutes peuvent utiliser ce dispositif comme médiation thérapeutique. Nous pouvons alors nous interroger sur la spécificité du psychomotricien.

« *La psychomotricité est née pour prendre en charge la pathologie à travers la voie corporelle* » [31]

Le psychomotricien considère le sujet dans sa globalité, à la fois physique et psychique, tout en prenant en compte ses capacités relationnelles. La médiation de la pataugeoire permet donc d'accompagner et de soutenir le développement psychomoteur de l'enfant en participant à sa construction psychocorporelle, notamment avec la question de la différenciation. De plus, elle permet de créer une enveloppe contenant. [31] D'après E. PONCE DE LEON : « *le but de la thérapie psychomotrice consiste à favoriser et à développer l'expressivité motrice et la symbolisation, donnant sa place au corps comme lieu de plaisir, de connaissance et de communication avec l'autre* ».

Le dispositif est au départ ancré dans la théorie psychanalytique. A l'IME les psychomotriciennes l'utilisent surtout et d'abord comme médiateur de la relation. De plus le médium de l'eau permet de proposer des stimulations sensorielles différentes de celles possibles dans la salle de psychomotricité. La pataugeoire est notamment envisagée pour des jeunes chez qui la construction corporelle est immature afin de leur proposer un espace d'expérimentation et mais aussi de revivre des expériences archaïques, précoces dans le but de les mettre en pensée et de les symboliser.

Le jeu peut être utilisé en pataugeoire pour permettre à l'enfant d'accéder à une compréhension de ses sensations, de son corps et de ses émotions.

❖ Ma place d'observatrice

Lors de mon stage au sein de l'IME j'ai eu l'occasion d'être observatrice de la pataugeoire de Yanick³. Lorsqu'il arrive dans le vestiaire je suis déjà installée sur un banc en face de celui où il sera assis. Pendant la pataugeoire, je suis assise sur un banc dans l'espace sec avec la deuxième observatrice. Je prends des notes tout le long de la séance sur ce que je vois, de façon la plus objective possible. En fin de séance, nous partageons ensemble nos observations afin d'essayer d'apporter une compréhension à ce que A. M LATOUR appelle les « *microsignes produits par l'enfant* » [30]. Ce temps de retour permet aussi d'ajuster la posture de l'animatrice.

Cette place d'observatrice m'a montrée l'importance du regard psychomoteur global sur ce qui se joue lors des séances. En effet connaître les étapes du développement de l'enfant m'a permis d'avoir une observation plus fine sur ce que l'enfant montre à voir corporellement, dans le non verbal notamment, par la posture, le mouvement et le tonus. Cependant, je trouve qu'il est parfois difficile de mettre du sens sur ce que l'on voit, d'autant plus quand l'enfant n'est pas en capacité de verbaliser.

Au départ dans une observation stricte de l'enfant, je me suis rendue compte au fil des séances qu'être observatrice n'empêchait pas la relation avec le patient. Selon C. BALLOUARD, « *être présent sans agir est une place non seulement enrichissante, mais structurante pour la personne prise en charge* ». [4] En effet, même si je ne suis pas intervenue dans l'accompagnement, j'ai pu interagir avec l'enfant, dans des échanges non verbaux très riches. Ces échanges, initiés par le patient, se faisaient par le regard surtout, mais également par des objets tendus ou encore des mimiques.

³ Etude de cas de Yanick p. 66

c. L'atelier de groupe « habiletés sociales »

❖ Présentation de l'atelier

Cet atelier, animé par les deux psychomotriciennes de l'IME se déroule tous les jeudis de 9h à 9h45 et accueille six jeunes :

- | | |
|------------------|-------------------|
| - Julien, 18 ans | - Mélanie, 16 ans |
| - Axel, 19 ans | - Ninon, 15 ans |
| - Nadège, 16 ans | - Paul, 16 ans |

On notera qu'il s'agit d'un atelier avec des adolescents dont les bilans notamment psychomoteurs et psychométriques révèlent un âge de développement très en deçà de leur âge réel, correspondant à celui d'un enfant.

Le choix du groupe est ici pertinent puisque « *la dynamique peu à peu instaurée entre les membres devient le terrain propice de ce travail offrant des situations relationnelles variées basées donc sur des vécus direct* », selon le programme Groupes d'Entraînement à la Communication Sociale, GECOs. [16]

L'objectif d'un tel atelier est de donner des outils aux jeunes pour pouvoir mieux interagir, de façon plus adaptée avec leurs pairs et leur environnement proche. Il est question de pouvoir exprimer ses émotions, comprendre l'état émotionnel de l'autre, demander de l'aide, se présenter et entrer en relation de façon adaptée pour ne pas se sentir à l'écart.

Pour mettre à bien ce projet, les psychomotriciennes utilisent la médiation ludique : le jeu. D'après WINNICOTT « *c'est sur la base du jeu que s'édifie toute l'existence expérientielle de l'homme* ». Je vais donc préciser en quoi le jeu en psychomotricité est pertinent.

❖ Intérêt du jeu en psychomotricité

Pour apprendre à déchiffrer les différentes émotions chez l'autre et à les exprimer soi-même, nous proposons aux jeunes un jeu de mime, avec tirage au sort de l'émotion à faire deviner.

Une autre fois, nous utilisons le jeu de société « Sociab' Quizz » permettant le développement des habiletés sociales. Ce jeu permet également d'apprendre aux jeunes à attendre leur tour, à déplacer le pion sur le plateau. De plus il y a un travail de compréhension des consignes et des règles qu'il faut respecter.

De nombreux professionnels tels que les éducatrices, ou les psychologues peuvent animer ce type d'atelier, mais je pense que le psychomotricien y tient une place essentielle de par sa formation et ses compétences. En effet, selon C. POTEL « *le psychomotricien à un savoir-faire du jeu* », il s'agit pour lui de « jouer avec » et d'être acteur dans le jeu, dans l'échange, par l'engagement de son corps et de son imaginaire. La spécificité du psychomotricien est notamment dans l'utilisation de son propre corps via la posture, les gestes, la voix.

Tout en étant engagé dans le jeu avec l'enfant, le psychomotricien garde un regard extérieur à l'expérience afin de saisir le sens de ce qui se joue dans la séance, c'est ce que la phénoménologie nomme le moi-transcendantal.

De plus, le cadre thérapeutique instauré par le psychomotricien permet d'instaurer un climat sécurisant et de confiance où l'enfant peut développer sa créativité dans le jeu. Dans le jeu l'objectif n'est pas de se mettre à la place du patient, au même niveau que lui ou de l'instruire. L'objectif est de le laisser être et devenir sujet en favorisant ses expériences dans les limites relevant du cadre thérapeutique. Par le jeu que l'enfant apprend sur soi et sur l'autre.

3. A la rencontre de Yanick

a. Présentation et anamnèse

Yanick est un jeune garçon, né le 27 juillet 2009 en Espagne. Il a **10 ans et 4 mois** quand je le rencontre pour la première fois. Il est de nationalité espagnole et marocaine. Il a vécu jusqu'en 2011 en Espagne avec ses deux parents et sa petite sœur, puis la famille est venue vivre en France. Les parents de Yanick ont divorcé en 2012. Depuis, lui et sa sœur vivent avec leur mère mais les deux parents conservent l'autorité parentale. Les enfants ne voient leur père que le dimanche à l'occasion de balades.

La maman, ne travaille pas et bénéficie d'un logement social.

Yanick n'a jamais été scolarisé, il est toujours resté auprès de sa mère, ou en séjour à l'hôpital de jour. Il bénéficie d'une aide à domicile quelques heures par semaine.

Il est entré à l'IME en janvier 2017 à l'âge de 7 ans et demi. Il fait partie de la SEHA des 6-14 ans et est rattaché à la classe SEES1.

Antécédents médicaux et pathologies :

Yanick est atteint d'**épilepsie**, maladie neurologique entraînant des crises épileptiques spontanées. Plusieurs causes sont possibles, génétiques ou liées à une atteinte cérébrale par lésion. Dans le cas de Yanick l'épilepsie est d'origine génétique. Il fait notamment des crises d'épilepsie par absence, plus difficile à observer. Ses crises ont occasionné des dommages neurologiques visibles à l'électro-encéphalogramme. L'épilepsie serait donc la cause de sa **déficiences intellectuelle**.

Auparavant en surpoids, depuis quelques mois la santé de Yanick inquiète les équipes. En effet il a perdu près de 13kg durant le dernier trimestre. Il mange peu ou pas, et sa silhouette s'amincit chaque semaine. Nous le constatons d'autant plus en pataugeoire où il se retrouve nu. Des examens médicaux ont été réalisés pour investiguer une cause organique mais sans résultat équivoque. L'hypothèse actuelle est celle d'une **anorexie « psychologique »**, d'après le médecin de Yanick.

Traitements :

Yanick prend trois traitements anti-comitiaux différents pour son épilepsie, et également un neuroleptique et un anxiolytique.

Développement :

Au niveau des acquisitions motrices précoces, Yanick s'est retourné en décubitus ventral \leftrightarrow dorsal vers 6 mois. Il s'est tenu assis à environ un an et a fait peu de quatre pattes. Il a marché à environ 18 mois.

A ce jour, Yanick marche avec un valgus très prononcé, accentué par des pieds plats, ce qui semble diminuer son équilibre (*annexe 4*).

Autonomie :

Il est déclaré à 95% d'incapacité par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), ce qui signifie des troubles graves entraînant des difficultés majeures dans la vie quotidienne, avec une atteinte de son autonomie individuelle. Yanick est décrit par sa mère comme ayant « quelques compétences ». À la maison elle lui donne à manger et coupe ses aliments. La maman peut verbaliser qu'elle fait beaucoup à sa place. A l'IME il n'utilise aucun couvert et il mange seul avec ses mains.

Concernant la propreté, Yanick était auparavant capable d'aller aux toilettes lorsqu'il en sentait le besoin, actuellement il porte des couches. S'il est accompagné et sollicité il peut déféquer aux toilettes.

Yanick ne connaît pas la notion de danger (mange des cailloux, attirance pour couteaux, fourchettes) ce qui nécessite la présence permanente d'un adulte.

Comportement :

Yanick a un temps de concentration de très courte durée, de quelques secondes, à quelques minutes parfois. Il peut cependant rester assis ou allonger jusqu'à 20 minutes lors d'activités sensorielles. Sur d'autres types d'activités, au bureau notamment, il lui est difficile de rester assis plus de 2/3 minutes.

Yanick est un enfant très ritualisé, il prend toujours le même chemin pour se déplacer dans l'IME, répète les mêmes gestes dans le même ordre et joue toujours aux mêmes jeux.

D'après les retours des éducateurs, il fait preuve depuis quelques mois « d'hétéro-agressivité », il donne des coups de mains et de pieds, parfois cela le fait rire.

Communication :

Yanick n'a pas accès au langage verbal. Pour se faire comprendre, il nous prend par le bras, pointe le regard et nous amène vers l'objet ou le lieu d'intérêt. Il n'a pas encore acquis le geste de pointage.

Si l'on reprend la théorie de CABREJO-PARRA qui dit que le pointage est une base pour l'acquisition du langage, nous pouvons comprendre les difficultés de Yanick pour accéder au langage, n'ayant pas le préalable du pointage.

Yanick produit quelques vocalisations [Ah-Ah], [Hi-Hi] ainsi que des gémissements quand quelque chose le contrarie comme la douleur, la frustration ou la colère. Il semblerait qu'il cesse de gémir lorsque nous lui apportons une réponse adaptée. Nous restons prudents sur les interprétations apportées à ses productions vocales car il est assez difficile d'identifier avec certitude les demandes du jeune garçon.

Yanick ne semble pas accéder à l'aspect symbolique des pictogrammes, il reconnaît cependant celui de la pataugeoire (*annexe 5*), sûrement par habitude.

Les suivis médicaux et paramédicaux externes :

→ Orthophonie : il est suivi par une orthophoniste depuis mi 2015, d'abord une fois par semaine puis la fréquence a augmenté à deux séances par semaine.

→ Pédopsychiatrie : La prise en charge a débuté à temps partiel en hôpital de jour à partir de septembre 2013. Elle est encore d'actualité. Yanick a rendez-vous tous les mercredis avec un pédopsychiatre, dans le cadre d'une psychothérapie.

De plus, Yanick est pris en charge par l'hôpital de jour avec un groupe d'enfants sous la coordination d'un pédopsychiatre.

→ Neurologie : Il est suivi par un neurologue pour son épilepsie.

→ Psychomotricité : En plus de la prise en charge en psychomotricité à l'IME, Yanick a également un suivi hebdomadaire depuis aout 2016 en cabinet libéral.

Un bilan au Centre Ressource Autisme (CRA) avait été entamé mais n'a jamais fait suite. Nous supposons que l'inachèvement de cette procédure de diagnostic est lié au manque d'investissement de la mère dans le parcours de soin de son fils. Aujourd'hui la question d'un TSA est encore présente dans l'équipe. Le neurologue qui suit Yanick est en faveur d'un TSA pour expliquer le comportement du garçon.

La vie dans l'institution :

Quand Yanick est entré à l'IME il ne venait qu'une demi-journée par semaine dans le cadre d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG) fait par la MDPH. Il est aujourd'hui présent toute la semaine, hormis le lundi matin et le mercredi après-midi, temps de ses suivis médicaux externes.

Yanick passe sa journée à l'IME dans le groupe SEHA des petits. La vie en communauté lui est assez difficile à supporter, il s'agite beaucoup et donne des coups. L'hypothèse qui est faite par l'équipe pluridisciplinaire est que Yanick est **submergé par la vie de groupe**, par le trop plein d'informations, et son agitation est une réponse pour exprimer son mal-être mais également témoigner d'un besoin d'attention. Pour l'équipe éducative la situation est également difficile à gérer car Yanick demande une attention permanente mais il n'est pas seul et les autres enfants du SEHA ont également besoin d'attention soutenue.

Depuis décembre 2019, au vue de ses difficultés en groupe, un **emploi du temps personnalisé** a été pensé en réunion de synthèse pour Yanick (*annexe 6*). Ainsi il bénéficie de beaucoup plus de temps individuels et les activités mises en place ont été choisies en fonction des besoins du garçon. Cet emploi du temps est bien sûr modulable selon la disponibilité de Yanick et selon les éléments externes comme la météo ou la disponibilité des espaces.

Le **projet individualisé** de Yanick au sein de l'institution met en avant les objectifs suivants :

- Développer ses habiletés sociales avec notamment le développement de la communication, en utilisant le Makaton comme support.
- Développer les habiletés pratiques, axées sur la propreté, et les habiletés scolaires avec un travail sur la concentration, l'attention et la capacité à rester assis à une tâche.

b. Notre rencontre

Je rencontre Yanick sur deux temps différents le jeudi, un temps thérapeutique et un temps pédagogique.

❖ Séance hebdomadaire en pataugeoire

Notre première rencontre se fait lors de sa séance de pataugeoire, cette rencontre est **très brève**. En effet lorsqu'il arrive dans le vestiaire, la psychomotricienne animatrice de séance ne le trouve pas très bien : il semble absent. Inquiète et connaissant les signes d'une crise épileptique, elle préfère ne pas faire la séance. Durant les quelques minutes ensemble il ne semble **pas faire attention à ma présence**, il a le regard dans le vide et gémit beaucoup.

Notre deuxième rencontre est plus riche, tout comme le seront les séances suivantes. A son arrivée à la pataugeoire, il m'observe et vient coller sa bouche contre mon front comme pour me dire un bonjour, **comme s'il acceptait ma présence dans sa prise en soin**. Durant la séance il me regarde beaucoup. Etant très ritualisé ce changement semble beaucoup l'intriguer

❖ Temps classe

En plus de notre rencontre en pataugeoire, une demande de la directrice a été faite en cours d'année afin que je participe au temps pédagogique de Yanick. En effet le jeudi, pendant une demi-heure, la maitresse lui propose un **temps « classe »** qui d'une part est un temps d'apprentissage pour Yanick et d'autre part un temps qui permet à l'équipe éducative de se consacrer aux autres enfants du groupe. L'hétéro agressivité et le comportement de Yanick rendent difficile ce temps exclusif. C'est donc en soutien et dans l'objectif de **proposer des adaptations** que je participe à ce temps classe.

Durant ce temps, il est assez compliqué pour Yanick de rester dans la salle. Il essaye à de multiples reprises de sortir et la maitresse lui montre le Time Timer pour lui signifier qu'il reste du temps. Je n'ai pas l'impression que Yanick en comprenne la signification.

Chaque semaine Yanick se dirige automatiquement vers les mêmes objets et fait exclusivement du transvasement. Cette activité **l'excite et le désorganise** et il finit par lancer les objets dans la pièce. Ne se **saisissant pas des activités** proposées au bureau, j'essaie d'apporter des **propositions sensorielles** et notamment auditives avec de la musique, ce qui **l'apaise sur le moment**. Il accepte alors de s'asseoir quelques instants.

Dans la suite de cette étude de cas je détaillerai le suivi en psychomotricité et notamment la prise en soin en pataugeoire.

b. Suivi en psychomotricité à l'IME

Je rappelle que Yanick est suivi de façon hebdomadaire par une psychomotricienne libérale. Il fait principalement avec elle des exercices moteurs au sol. Je ne parlerai ici que du suivi auquel j'ai pu assister.

❖ Bilan et prise en soin

Yanick a été pris en charge en psychomotricité à l'IME dès son arrivée dans la structure en janvier 2017. La prise en soin est alors individuelle et a lieu dans la salle de psychomotricité. Le suivi débute sans bilan psychomoteur préalable, la psychomotricienne préférant pour cet enfant une observation psychomotrice au cours des séances. Le choix d'une observation plutôt qu'un bilan s'est fait en fonction de l'enfant rencontré et de ces capacités cognitives notamment.

De cette observation plusieurs éléments sont à noter. Malgré une **immaturité de symbolisation**, la permanence de l'objet semble acquise pour Yanick. En effet, Yanick est capable d'aller chercher des kaplas cachés dans le couloir et donc hors de son champ de vision.

Par moments il s'intéresse fortement à ses pieds, les met dans la boîte des kaplas ou peut se coucher sur le dos pour essayer de les attraper comme un nouveau-né le ferait en les découvrant. Afin de **proposer des stimulations et l'intégration des sensations**, la psychomotricienne lui masse les pieds avec une balle. Il accepte mais n'y porte pas un grand intérêt, regardant ailleurs en manipulant autre chose.

Parfois encore, il **recherche un appui-dos** en s'adossant à la psychomotricienne, il essaye également de s'asseoir sur ses genoux. Comme si à ce moment-là le corps de la psychomotricienne était un prolongement de son propre corps. Cela peut poser la question de la **construction de ses limites corporelles**.

Suite à ces temps de psychomotricité en salle et aux observations faites, la psychomotricienne propose en réunion de synthèse de mettre en place un suivi en pataugeoire. Suivi qui débutera en octobre 2017. Les objectifs de ces séances sont :

- D'aider Yanick à mieux **investir son corps** par le biais du médiateur eau et des stimulations sensori-motrices possibles dans le cadre de la pataugeoire
- De l'amener à **mieux structurer l'espace, les limites**, en identifiant les différents espaces de la pataugeoire (zone mouillée, zone sèche).

Nous verrons par la suite comment cela a été mis en place et l'évolution.

En Mai 2019, la psychomotricienne a réalisé un **Profil Sensoriel et Perceptif Révisé (PSP-R)** en collaboration avec son éducatrice référente afin de mieux cerner les modalités sensorielles de Yanick et de comprendre ses comportements et manifestations. Voici les résultats observés dans le détail des différents sens :

Visuel : il semblerait qu'il soit hypo-sensible au niveau visuel, il a donc besoin de regarder intensément les objets et personnes. Il aurait une vision par fragments : les détails plutôt que l'ensemble. Lorsque ce sens est stimulé il peut présenter une extinction des autres sens. Par exemple, alors qu'il est en train de regarder le vent souffler dans les feuillages, je décide de lui passer une balle sur les mains, mais il n'a **aucune réaction** comme s'il ne la sentait pas.

Gustatif : il aurait du mal à faire la différence entre des goûts forts et des goûts faibles, venant d'une incapacité à filtrer les informations du premier plan et du second plan, ceci pouvant accentuer une agnosie sensorielle.

Proprioceptif : on observe des difficultés à coordonner la posture de son corps entier avec les mouvements des parties du corps : bouge avec raideur, de façon massive.

Il peut avoir un traitement différé, il faut donc lui laisser le temps d'intégrer les informations.

Toucher : il peut réagir différemment à une même stimulation d'une fois à l'autre. Plutôt hypo-sensible il faut un toucher fort pour avoir une réaction. Je propose donc à la psychomotricienne la mise en place d'un **gilet lesté** afin de permettre à Yanick de **sentir son corps** et de pouvoir améliorer son **équilibre postural**.

Vestibulaire : on note également une variation entre hypo et hyper-sensibilité. L'hypothèse pour ce sens est celle d'une perception des informations vestibulaires morcelées, d'où la présence de mouvements irréguliers.

Auditif : Yanick aurait une perception auditive morcelée. De plus sa mémoire associative serait déclenchée par des stimulations auditives, des mots ou sons déclenchant des réactions. Cependant en cas de surcharge auditive il peut éteindre ce sens, on parle alors de « blanc auditif ».

Ce bilan sensoriel met en évidence une **bonne mémoire visuelle et auditive** chez Yanick. Pour des modalités pratiques, le sens visuel doit être utilisé comme guide dans l'accès à l'information avec notamment **l'utilisation de photos et pictogrammes** pour son emploi du temps, ou encore l'utilisation du **Makaton** pour associer les mots aux signes.

❖ **La pataugeoire**

La séance de pataugeoire de Yanick se déroule tous les jeudi matins, pendant 30 minutes et depuis maintenant deux ans et demi. Présente ce jour-là, je suis donc une **deuxième observatrice de la séance**. En tant qu'observatrice je n'interviens pas, mais il peut arriver que Yanick interagisse avec moi et dans ce cas je lui réponds.

La pataugeoire est divisée en 3 temps : **déshabillage, temps pataugeoire, et rhabillage**. L'animatrice va chercher Yanick dans son groupe, avec toujours dans sa main le maillot de bain et le pictogramme de la pataugeoire. Yanick, la voyant arriver, prend alors sac à dos où se trouve ses vêtements de rechange, sac à dos qui le suivra dans les différents temps de la séance. Les psychomotriciennes m'expliquent que ce sac est l'objet transitionnel de la pataugeoire.

Quand il arrive, il l'a sur le dos et il le pose sur le banc en face de lui dans le vestiaire durant le déshabillage. Lors du passage du vestiaire à la salle d'eau il prend le sac avec lui. Pendant la pataugeoire le sac est sur le banc où l'observatrice et moi-même sommes assises. Il le regarde de temps en temps. A la fin de la pataugeoire il attend que nous le récupérions pour repartir dans le vestiaire, et en partant nous lui remettons sur le dos.

WINNICOTT a défini l'objet transitionnel comme objet utilisé par l'enfant pour représenter une présence rassurante, comme celle de la mère. [1] L'attachement à cet objet apparaît le plus souvent vers 8 mois. Il permet aussi de pallier à l'angoisse de la séparation, et représente un lien rassurant avec la maison. Cette définition représente ce qu'on appelle plus communément le « doudou ».

Au vue de cette définition je m'interroge sur la réelle signification de ce sac à dos pour Yanick. En effet l'objet n'est investi ici que dans la situation de la pataugeoire et je me demande donc s'il est judicieux de parler d'objet transitionnel. **Pour moi cet objet fait partie du rituel qu'il a intégré au fil des séances.**

→ Temps de déshabillage :

Lorsqu'il arrive dans le vestiaire, Yanick vient systématiquement poser sa bouche sur notre front ou parfois même ses dents. **J'interprète ce rituel mis en place comme une façon de me dire bonjour.**

La psychomotricienne commence le déshabillage de Yanick. Il est capable d'aider en levant le bras ou en se levant si nécessaire mais il ne se déshabille pas seul. Généralement durant ce temps, Yanick est souriant et calme et il « chantonne » des [AH AH] et [HI HI].

Pour aller dans l'espace pataugeoire Yanick est vêtu d'un short de bain.

→ Temps de pataugeoire :

Le temps de pataugeoire commence lorsque l'animatrice allume l'eau. Toute la séance elle tiendra le tuyau dans ses mains.

En arrivant dans l'espace d'eau, Yanick enlève systématiquement son maillot de bain et le met dans la baignoire en plastique, il est alors nu. **La question de la nudité ne semble pas le gêner** comme elle pourrait gêner un garçon de son âge - pour rappel 10 ans et demi. Par définition, la pudeur consiste à garder pour soi ce qui est du ressort de l'intime. Elle apparaît en général vers 6 ans lorsque l'enfant prend conscience de son identité propre, durant la période de latence.

Au départ cette pudeur est inexistante et n'apparaît que lorsque l'enfant prend conscience du regard des autres sur lui. La pudeur est une affirmation que son corps est à soi. D'après C. POTEI, l'intimité est la résultante de la maturité « d'être son corps », d'avoir un corps s'appartenant, et la pudeur est la conséquence de la construction de l'intimité. [44] Cette absence de pudeur vient appuyer l'hypothèse d'une **immaturité psychique dans sa construction identitaire**.

A chaque séance, la psychomotricienne commence par lui mouiller les pieds, les jambes, en nommant à chaque fois les parties du corps en contact avec l'eau « le devant, le derrière, les fesses, le zizi... ». Pour J. De Ajuriaguerra, il est **important de nommer** : « *la nomination confirme ce qui est perçu, réaffirme ce qui est connu et permet de verbaliser (par un mécanisme de réduction) ce qui est vécu* ». [38]

Durant toute la séance, il reste debout et se déplace dans l'espace d'eau. Il peut arriver qu'il sorte de l'espace mouillé, la psychomotricienne vient alors le chercher pour le ramener dans la pataugeoire. Il peut faire ces allers-retours plusieurs fois en souriant. **Mon hypothèse est que c'est une façon pour lui d'être en relation.**

Pendant les séances Yanick **s'oriente très souvent vers le miroir**, il se regarde, rigole, nous regarde dans le miroir ou regarde son sac à dos. Lorsqu'il regarde un objet ou une personne à travers le miroir, il éprouve ensuite le besoin de le regarder en direct. **J'ai l'impression qu'il vient vérifier que ce qu'il voit dans le miroir est bien réel.**

Cet attrait pour le miroir est aussi décrit par l'équipe éducative. En effet, Yanick s'y dirige souvent lorsqu'il pleure ou rigole et s'observe. **Il donne l'impression d'essayer de se construire une représentation ou une image de lui et de ses réactions émotionnelles.** Il semble se reconnaître dans le miroir, différencier le soi du non soi.

Au cours des dernières séances, lorsque la psychomotricienne mouille le dos du jeune garçon, il reste immobile. Il semble **absorbé par la découverte des sensations tactiles**. Si l'eau cesse de couler dans son dos, il recule jusqu'à retrouver un contact. Nous retrouvons ici la question de la construction corporelle, des limites et des enveloppes.

Pour Yanick cette **construction est très immature** et la découverte de son dos est une avancée importante vers la prise de conscience de l'existence d'un arrière fond et d'une devant et d'un derrière. Ici l'eau permet de créer une **enveloppe contenante et chaude** lui permettant de vivre des **expériences d'enveloppement** qui sont essentielles à l'intégration du sentiment d'unité de son corps.

→ **Temps de rhabillage :**

Après la pataugeoire Yanick est souvent **fatigué**. Cette fatigue peut être corrélée à ses **explorations sensorielles qui sont très intenses** pour lui. Il s'investi dans ce temps ce qui lui demande de l'énergie.

La qualité des séances fluctue selon la disponibilité de Yanick. Parfois il vient avec des objets dans les mains, il est alors dans la manipulation et cela le coupe de ce qui peut se passer dans la pataugeoire. Je rattache cela aux résultats du bilan sensoriel et notamment au **phénomène d'extinction des sens**.

c. L'évolution

→ **Vie dans l'institution :**

La mise en place de l'emploi du temps personnalisé semble être bénéfique. Yanick est souvent en relation duelle avec un adulte et conserve quelques temps de groupe. Les observations faites depuis Janvier montrent que Yanick est plus calme, plus présent à la relation et disponible aux expérimentations.

Mon hypothèse quant au comportement de Yanick dans le groupe, et aux retours des éducatrices est que la vie en communauté est « trop » pour lui au niveau sensoriel. Les **stimulations extérieures** peuvent être vécues comme **trop envahissantes** pour lui qui ne possède pas une enveloppe corporelle suffisamment construite et sécurisante.

→ **Psychomotricité :**

Concernant le suivi en psychomotricité, ce qui ressort des séances de pataugeoire, est que Yanick semble prendre du plaisir à venir, il ne montre pas de signe d'agressivité et est souriant.

Dans la réactualisation de son PIA ses progrès sont mis en avant. En effet il est maintenant **plus à l'écoute de ses sensations corporelles** et peut montrer des réactions à ce qu'il vit et ressent. Par exemple, une fois, la psychomotricienne utilise un jet un peu plus fort pour mouiller ses jambes ce qui le fait éclater de rire, les sensations étant probablement surprenantes et chatouilleuses.

Le fait qu'il s'intéresse à ses sensations et particulièrement dans son dos est quelque chose de très positif dans son évolution, car par le passé le « derrière » n'existait pas. Aujourd'hui nous voyons **l'initiation d'une construction** et de la **représentation d'un arrière fond**, même si sa construction psychocorporelle reste encore très immature.

Même si de nombreux progrès sont observés quant à sa disponibilité psychique en séance, Yanick est souvent **centré sur ses sensations internes** et donc indisponible aux propositions extérieures.

Parmi les progrès observés, on constate que Yanick est plus actif dans le déroulement de sa séance, il est maintenant **capable de faire des demandes** par le geste. Par exemple, il demande que l'eau coule dans son dos en attrapant le tuyau et en l'amenant derrière lui. Le fait qu'il puisse faire cette requête est quelque chose de nouveau et qui montre la présence et la disponibilité de Yanick dans les séances.

Au niveau relationnel, Yanick peut être dans la relation à lui, avec le miroir et dans l'écoute de ses sensations, mais aussi dans la relation à l'autre avec des échanges avec l'animatrice. En effet, depuis peu, Yanick imite des séquences motrices : la psychomotricienne danse, il se met en face d'elle et imite ses gestes, il rigole et échange des regards.

Un autre exemple d'imitation, cette fois ci en différée : un jour en début de séance, alors que le tuyau était par terre il l'a pris pour mouiller le miroir comme la psychomotricienne le faisait à chaque fois. Cette situation nous montre une fois de plus que pendant la pataugeoire Yanick est présent et observe ce qui se déroule, il a pu ainsi intégrer le geste de la psychomotricienne comme un rituel de la séance.

Il a pu également interagir plusieurs fois avec moi en venant par exemple me tendre un objet qu'il avait dans les mains ou encore par de nombreux regards au cours de la séance. Ces éléments nous montrent que Yanick commence à **s'ouvrir au monde qui l'entoure et à l'autre**.

d. Conclusion :

A l'image de la construction de mes parties I et II, je vais conclure cette étude de cas en reprenant l'évolution de Yanick, selon les différents domaines de développement, dans le cadre de sa prise en soin.

→ Développement cognitif :

Petit à petit, il semble que Yanick commence à accéder à la signification des pictogrammes et photographies qui lui sont proposées, en effet il reconnaît la photo du bain, de la pataugeoire et il oriente ses déplacements en fonction de ceux-ci. On voit donc que la **répétition est une méthode efficace** dans le cadre de la déficience intellectuelle pour **permettre l'intégration d'apprentissages**. Il est donc important de continuer à investir cet outil pour communiquer avec lui.

→ Développement psycho-affectif :

La mise en place de l'emploi du temps personnalisé a été une réussite car elle a permis de répondre aux besoins du jeune garçon et ainsi de diminuer ses gestes « violents ». Gestes qui étaient pour moi une **façon d'exprimer son mal-être** et **façon d'entrer en relation** et non pas une « hétéro-agressivité » comme je peux le lire dans les comptes rendus, d'où l'importance de discuter en réunion d'équipe afin d'apporter un point de vue différent et de pouvoir comprendre au mieux ce qui se joue vraiment.

→ Développement psychomoteur :

L'évolution de Yanick nous montre à quel point une **prise en soin en psychomotricité par la médiation pataugeoire peut être bénéfique et pertinente** dans le cadre de la déficience intellectuelle. C'est pourquoi cet accompagnement va se poursuivre, car cela semble être un espace auquel il adhère, qu'il apprécie et qui lui permet de faire des progrès dans sa construction corporelle mais aussi dans son ouverture au monde. Yanick est de plus en plus attentif aux événements de son environnement. Il sera donc important de continuer dans ce sens tout en mettant en mot ses expériences vécues.

Dans les projets à venir, la mise en place d'une nuit par semaine à l'hôpital de jour est en réflexion, mais cette proposition semble compliquée à envisager pour la maman qui a du mal à laisser Yanick seul dans un tiers lieu.

Dans le contexte actuel je n'ai malheureusement pas pu continuer mes observations et le suivi de Yanick. Depuis le début du confinement Yanick est chez lui avec sa mère qui exprime quelques difficultés. En effet elle dit avoir du mal à le « canaliser », son fils bouge et crie beaucoup, voulant sortir mais ne pouvant pas. Une proposition de prise en charge à l'IME lui a été faite.

Conclusion

Tout au long de ce mémoire je me suis interrogée sur le développement de l'enfant et la question de la déficience intellectuelle, avec comme problématique : **En quoi un accompagnement en psychomotricité permet à l'enfant déficient intellectuel de se construire de façon plus harmonieuse et sécurisée dans son environnement ?**

Ainsi, nous avons pu voir que les développements cognitif, psycho-affectif et psychomoteur évoluent en co-construction et en interrelation afin que l'enfant grandisse de façon harmonieuse et développe ses compétences et ses acquisitions. L'enfant pourra explorer le monde, expérimenter et apprendre s'il se sent en sécurité, soutenu par sa figure d'attachement mais également s'il a une construction psychocorporelle mature et efficiente.

Connaître le développement normal m'a permis d'appréhender les particularités visibles dans le cadre de la pathologie et notamment chez l'enfant déficient intellectuel. En effet, chez ces enfants nous notons un développement plus lent avec des niveaux atteints plus faibles et ce dans les trois domaines étudiés. Une immaturité psychique et corporelle entrave l'enfant dans ses mouvements, sa construction identitaire mais aussi dans son adaptation à l'environnement.

Devant les particularités développementales de l'enfant déficient intellectuel et mon expérience de stage j'ai pu mettre en avant les différents axes d'intervention spécifique en psychomotricité et notamment l'utilisation de la médiation dans l'accompagnement de ces jeunes. Le psychomotricien porte un intérêt spécifique au corps, au vécu corporel et à la façon dont l'individu investit son corps. C'est dans cette dynamique qu'il met lui-même son corps en jeu, favorisant ainsi l'instauration de la relation thérapeutique.

La psychomotricité s'inscrit dans un projet de soin pluridisciplinaire qui est celui de l'autonomie. En effet, c'est en accompagnant les jeunes dans leur développement, au travers du jeu ou d'atelier comme les habiletés sociales, que le psychomotricien leur apporte des moyens qui renforcent leur autonomie et leur permettent d'être plus adaptés au monde.

Durant mon stage et au travers des différents accompagnements et ateliers, j'ai pu apprendre à développer une observation plus fine des particularités développementales et des manifestations non verbales des patients. J'ai aussi pu me questionner sur ma posture professionnelle dans la relation de soin.

Mes expériences cliniques, ma formation au cours de ces trois années et la rédaction de ce mémoire m'ont permis une réelle réflexion sur ma future pratique professionnelle, réflexion qui sera en continuel enrichissement, par mes expériences et connaissances.

Ce travail d'élaboration m'a permis de répondre à de nombreuses interrogations et m'a ouverte à de nouvelles réflexions. Par exemple, la puberté est une période de transition qui rajoute de la complexité dans la compréhension des jeunes. En ce sens et en prenant conscience de leur décalage de développement, je me suis questionnée sur la façon dont les personnes porteuses de déficience intellectuelle traversent cette période, et sur la manière de les accompagner en psychomotricité. Dans la continuité de cette réflexion je m'interroge également sur leur devenir en tant qu'adulte dans la société.

Bibliographie

- [1] ALBARET, J-M ; GIROMINI, F ; SCIALOM, P : *Manuel d'enseignement de psychomotricité, vol 1*. DE BOECK, 2011
- [2] ALBARET, J-M ; GIROMINI, F ; SCIALOM, P : *Manuel d'enseignement de psychomotricité, vol 2*. DE BOECK, 2011
- [3] BALLOUARD, C : *Le travail du psychomotricien*. DUNOD, 2006
- [4] BALLOUARD, C : *L'aide-mémoire - Psychomotricité*. DUNOD, 2008
- [5] BOSSE, J : *Prendre corps : apport de la psychomotricité dans la construction corporelle d'adolescents déficients mentaux*. Mémoire, 2017
- [6] BROCA, A DE : *Le développement de l'enfant : aspects neuro-psycho-sensoriels*, 2011. p.59-167
- [7] CARRIC, J-C : *Le développement psychomoteur de l'enfant normal*. Editions V-G, 2000
- [8] CARRIC, J-C ; SOUFIR, B : *Lexique : pour le psychomotricien*. ERA, 2014
- [9] CELESTE, B : *Notes d'histoire sur un concept et des pratiques : la déficience intellectuelle*. Dans revue *Contraste* N° 22-23, ERES, 2005 p.81-97
- [10] CICCONE, ALBERT : *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*. Dans *Cahier de psychologie clinique*, 2001. p.81-102
- [11] CLEREBAUT, N : *Quelle communication précoce chez l'enfant déficient intellectuel?* Dans revue *Contraste* N° 22-23, ERES, 2005. p.133-148
- [12] DANON-BOILEAU. L : *Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant*. Presses universitaires de France, 2004
- [13] DE LIEVRE, B ; STAES, L : *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : notions et applications pédagogiques*. DE BOECK, 2014
- [14] DROZ, R ; RAHMY, M : *Lire Piaget*. DESSART, 1974. p.55-114
- [15] DUBOURG, L : *Une enveloppe contenante : le cadre thérapeutique en psychomotricité. Rôle du cadre thérapeutique à travers des séances de pataugeoire pour des enfants ayant un défaut de construction de l'enveloppe corporelle*. Mémoire, 2019
- [16] FALLOURD, N ; MADIEU, E : *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales, programme Gecos : enfants et adolescents avec troubles relationnels : autisme, TDA-H, troubles anxieux, haut potentiel*. DUNOD, 2018
- [17] FERNANDEZ, L : *L'enfant en développement*. 2000

- [18] GABALI, M : *Faire corps : la place de la psychomotricité dans la construction corporelle de l'enfant déficient intellectuel*. Mémoire, 2019
- [19] GOLDIN-MEADOW, S : *L'enfant parle d'abord avec les mains*. Dans revue *Enfance* n°4. NECPLUS, 2016. p.435-443
- [20] GOLITIN, C : *Déficiência mentale et conscience psychocorporelle : atelier pratique de psychomotricité avec la danse comme médiation*. Mémoire, 2014
- [21] GOLSE, B : *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*. ELSEVIER, 2015. p.3-172
- [22] GUEDENEY, N : *L'attachement, un lien vital*. FABERT, 2011
- [23]http://dcalin.fr/publications/fonction_contenante.html
- [24] <https://comprendrelautisme.com/le-fonctionnement/la-theorie-de-lesprit/>
- [25]<https://editionsrecrealire.com/blog/apprendre-par-le-jeu-cest-serieux-b13.html>
- [26] <https://fr.wikipedia.org/>
- [27]<http://vanessalalo.com/wp-content/uploads/2011/12/Le-cadre-dans-une-clinique-aux-limites.pdf>
- [28] INSERM : *Déficiences intellectuelles - synthèses et recommandations*
- [29] LALAGÜE, A : *Imiter l'autre pour devenir soi. L'imitation comme support de l'identité. Son apport dans la pratique psychomotrice*. Mémoire, 2014
- [30] LATOUR, A-M ; DELION, P ; LAFFORGUE, P : *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*. ERES, 2014
- [31] LEON, E PONCE DE : *Le corps en jeu*. Dans revue *Contraste* n°28-29. ERES,2008. p.105-128
- [32] *Les neurones miroirs*,
https://www.youtube.com/watch?time_continue=122&v=sRdUIO3qda&feature=emb_logo
- [33] MICHEL, F : *L'attachement des personnes handicapées mentales*. Dans *Handicap mental : crime ou châtime* ? , Presses Universitaires de France, 2009. p. 93-111
- [34] NADEL, J : *Imiter pour grandir*. DUNOD, 2016
- [35] NADER-GRODOIS : *La théorie de l'esprit*. DE BOECK, 2011. Chp.1,9,12
- [36] NADER-GRODOIS, N : *Développement cognitif et communicatif du jeune enfant*. DE BOECK, 2006
- [37] Orphanet. <http://www.orpha.net/consor/www/cgi-bin/index.php?lng=FR>

- [38] PERRIN, J : *Le Jeu chez les enfants avec autisme*, 2011
- [38] PICARD, D : *Quête identitaire et conflits interpersonnels*. Dans revue Connexions n° 89. ERES, 2008. p.75-90
- [40] PINELLI, A : *Porter le bébé vers son autonomie*. ERES, 2010
- [41] PIREYRE, É.W : *Clinique de l'image du corps*. DUNOD, 2015. p.73-88
- [42] Plateforme annonce handicap (PAH).
<https://www.plateformeannoncehandicap.be/professionnel/handicap-societe/les-nuances-entre-handicap-deficience-incapacite/>
- [43] POTEL, C : *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*. ERES, 2014
- [44] POTEL, C : *Être psychomotricien*. ERES, 2019
- [45] REINHARDT, J-C : *La Genèse de la connaissance du corps chez l'enfant*. Presses Universitaires de France, 1990.
- [46] SAPHORE, A : *La médiation du jeu en psychomotricité : quand créativité et contenance déploient l'espace transitionnel*. Mémoire, 2015
- [47] SPERANZA, M ; VALERI, G : *Trajectoires développementales en psychopathologie : apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent*. Dans revue Developpements n° 6. DE BOECK, 2010). p.5-15
- [48] VAGINAY, D : *Découvrir les déficiences intellectuelles*. ERES, 2018
- [49] VAUCLAIR, J ; COCHET, H : *La communication gestuelle : Une voie royale pour le développement du langage*. Dans revue Enfance n°4. NECPLUS, 2016. p419-433
- [50] www.aamr.org/
- [51] www.buntinx.org/yahoo_site_admin/assets/docs/WB_12_nov_INSERTMpptx.16360340.pdf
- [52] www.dysmoi.fr/les-fonctions-executives-mieux-les-comprendre/
- [53] www.inshea.fr/fr/content/définition-et-origine-du-retard-mental
- [54] www.larousse.fr/
- [55] www.psychologue.fr/ressources-psy/freud-piaget-wallon.pdf
- [56] www.siwadam.com/hmm/enf1.htm
- [57] www.vocalia.net/les-elements-de-la-communication-non-verbale/
- [58] www.who.int/fr

Annexes

Annexe 1 : Principales étapes du développement de l'enfant de la 1^{ère} à 4^{ème} année (d'après TOURETTE et GUIDETTI et le Test du Brunet-Lézine)

Âge	Posture/motricité	Manipulations	Communicatif et social
2-3 mois	Relève la tête, suit une cible des yeux.	Tient fermement le hochet.	Vocalise, sourit.
4-5 mois	Tient assis avec un léger soutien. Debout, soutenu sous les bras, supporte une partie de son poids.	Secoue le hochet en le regardant, tend la main et saisit un cube.	Exprime de façon différenciée plaisir, déplaisir, colère ou joie. Sourit à son image dans le miroir, différencie visages familiers et étrangers.
6-7 mois	Couché sur le dos attrape ses pieds. Tient brièvement assis sans soutien.	Tient un objet dans chaque main.	Réagit à son nom, fait des vocalises variées, joue à coucou et à jeter ses jouets.
8-9 mois	Se retourne du dos sur le ventre, tient assis sans soutien, se tient debout avec appui.	Manipule les objets de façon de plus en plus fine. Retrouve un objet caché sous une serviette.	Réagit aux mots familiers. Émet des syllabes redoublées.
10-12 mois	Se retourne sur le dos, se met assis seul puis se met debout avec appui, ensuite seul. Marche avec aide.	Met un objet dans un autre et le retire, enfle des anneaux. Gribouille un peu sur démonstration.	Dit un mot de 2 syllabes. Secoue la tête pour dire « non ». Jargonne de façon expressive.
14-17 mois	Marche seul, monte un escalier à 4 pattes, pousse un ballon du pied.	Fait un gribouillage sur ordre. Boit seul et mange seul à la cuiller.	Montre du doigt ce qu'il désire. Produit ses premiers mots.
20-24 mois	Donne un coup de pied dans le ballon, court. Monte et descend un escalier sans alterner les pieds. Acquisition de la propreté diurne.	Empile des cubes. Place des formes simples d'encastrement. Tourne les pages d'un livre. Joue à faire semblant.	Explosion du vocabulaire. Production de « phrases » de 2 mots, puis de 3 mots. S'identifie dans le miroir. Utilise son prénom.
30 mois	Monte l'escalier seul en alternant les pieds.	Tour de 8 cubes. Imité un trait vertical et un trait horizontal. Enfile seul ses chaussettes ou chaussons.	Nomme des objets, utilise les pronoms. Comprend des prépositions de lieu.
36 mois	Pédale sur un tricycle. Attrape un ballon bras tendus.	Habille une poupée. Copie un rond. Commence à utiliser des ciseaux à bouts ronds. S'habille presque seul.	Progrès importants en expression verbale. Nomme les couleurs. Utilise le « je » et des phrases de type Sujet + Verbe + Complément.
48 mois	Descend seul l'escalier en alternant les pieds. Attrape un ballon, bras fléchis. Debout, lance un ballon. Propreté nocturne.	Se lave seul les mains. Utilise une fourchette. Copie un carré à 4 ans (un triangle à 5 ans et un losange à 6 ans).	Produit des phrases de plus en plus complexes. Conjugue les verbes. Marquage verbal du temps (prépositions temporelles, indications de futur).

Annexe 2 : Classification étiologique de la déficience intellectuelle selon le moment de survenu (pré- péri- ou post-natal) d'après l'AAIDD.

Tableau 1.III Classification étiologique de la déficience intellectuelle selon l'AAIDD

Période	Biomédical	Social	Comportemental	Éducationnel
Prénatale	Troubles chromosomiques	Pauvreté	Abus de drogues par le parent	Incapacité cognitive du parent et absence de soutien
	Troubles génétiques	Malnutrition maternelle	Abus d'alcool par le parent	Manque de préparation à la parentalité
	Syndromes prénatals	Violence familiale	Parent fumeur	
	Troubles métaboliques	Manque d'accès aux soins prénatals	Immaturité parentale	
	Dysgénésie cérébrale			
	Pathologies maternelles			
	Âge parental			
Périnatale	Prématurité	Manque d'accès aux soins périnatals	Rejet par le parent de la responsabilité de dispenser des soins à l'enfant	Manque de référence médicale pour des services d'intervention
	Traumatisme à la naissance		Abandon de l'enfant par le parent	
	Troubles néonataux			
Postnatale	Blessure traumatique cérébrale	Incompétence du tuteur de l'enfant	Agression et négligence envers l'enfant	Habilité parentale déficitaire
	Malnutrition	Manque de stimulation	Violence familiale	Diagnostic tardif
	Méningo-encéphalite	Pauvreté familiale	Mesures de sécurité inadéquates	Services d'intervention précoce inadéquats
	Troubles convulsifs	Maladie chronique dans la famille	Privation sociale	Services spécialisés inadéquats
	Troubles dégénératifs	Institutionnalisation	Comportement difficile de l'enfant	Soutien familial inadéquat

Annexe 3 : compte rendu du Bilan psychomoteur de Léa

BILAN PSYCHOMOTEUR

Janvier 2020

Léa A.

Née le 17/07/2013, âgée alors de 6 ans et 6 mois lors de notre rencontre.

Présentation :

Léa est une petite fille porteuse du syndrome de Williams-Beuren. Elle est entrée à l'IME au mois de septembre 2019. Elle était auparavant scolarisée en grande section de maternelle. Elle bénéficie depuis quelques années déjà d'un suivi orthophonique. Elle a eu également un suivi en psychomotricité pendant deux ans.

Nous nous sommes rencontrées sur 4 séances de 30 minutes, durée qui semble être longue pour que Léa reste concentrée toute la séance.

Comportement :

Léa accepte de venir avec moi dès notre première rencontre et semble contente de venir. Elle me parle beaucoup de sujets que l'intéressent : sa famille, la balançoire.

C'est une petite fille très souriante et agréable. Léa est attirée par des activités dynamiques telles que la balançoire, le toboggan. Il est difficile pour elle de rester assise au bureau et de rester concentrée sur une tâche.

J'observe un phénomène de persévération, Léa a du mal à s'arrêter à la fin d'une tâche.

Léa n'a pas encore acquis la permanence de l'objet, normalement acquise avant l'âge de 2 ans.

Au niveau du langage, Léa possède un vocabulaire riche. Elle est capable de répondre à des questions simples, malgré ses difficultés d'articulation. Le discours spontané de Léa est orienté vers des sujets récurrents.

J'observe chez Léa une intolérance à la frustration, le non semble compliqué à entendre.

Particularités sensorielles :

Léa présente une hypersensibilité auditive, en lien avec son syndrome. De plus, j'observe que lorsqu'elle se trouve en difficulté, ou qu'elle est dans l'opposition, Léa coupe le contact visuel en fermant les yeux très fort.

Acquisition préscolaires :

Léa connaît les formes géométriques et les couleurs avec un vocabulaire riche. Léa sait compter jusqu'à 10 mais ne dénombre pas de quantité.

Elle n'en est pas encore au stade des formes prescripturales, mais laisse des traces proches du gribouillage.

Repères temporels :

Léa connaît son âge ce qui est attendu pour un enfant de 3-4 ans.
Elle ne semble pas avoir de repères dans le temps de sa journée, ni dans le temps plus global (jour, mois...).

Elle n'est pas encore capable de classer des images séquentielles, elle ne fait pas le lien des images entre elles.

A l'épreuve de Stamback, les résultats sont en accord avec son âge. Léa montre de bonnes capacités de mémoire auditive et de rythme. Ses difficultés attentionnelles l'entravent cependant dans la réussite de certains items.

Repères spatiaux :

Léa connaît quelques repères topologiques (sous/sur, dedans) ce qui correspond à ce qui est attendu chez un enfant de 3 ans.

Latéralité :

Léa présente une dominance latérale à droite de façon homogène pour la main, le pied et l'œil.

Elle utilise la main droite pour tenir l'outil scripteur, cependant la prise scripturale dans la paume de la main ne permet pas un geste graphique efficace.

Elle ne connaît pas encore sa droite et sa gauche ce qui est normal pour son âge.

Schéma corporel :

Il est difficile d'évaluer l'intégration du schéma corporel car Léa ne représente pas de bonhomme. Elle est tout de même capable de montrer sur elle des parties du corps que l'on nomme. L'évaluation de la somatognosie montre que Léa a une connaissance des parties du corps qui est attendue à 3-4 ans.

L'évaluation des praxies idéo-motrices (EMG) lui donne un niveau de développement en dessous de 4 ans. Durant cette épreuve je constate la volonté de Léa de reproduire en imitation. Les premiers items sont réussis mais l'épreuve est trop longue pour Léa qui décroche, ce qui explique ses résultats.

Motricité générale, acquisitions motrices :

Le MABC II (Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant) a été utilisée pour évaluer ces domaines. La note totale du test n'a pas pu être calculée car 4 items ont été cotés en « échec » et 2 items « inappropriés ».

La base de l'étalonnage a été prise pour un enfant de 3 ans afin d'avoir un âge de correspondance plus précis pour Léa.

Domaine évalué	Item	Note standard
Dextérité manuelle	Praxie manuelle	E
	Coordinations bi-manuelles	E
	Dextérité graphique	I
Viser attraper	Viser	7
	Attraper	11
Equilibre	Appui uni-podal	E
	Equilibre dynamique	I
	Sauts	14

E = échec I = inapproprié

Pour les 3 items de dextérité manuelle :

- **Praxie manuelle** : Léa n'utilise pas la prise en pince pour attraper le jeton, ce qui la met en difficulté pour le placer dans la fente de la tirelire. De plus, elle n'arrive pas à aligner le jeton par rapport à la fente.
- **Coordinations bi-manuelles** : Léa n'utilise pas la pince pouce index pour attraper les cubes et ne tient pas le lacet de manière efficace. De plus, elle ne tient pas le cube dans le bon sens.
- **Dextérité graphique** : Comme évoquée précédemment, la prise du crayon n'est pas adaptée ce qui ne permet pas à Léa de laisser une trace graphique précise.

Je note chez Léa une bonne compréhension des consignes et la volonté de bien faire.

Pour les items de « **viser et attraper** », les résultats sont bons pour un enfant de 3 ans. Cependant, Léa est facilement distraite, il faut souvent la ramener à la consigne demandée.

Pour les items d'équilibre :

- **Appui uni-podal** : Léa n'est pas encore en capacité de se maintenir sur la jambe droite. Sur la jambe gauche, elle peut tenir 2 à 3 sec.
- **Equilibre dynamique** : Léa semble ne pas avoir compris la totalité de la consigne et n'arrive pas à marcher sur la ligne, elle marche à côté, sans regarder où elle va.
- **Sauts** : épreuve réussie avec la note maximale.

Observations complémentaires :

Léa sait shooter dans un ballon. Elle ne sait pas encore tenir un ciseau. Elle réussit à empiler, 2 à 3 cubes ; ce qui correspond à un âge de développement de moins de 18 mois pour la préhension et coordination oculo-manuelle.

D'après une seconde échelle d'évaluation de l'équipement moteur, Léa possède un niveau moteur et d'équilibre correspondant à un enfant de 3 à 4 ans.

Tonus :

Léa présente un tonus d'action plutôt adapté aux situations. Léa présente une hypotonie des membres supérieurs, notamment des mains ce qui explique ses difficultés à tenir l'outil scripteur correctement.

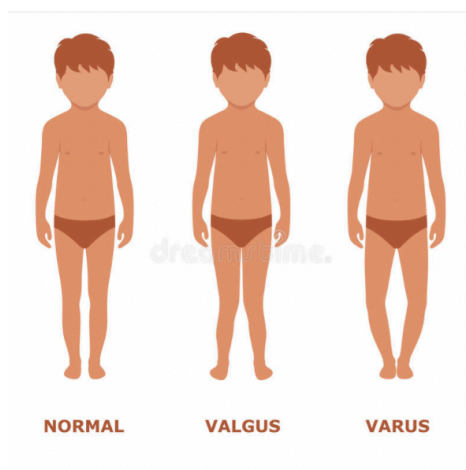
Conclusion :

Léa présente un retard de développement psychomoteur homogène (aux alentours de 3 ans d'âge de développement) avec un décalage plus important au niveau de la motricité fine.

Au vu des résultats du bilan, un suivi en psychomotricité est envisagé. Les objectifs seront de proposer à Léa des stimulations globales avec une attention particulière pour sa motricité fine.

Anaïs POUBLAN BELLE
Stagiaire 3^{ème} année de psychomotricité

Annexe 4 : Schéma du valgus/varus (source dreamstime.com)



Annexe 5 : pictogramme de la pataugeoire utilisé à l'IME



Annexe 6 : emploi du temps personnalisé de Yanick au sein de l'IME

Emploi du temps de Yanick					
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
9h - 9h30	Hôpital de jour	Accueil individualisé = chanson à gestes	Accueil individualisé = chanson à gestes	Accueil individualisé = chanson à gestes	Accueil individualisé = chanson à gestes
9h30 - 10h		Explorations sensori-motrices (jeter/lancer/verser/remplir)	Classe	Ecoute musicale, jeux sonores, comptines à gestes	Ecoute musicale, jeux sonores, comptines à gestes
10h - 10h30		Bain	Balade	Explorations sensori-motrices (jeter/lancer/verser/remplir)	Bain
10h30 - 11h15		Balade	Bain	Pataugeoire (psychomotricité)	Balade
11h15 - 12h		Enveloppement sensoriel ou sport	Enveloppement sensoriel	Balade	
13h - 13h30	Enveloppement sensoriel (musique douce, lumière tamisée, pouf)	Enveloppement sensoriel (musique douce, lumière tamisée, pouf)		Enveloppement sensoriel (musique douce, lumière tamisée, pouf)	Enveloppement sensoriel (musique douce, lumière tamisée, pouf)
13h30 - 13h45	Change	Change		Change	Change
13h45 - 14h30	Balade	Toucher massage des pieds / jeux sonores / écoute musicale		Classe (maîtresse + stagiaire psychomot)	Explorations sensori-motrices (jeter/lancer/verser/remplir)
14h30 - 15h	Stimulation sensorielle	Balade groupe		Balade	Exploration motrice (jeux de ballon)
15h - 15h45	Bain (37° max)			Bain	Snoezelen
15h45 - 16h	Temps de départ	Temps de départ		Temps de départ	Temps de départ

Table des matières

<u>Remerciements</u>	
<u>Avant-propos</u>	1
<u>Introduction</u>	2
<u>Partie I : Le développement de l'enfant</u>	4
1. Définitions et généralités	4
a. Définitions	4
b. Généralités	4
2. Le développement cognitif	5
a. Développement intellectuel	5
❖ La théorie de l'apprentissage selon PIAGET	6
❖ Une théorie ou des théories	8
b. L'imitation.....	9
c. Développement du langage verbal.....	9
d. Les fonctions exécutives et la théorie de l'esprit.....	11
❖ Les fonctions exécutives.....	11
❖ Théorie de l'esprit.....	12
3. Le développement psycho-affectif	13
a. Définitions et généralités	13
b. La théorie de l'attachement.....	13
c. Construction identitaire	16
d. Les habiletés sociales	17
4. Développement psychomoteur	18
a. Définitions et généralités	18
b. Construction corporelle	20
❖ Schéma corporel et image du corps.....	20
❖ La motricité.....	21
❖ Enveloppe et limites du corps.....	23
c. Le jeu.....	25
❖ Les différents jeux.....	25
❖ Le rôle du jeu dans le développement	25

Partie II : La déficience intellectuelle	27
1. Présentation de la déficience	27
a. Quelques éléments historiques	27
b. Définitions et classifications	28
c. Sémiologie	30
❖ Etiologies	30
❖ Comorbidités	31
❖ Quelques pathologies	32
2. Impact de la déficience intellectuelle sur le développement de l'enfant. 33	
a. Développement cognitif	34
❖ Quand parle-t-on de déficience ou de retard mental ?	34
❖ Difficultés de représentation mentale et de symbolisation	36
❖ Fonctions exécutives et théorie de l'esprit	36
▪ Faible mémoire de travail.....	36
▪ Lenteur de traitement de l'information	37
▪ Théorie de l'esprit	37
❖ Difficultés d'apprentissage	38
❖ Difficultés langagières	38
b. Développement psycho-affectif	40
❖ Troubles de l'attachement	40
❖ Difficultés dans la relation	41
❖ Trouble des habiletés sociales	42
c. Développement psychomoteur	43
❖ Difficultés psychocorporelles.....	43
❖ Retard des acquisitions motrices	44
❖ L'impact dans le jeu	45
3. Un travail pluridisciplinaire et déficience intellectuelle.....	46
a. Présentation de l'institution.....	46
b. Présentation des professionnels.....	47

Partie III : Un accompagnement possible en psychomotricité	49
1. Spécificités et outils du psychomotricien	49
a. Définition et présentation synthétisée de la profession.....	49
b. Le bilan psychomoteur.....	50
❖ Un bilan en plusieurs temps.....	50
❖ Le bilan auprès d'un enfant déficient intellectuel	51
c. Le cadre.....	52
❖ Le cadre physique.....	52
❖ Le cadre psychique	53
d. Axes d'intervention en psychomotricité	54
❖ Différents axes d'intervention	54
❖ Suivi individuel ou de groupe	55
2. Des médiations possibles en psychomotricité	59
a. La médiation	59
b. Prise en soin en pataugeoire.....	60
❖ Présentation du dispositif.....	60
❖ Rôle du psychomotricien.....	62
❖ Ma place d'observatrice	63
c. L'atelier de groupe « habiletés sociales »	64
❖ Présentation de l'atelier.....	64
❖ Intérêt du jeu en psychomotricité	65
3. A la rencontre de Yanick	66
a. Présentation et anamnèse	66
b. Notre rencontre.....	70
❖ Séance hebdomadaire en pataugeoire.....	70
❖ Temps classe	70
c. Suivi en psychomotricité à l'IME	71
❖ Bilan et prise en soin	71
❖ La pataugeoire.....	73
d. L'évolution.....	76
e. Conclusion	78

<u>Conclusion</u>	80
<u>Bibliographie</u>	82
<u>Annexes</u>	85
Annexe 1	85
Annexe 2	86
Annexe 3	87
Annexe 4	91
Annexe 5	91
Annexe 6	92
<u>Table des matières</u>	93

Résumé

Le psychomotricien est l'un des spécialistes du développement de l'enfant et son rôle est de soutenir ce développement afin que l'enfant grandisse de façon harmonieuse dans un équilibre corps-esprit.

Mais qu'en est-il du développement de l'enfant déficient intellectuel ? En effet, chez l'enfant porteur de déficience intellectuelle, le développement est souvent atteint, avec des retards parfois importants. Dans cet écrit je tente de montrer la place d'un accompagnement psychomoteur auprès de ces enfants afin qu'ils puissent se développer de façon plus harmonieuse et adaptée.

Mots clé : Développement - Enfant - Déficience intellectuelle - Psychomotricité - Médiation - accompagnement

Summary

The psychomotrician is one of the specialists in child development and his role is to support this development so that the child grows harmoniously in a body-mind balance.

What about the development of children with intellectual disabilities? Indeed, in mentally handicapped children, development is often reached, with delays sometimes important. In this writing I try to show the place of psychomotor support with these children so that they can develop in a more harmonious and adapted way.

Keywords : Development - Child - Intellectual disabilities - Psychomotricity - Mediation - Support