



HAL
open science

”S’ancrer pour se déployer” : approche du schéma corporel en psychomotricité auprès d’adolescents présentant un trouble du développement intellectuel au travers de la médiation yoga

Cassandre Racinet

► **To cite this version:**

Cassandre Racinet. ”S’ancrer pour se déployer” : approche du schéma corporel en psychomotricité auprès d’adolescents présentant un trouble du développement intellectuel au travers de la médiation yoga. Psychologie. 2023. dumas-04319221

HAL Id: dumas-04319221

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04319221>

Submitted on 2 Dec 2023

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.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé - Institut Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

S'ancrer pour se déployer

Approche du schéma corporel en psychomotricité auprès
d'adolescents présentant un trouble du développement intellectuel
au travers de la médiation yoga

RACINET Cassandre

Née le 02 novembre 2000 à Talence

Directeur de mémoire : **JULIEN Jeremy**

Juin 2023

Remerciements

Ces mots ne sauraient exprimer toute la gratitude que j'éprouve à l'égard de ceux qui m'ont guidé jusqu'ici. J'espère que ces quelques bafouilles arriveront tout de même à transmettre la reconnaissance qui m'habite.

Merci à mon maître de stage et de mémoire, Jeremy, pour m'avoir transmis son savoir-être et son savoir-faire de psychomotricien. Merci à lui de m'avoir accompagné tout au long de ce projet, me poussant sans cesse à me remettre en question pour aller plus loin dans ma réflexion.

Merci aux enfants, aux adolescents et à l'ensemble de l'équipe de l'Institut Médico-Pédagogique. Merci de m'avoir accueilli à vos côtés et de m'avoir tant appris.

Merci à Stéphanie et Marion de m'avoir transmis leur passion et leur vision de cette belle profession. Et merci aux personnes que j'ai rencontrées à leurs côtés.

Merci à l'ensemble des membres de l'IFP : le bureau pédagogique, les enseignants de pratiques et de théories, les intervenants, ... Merci de m'avoir permis de construire brique par brique, en toute bienveillance, la future professionnelle que j'aspire à être.

Merci à l'ensemble de mes camarades de promos pour nos moments de partages. Et plus spécifiquement merci à ceux qui ont constitué le groupe de pratique auquel j'ai appartenu durant ces trois années. Pour toujours, je retiendrais la force de nos encouragements.

Merci à ma binôme de pratique, Clémence, pour la force de notre dialogue tonico-émotionnel.

Merci à mon groupe d'amis pour ces 3 ans. Merci d'avoir fait rire mes yeux tant de fois. Vous faites partie de mes plus belles rencontres.

Merci à ma colocataire, Fanny, pour m'avoir toujours poussé à croire en moi dans les moments de doute. Je ne trouverais jamais de mots, assez forts pour te remercier.

Merci à ma famille, mes amis, Aurélien pour leurs encouragements.

Merci à mes parents, pour leur amour et leur soutien sans faille.

Avant-propos

“Sthirasukham asana”

Sthira : ferme, solide, durable

Sukha : bonheur

asana : posture

“Asana : être fermement établi
dans un espace heureux”

- PATANJALI

Sommaire

INTRODUCTION	5
Chapitre 1 : Le Trouble du Développement Intellectuel (TDI): Quand le déficit nécessite un accompagnement en institution	7
A. Une présentation du trouble du développement intellectuel	7
B. Au fil des rencontres à l'IMP	15
C. L'approche psychomotrice du jeune avec un TDI	21
Chapitre 2 : Qu'est ce que le schéma corporel ?	30
A. Généralités sur le schéma corporel	30
B. Sur quoi s'organise le schéma corporel ?	35
C. Comment se structure le schéma corporel chez l'enfant typique ?	40
D. Quelles évaluations du schéma corporel ?	43
E. Accompagner le déficit de la structuration du schéma corporel en psychomotricité	45
Chapitre 3 : L'utilisation d'une médiation en psychomotricité : le yoga	48
A. La médiation corporelle en psychomotricité	48
B. Pourquoi le choix du yoga au sein de l'IMP ?	49
C. Les accompagnements à l'IMP	55
1. Le groupe d'expression corporelle	55
2. Marie	71
CONCLUSION	82
TABLE DES MATIÈRES	84
ANNEXES	86
BIBLIOGRAPHIE	88

INTRODUCTION

Au cours de ma troisième année de formation en psychomotricité, j'ai eu la chance d'effectuer mon stage d'initiation thérapeutique au sein d'un institut médico-pédagogique (IMP). J'y ai rencontré des enfants et adolescents présentant un trouble du développement intellectuel (TDI). Grâce à la richesse de ces rencontres, j'ai saisi la diversité et la complexité sémiologique de ce trouble. Et j'ai réalisé que ce que j'avais lu en théorie n'était pas suffisant pour comprendre le fonctionnement de ces jeunes.

Je me suis alors questionnée sur la définition du TDI, sur ses critères de diagnostics qui nous font parfois oublier qu'il n'existe pas de profil type. Comment définir le TDI, lorsque chaque personne est unique et présente des spécificités qui lui sont propres ?

Ce questionnement s'est montré indissociable de l'accompagnement que nous avons le devoir de proposer en psychomotricité. Un accompagnement qui se doit de répondre à des objectifs réalisables et de servir les projets et envies de la personne. Ainsi, comment définir nos axes thérapeutiques ? Comment nous positionner dans notre pratique de la psychomotricité ? Quels choix de médiateurs ? Comment utiliser les forces et centres d'intérêts de ceux que nous rencontrons pour les soutenir du mieux que nous le pouvons dans leur développement psychomoteur ?

Ma troisième année de formation m'a amené à porter un œil neuf sur ce que nous nommons les piliers de la psychomotricité : le temps, l'espace, le tonus, la motricité, la latéralité, l'image du corps, le schéma corporel. J'ai ainsi progressivement tissé des liens entre théorie et pratique.

De par la complexité de sa définition, la notion de schéma corporel a été pour moi une source d'interrogation particulière. En observant les jeunes de l'IMP, j'ai noté la présence de postures atypiques, des façons de se mouvoir dans l'espace et une réalisation de gestes pas toujours efficiente. J'étais curieuse de connaître la place qu'occupe le schéma corporel dans ce défaut de motricité globale et fine. Et de quelle manière nous pouvions y répondre en séance de psychomotricité.

Au cours de mon cursus, je me suis également questionnée sur la médiation. Notamment, parce que je pratique le yoga depuis une dizaine d'années maintenant. C'est une pratique qui m'a enrichie et portée au sein d'un voyage intérieur. J'ai pu retrouver des similitudes entre la psychomotricité et le yoga et envisager l'intérêt de cette médiation dans le cadre de notre pratique. Mais je n'avais jamais eu l'occasion de l'observer ou de l'adapter en prise en charge.

Cette occasion, c'est mon maître de stage qui me l'a offerte lorsque je lui en ai parlé. Ainsi, j'ai pu suivre au cours de l'année, dans le cadre de séances individuelles et de groupes, cinq adolescents. J'ai pu leur proposer, en lien avec leurs besoins thérapeutiques, un travail autour de la médiation yoga.

C'est au sein de l'IMP, au côté de mon maître de stage, au travers de mon expérience personnelle et surtout dans la relation avec ces adolescents que ce mémoire s'est construit. Voici le questionnement auquel je vais tenter de répondre au détour de ces pages :

En quoi la psychomotricité peut-elle être un soutien à la structuration du schéma corporel chez l'adolescent présentant un trouble du développement intellectuel ? Et comment la médiation yoga peut-elle être un outil en faveur de cet objectif ?

Afin de répondre à cette problématique, dans une première partie, je présenterai une définition du trouble du développement intellectuel (TDI). En m'appuyant sur mes rencontres à l'IMP, je tenterai de vous exposer la diversité inter-individuelle qu'il existe au sein de ce trouble et l'accompagnement que nous pouvons proposer en institution et en psychomotricité.

Dans une seconde partie, nous verrons le concept de schéma corporel, sur quoi et comment il s'édifie chez l'enfant typique, son évaluation, quels accompagnements nous pouvons proposer en psychomotricité.

Enfin, dans une troisième partie, je prendrais l'exemple de la médiation yoga comme outil du psychomotricien au service d'une prise en charge globale. Je vous illustrerez au travers de mon expérience de stage l'apport de la psychomotricité dans le soutien au développement des jeunes que j'ai rencontré et plus particulièrement dans la structuration de leur schéma corporel.

Chapitre 1 : Le Trouble du Développement Intellectuel

(TDI) : Quand le déficit nécessite un accompagnement en institution

Les personnes présentant un TDI ont pendant longtemps été négligées dans leurs prises en charge. Désignées au XIXème siècle par les termes de "crétin", "idiot", "imbécile", portant sur elle un regard péjoratif. Au fil des années, les termes et la vision portés par la société sur ce trouble ont évolué, influençant l'accompagnement médico-social proposé. La notion de "déficience intellectuelle" a succédé à celle de "retard mental". Avec le développement de la sémiologie des troubles neuro-développementaux par le DSM-V, l'emploi de "trouble du développement intellectuel" est utilisé en parallèle. La stigmatisation perdure, mais les personnes avec un TDI sont aujourd'hui considérées comme en capacité d'évoluer. Elles ne doivent pas être réduites à leur trouble et doivent bénéficier d'un soutien et d'une prise en charge adaptés à leurs spécificités. (9)

Voyons quelles sont les singularités associées à ce trouble et comment la psychomotricité prend place au sein d'un réseau d'acteurs pour y répondre.

A. Une présentation du trouble du développement intellectuel

1. Définitions générales

Le TDI est présent chez **1 à 2 % de la population** ce qui en fait un enjeu de santé publique. Sa prévalence est **plus élevée chez les garçons**.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la définition qu'elle donne dans la dixième édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) le TDI est « **un groupe de troubles développementaux** caractérisés par une déficience significative des **fonctions cognitives** en association avec des problèmes d'apprentissage, d'habiletés et de comportement adaptatif » (29)

La cinquième édition du diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) utilise le terme de "handicap intellectuel" et celui de "trouble du développement intellectuel". Lorsque l'on parle de déficit cela correspond à une perte ou à une altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

D'après le DSM-V, le TDI est caractérisé par un **déficit des fonctions cognitives et adaptatives**. Il apparaît au cours de la période développementale (< 18 ans). Il fait ainsi partie des **troubles neuro-développementaux** (TND).

Les TND selon le DSM-V entraînent un retard ou un déficit du développement à l'origine de **conséquences** sur le fonctionnement personnel, social, scolaire et professionnel. (3)

Au vu de ces éléments, les personnes présentant un TDI peuvent-être **limitées dans leur autonomie**. Il est courant d'observer une limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société du fait de l'altération des fonctions cognitives et adaptatives. Ce qui, selon la loi handicap du 11 février 2005, fait du TDI une **source de handicap**.

En résumé, le TDI est défini par une altération des fonctions cognitives et adaptatives qui apparaissent dès la petite enfance. Nous verrons plus en détails les différents niveaux impactés par le trouble.

Intéressons-nous d'abord au diagnostic et aux classifications du TDI.

2. Critères de diagnostics et classifications.

Le diagnostic du TDI se base sur une évaluation psychométrique via l'utilisation de tests standardisés et des évaluations cliniques objectivées par L'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) et le DSM-V . (29)

2.1. L'évaluation des fonctions intellectuelles

Les fonctions intellectuelles sont déterminées par le quotient intellectuel (QI) évalué grâce au WISC-V. Les personnes avec TDI présentent un **QI inférieur à 70**, soit deux écart-types sous la moyenne de la population.

Le WISC-V évalue les cinq composantes principales de l'intelligence : l'indice de compréhension verbale, l'indice visuo-spatial, l'indice de raisonnement fluide, l'indice de mémoire de travail et l'indice de vitesse de traitement.

Le test du QI a pendant longtemps était la référence pour classer les personnes avec un TDI. Cette classification associe le niveau de quotient intellectuel à un âge mental et en définit le niveau de gravité.

Niveau de gravité	Léger	Moyen	Grave	Profond
QI (DSM-IV)	70 à 50/55	50/55 à 35/40	35/40 à 20/25	Inférieur à 20/25
Âge mental (CIM-10)	9 – 12 ans	6 – 9 ans	3 – 6 ans	Moins de 3 ans

Ce test nous permet de saisir l'ampleur des compétences et difficultés cognitives de la personne, ainsi que la diversité du trouble. En 2013, le DSM-V remet en question sa seule utilisation. (29)

En effet, la classification qui en découle **ne prend pas en compte le déficit des fonctions adaptatives**. Ce qui permettrait de comprendre le fonctionnement global de la personne : quels sont ses besoins ? Ses difficultés quotidiennes ? Ses difficultés sociales ? Son mode de fonctionnement exécutif ? Ses particularités sensorielles ? Son comportement ? Qu'en est-il de son alimentation et de son sommeil ? Comment gère-t-elle la douleur ?

Pour que le diagnostic de TDI soit valide **l'efficacité intellectuelle et le comportement adaptatif se doivent d'être systématiquement évalués**.

Le diagnostic doit-être **multidimensionnel** et doit prendre en compte la santé physique et mentale, le fonctionnement socio-émotionnel, la participation sociale et les facteurs contextuels afin d'avoir une approche globale.

2.2. L'évaluation des fonctions adaptatives

Les fonctions adaptatives sont évaluées par la Vineland-II.

Son emploi permet de constater comment la personne s'adapte aux contextes qu'elle rencontre au quotidien et quelles sont les stratégies qu'elle met en place. Elle met en avant les forces et les faiblesses concernant les habiletés des fonctions adaptatives.

Chez la personne présentant un TDI, **le comportement adaptatif est évalué à au moins deux écart-types sous la moyenne de la population**.

Ce test standardisé comporte 433 items qui évaluent les domaines de communication, vie quotidienne, socialisation et motricité, subdivisés chacun en deux ou trois sous-domaines.

Au travers de ce test, on peut déterminer les habiletés de la personne dans trois domaines :

- Le **domaine pratique** concerne les activités de la vie journalière comme l'alimentation, le prendre soin de soi, savoir manipuler de l'argent notamment. Une notion qui renvoie à l'autonomie, il s'agit de réaliser des routines sans aide extérieure.
- Le **domaine social** renvoie à la maîtrise des relations interpersonnelles, au respect des règles, la résolution des problèmes sociaux et se fait en lien avec l'acquisition de l'estime de soi.
- Le **domaine conceptuel** renvoie au langage, la communication, la lecture et l'écriture dans la maîtrise des notions de temps et d'espace et celle des nombres.

En se basant sur ces différents éléments, le DSM-V et l'AAIDD ont proposé une classification avec pour chaque niveau de gravité des critères d'intensité et de soutien, en comparaison avec les enfants du même âge. (29)

Niveau de gravité	Léger	moyen	grave	profond
Domaine conceptuel	Manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et trouver des solutions	Niveau académique primaire. Une intervention est requise	compréhension limitée du langage écrit, des nombres, quantités, temps et argent	problèmes de contrôle de la motricité qui empêche un usage fonctionnel
Domaine social	compréhension limitée du risque; jugement social immature	limitations des amitiés dû aux habiletés sociales et de communications	langage limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire	comprend les instructions et gestes simples
Domaine pratique	occupe un emploi exigeant avec moins d'habiletés conceptuelles	Possibles comportements inadaptés	besoin d'aide pour les activités quotidiennes	dépendance dans les soins quotidiens, santé, sécurité, activités, ...

Nous venons de voir comment s'évaluent le déficit des fonctions cognitives et adaptatives. Il nous reste maintenant à déterminer quand le diagnostic de TDI peut être posé.

2.3. Quand poser le diagnostic de TDI ?

L'apparition de ces déficits se faisant **au cours de la période développementale**, ils peuvent être associés à des **signes d'appels psychomoteurs**. (29)

Le psychomotricien joue une part active dans le dépistage précoce du trouble.

- Les **TDI sévères et profonds** peuvent être diagnostiqués avant 3 ans. En ce qui concerne le développement psychomoteur, on peut observer une hypotonie, un mauvais contact oculaire, une absence de babillage, de pointage et de gestes sociaux ainsi qu'une absence de sourire réponse dès les premières semaines.
- Le **TDI modéré** sera posé après quatre ou cinq ans. En ce qui concerne le développement psychomoteur, on observe fréquemment un retard de langage, de la marche, une hyperactivité, de l'agressivité.
- Le cas du **TDI léger** est lui plus complexe à diagnostiquer. Il se fait souvent de façon différentielle lorsque des difficultés apparaissent au début de l'école élémentaire ou au collège. Les troubles des conduites et la dépression peuvent également en constituer des signes d'appels.

Nous constatons que **les profils d'évolutions sont variables**. Il faut rester prudent dans la pose du diagnostic avant l'âge de cinq/six ans en raison des trajectoires de développements instables. De plus, un retard de développement ne se traduira pas obligatoirement par une déficience intellectuelle et adaptative.

L'évaluation est un **levier dans la détermination des axes de prises en charge** et de rééducations. Elle va permettre d'orienter les interventions thérapeutiques.

Elle peut être **couplée au diagnostic étiologique**.

3. Le diagnostic étiologique

Ce trouble présente une **hétérogénéité** sur le plan étiologique. C'est un sujet majeur dans l'accompagnement des personnes avec un TDI.

Ce diagnostic peut permettre d'affiner le pronostic d'évolution, d'éviter ou limiter le sur-handicap en proposant une prise en charge précoce. Il apporte des clés de compréhensions à l'entourage et à l'équipe favorisant un accompagnement adapté.

Dans **60 % des cas, la cause du TDI est déterminée**. On distingue les causes environnementales et les causes génétiques. (29)

3.1. Les facteurs environnementaux

Les causes environnementales représentent 15 à 20 % de l'origine des TDI.

On retrouve des facteurs de risques qui surviennent lors des périodes :

- **Prénatales** : l'embryo-foetopathie, le syndrome d'alcoolisme foetale qui est la cause environnementale la plus fréquente, le retard de croissance intra-utérin, les pathologies et infections maternelles durant la grossesse et la prématurité
- **Périnatales** : les troubles mécaniques durant l'accouchement avec les traumatismes crâniens par exemple et les intoxications.
- **Post-natales** : les maladies infectieuses, les accidents cérébraux, les maladies neurologiques (méningites, épilepsie), les carences, les facteurs psychosociaux et économiques (malnutrition, abus, carences émotionnelles), le milieu socio-économique des parents.

Il est important de rester vigilant : un déficit moteur ou sensoriel, des troubles psychoaffectifs, un environnement linguistique et social peu stimulant peuvent rendre le diagnostic complexe. (29)

3.2. Les facteurs génétiques

Les formes génétiques sont **les plus représentées** au sein du TDI.

Aujourd'hui, on estime que 1200 gènes seraient responsables des TDI et/ou TND, il y a un recouvrement des gènes impliqués.

Il s'agit de modifications du nombre de chromosomes par perte ou gain, de chromosomes incomplets, d'anomalies de structures, ... 5 à 15 % sont d'origines chromosomiques. 5 à 10 % sont dus à des remaniements génomiques, 40 à 50 % à des formes monogéniques.

Par exemple, le syndrome de Down est dû à une anomalie de nombres. Le syndrome de l'X fragile à une transmission mendélienne. Le syndrome de Prader-Willi à une transmission non mendélienne. Le syndrome d'Angelman a la perte d'une fonction d'un gène. (9)

Ces syndromes génétiques sont souvent associés à des particularités physiques.

Malgré tout, **il reste difficile de mettre en avant des profils syndromiques précis**. Ce qui est à l'origine d'une diversité de profils phénotypiques et nécessite la mise en place d'une variabilité de réponses. Ainsi, les professionnels et structures médico-sociales, actrices de la prise en charge des personnes avec un TDI, sont multiples.

J'ai pu appréhender un versant de cette diversité au travers du stage que j'ai effectué en institut médico-pédagogique (IMP). Cet organisme se place dans l'accompagnement des personnes avec un handicap léger à sévère et présentant des troubles associés. C'est dans ce cadre et dans ce contexte que j'ai construit ma réflexion sur cette population.

4. Présentation de mon lieu de stage : L'institut-Médico-pédagogique (IMP)

“Les **Instituts Médico-Educatifs (IME)** ont pour mission principale d'accueillir des enfants et des adolescents handicapés ayant une déficience intellectuelle. Leur objectif est de fournir une éducation et une formation spécialisées adaptées aux besoins de ces jeunes, en prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques associés à leur déficience intellectuelle. Cela peut inclure l'utilisation de techniques de rééducation pour aider les enfants à atteindre leur plein potentiel.” (2)

Je m'appuie ici sur le projet d'établissement de l'IMP dans lequel j'ai évolué, pour vous relater au mieux son fonctionnement et ses engagements.

L'IMP s'inscrit dans une approche en **Dispositif d'Accompagnement Médico-Educatif (DAME)**. Ce qui permet de mettre l'accent sur la coordination entre les différents collaborateurs et notamment entre un SESSAD (Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile) et l'IMP afin d'offrir un service en ambulatoire, favoriser la continuité des soins et l'orientation des jeunes.

L'établissement est en mesure d'accueillir 36 jeunes âgés de 6 à 20 ans. Du fait, de cette tranche d'âge, il pourrait être requalifié d'IME.

L'IMP propose des places d'**accueil de jour et de nuit**. L'internat permet de soutenir le jeune dans son autonomie ainsi que le lien parents-enfants en offrant des moments de répit. Le nombre de nuits est modulable et peut se réaliser sur deux nuits par semaine, par exemple.

Les temps pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques se déroulent du lundi au vendredi de 9h à 16h sauf le mercredi jusqu'à 13h30.

L'IMP dans lequel j'ai été accueillie propose trois dispositifs d'accompagnement :

- Le dispositif vie sociale pour les 6-15 ans. Il s'articule autour de quatre parcours : autonomie/hébergement/transports, inclusion sociale, scolarisation et soins.
- Le dispositif vie professionnelle-orientations pour les 16-20 ans. Il s'articule autour de cinq parcours : autonomie/hébergement/transports, inclusion sociale, scolarisation, professionnel/orientation et soins.
- Le dispositif d'accompagnement individualisé. Ce dispositif est inclus dans les deux premiers et permet d'accompagner les jeunes qui sont en plus grandes difficultés. L'accent est mis sur le besoin de sécurité et de contenance.

L'accompagnement d'une personne avec un TDI, nécessite un travail en **équipe interdisciplinaire**.

Il s'agit d'un partenariat entre plusieurs experts : **médical** (pédopsychiatre), **paramédical** (infirmière et psychomotricien), **psychologue**, **socio-éducatif** (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateur, moniteur EPS, éducatrices en apprentissage, maîtresses de maison), **enseignants**, **administration et services généraux** (secrétaire, budget, cuisiniers, agents de service d'intérieur, agents d'entretien, veilleurs de nuit.)

Cette équipe réévalue régulièrement le **projet individualisé d'accompagnement (PIA)**, dans le **respect de la singularité** de chaque jeune et sans le réduire à sa déficience. Il permet d'identifier les besoins et de mettre en lumière les choix de vie, qui sont en constante évolution, afin de structurer la prise en charge.

Le lien entre les différents acteurs est indispensable, la prise en charge en psychomotricité en est indissociable. Chaque professionnel rencontre l'enfant dans un contexte particulier qui en module sa vision. Ces regards croisés, s'intègrent dans le projet de vie du jeune et permettent de lui offrir une **prise en charge continue, cohérente et adaptée**.

Des PIA découlent un **emploi du temps individualisé** et modulable. Il comprend des temps éducatifs, pédagogiques, de soins et de vie de groupe.

L'accompagnement des jeunes est **spécifique**, leur permettant d'évoluer dans un **espace contenant, structuré et ritualisé qui répond à un besoin de sécurité psychique**. Le jeune peut alors investir le groupe, les apprentissages, ses soins thérapeutiques et ses projets afin de développer son autonomie.

L'IMP propose différents **ateliers** thérapeutiques, éducatifs, pédagogiques qui peuvent s'entrecroiser. Ils permettent de mettre en jeu le corps, la psyché et les capacités relationnelles de l'enfant.

Ils répondent aux besoins spécifiques.

Les groupes thérapeutiques proposés par le psychomotricien se font en coordination avec un éducateur. Nous en verrons un exemple plus tard au travers de l'atelier "*d'expression corporelle danse*" qui amène à une découverte de son corps et de son expressivité.

L'ensemble de ces actions doivent permettre aux jeunes d'investir des centres d'intérêts, de découvrir, d'apprendre et de s'épanouir. Ils doivent répondre à ses attentes et celles de son entourage.

Une **place active est donnée au jeune, mais aussi à sa famille** qui doit co-construire le parcours de son enfant. Elle occupe une place à part entière, en tant qu'expert et doit être soutenue en ce sens. Le travail à l'IMP, c'est aussi une clinique du lien. Certaines familles sont elles-mêmes carentielles et investissent leurs relations de façon insécure. Un lien qui peut-être dans un premier temps dur à construire puis sur-investit.

La place des parents dans la prise en charge de leurs enfants influence grandement leur devenir.

L'accompagnement au sein de l'IMP répond aux objectifs fournis par la HAS. Ces derniers se centrent sur l'élaboration d'accompagnements spécifiques, en lien avec les potentialités et dans la mise en place de programmes d'interventions spécifiques. Ce qui vise à améliorer la qualité de vie, l'inclusion, l'autodétermination et l'autonomie de la personne présentant un TDI en prenant en compte sa singularité. (27)

B. Au fil des rencontres à l'IMP

Le TDI aborde une diversité clinique. Aucun profil phénotypique ne peut être mis en avant. L'être humain se construit dans une dimension écosystémique, dans l'interaction entre son contexte génétique (un processus déterminé), familial, environnemental (un processus individuel), faisant de lui un individu unique. Le TDI est en lien avec des facteurs biologiques et psychologiques qui affectent les sphères : cognitives, affectives, sociales et psychomotrices.

Je vais m'appuyer sur les rencontres faites à l'IMP, afin d'exposer la variété des caractéristiques associées à ce trouble.

1. Quand le TDI impact les fonctions cognitives

Le TDI est caractérisé par **un déficit des fonctions cognitives** qui impact :

- La **mémoire de travail et sémantique**, avec des capacités de stockage de la boucle phonologique significativement inférieures à la population générale. (23)
- Les **aptitudes visuo-spatiales** (23)
- Les **fonctions exécutives** majeures : **mémoire de travail, inhibition et flexibilité**. Elles participent au contrôle et à la régulation de la pensée et de l'action et sont indispensables à la vie sociale et à la réussite scolaire. Leurs impacts expliquent les difficultés de raisonnement, de planification, de résolution de problèmes, de pensée abstraite, de jugement, d'apprentissage académique et d'apprentissage par l'expérience. (3)
- Les **capacités d'apprentissage du langage, de la lecture et du calcul**. Il est fréquent de retrouver un retard de langage ou dysphasie. Les personnes avec TDI peuvent apprendre à lire sans forcément y mettre de sens. Pour le calcul, il peut être difficile de choisir l'opération qui permettra de résoudre un problème, lorsque les pré-requis sont acquis. (23)

La moitié des jeunes de l'IMP pour répondre à leur difficulté de langage bénéficient d'une prise en charge en orthophonie à l'extérieur de l'établissement.

- Les **capacités d'initiation** d'une tâche seule, la compréhension des consignes complexes et la réponse à des questions ouvertes. (23)
- Les **capacités attentionnelles** et de concentration sur une tâche. (23)

On constate que c'est l'ensemble des stratégies cognitives qui sont impactées.

Généralement, la mémoire implicite, la mémoire épisodique et la mémoire procédurale sont préservées chez les personnes présentant un TDI léger et moyen. (23) Elles peuvent ainsi servir de support à l'acquisition des compétences.

La présence du déficit des fonctions cognitives peut donc être à l'origine de nombreuses difficultés quotidiennes et se répercute sur l'ensemble de la vie du jeune. Nous comprenons ainsi, comment ces impacts peuvent nuire à sa qualité de vie et son autonomie.

Le déficit des fonctions cognitives alimente également le déficit des fonctions adaptatives.

2. Quand le TDI impact les fonctions adaptatives

Le déficit des fonctions exécutives, du langage et de la cognition sociale ont une incidence sur les compétences sociales et la régulation socio-émotionnelle.

Les difficultés dans les habiletés sociales sont en lien avec le déficit des fonctions adaptatives qui entrave l'individu dans sa capacité à répondre aux exigences développementales, environnementales et socioculturelles afin d'atteindre un objectif ou de s'adapter au contexte. (3)

Ce déficit renvoie à une limitation dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises qui permettent un bon fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne.

2.1. Les compétences sociales et la régulation socio-émotionnelle

Les compétences sociales reposent sur trois composantes (23) :

- Le **traitement de l'information sociale** qui dépend des fonctions exécutives, affectives et pragmatiques.
- Le **comportement en situation d'interaction sociale** qui se fait en lien avec la régulation émotionnelle
- L'**adaptation sociale** qui prend en compte la perception du soi social et des autres. Cette composante intervient dans la qualité des relations et le rôle social.

Ces trois composantes sont étroitement intriquées et liées dans une interaction perpétuelle.

Les difficultés relationnelles et de communication se font aussi en lien avec les notions de distances (proxémie), d'expression des sentiments et de reconnaissance des émotions qui peuvent être altérées. De plus, il est difficile de verbaliser et de nuancer ses émotions, de prévoir les réactions ou conséquences de ses comportements.

Les normes comportementales ne sont pas toujours intégrées.

Les compétences socio-émotionnelles sont fondamentales dans les apprentissages et dans les interactions sociales. Elles accompagnent le jeune dans son épanouissement.

Lors d'un entretien avec Tom, 18 ans, la pédopsychiatre lui demande si quelque chose pourrait le rendre triste, ce à quoi il répond : "C'est quoi triste ?"

Les compétences sociales et la régulation socio-émotionnelle sont intriquées, leur déficit peut expliquer un comportement de repli ou agressif que l'on va qualifier de troubles du comportement.

2.2. Les troubles du comportement

Le trouble du comportement **s'exprime dans l'interaction entre la personne et son environnement**. Ils représentent une préoccupation majeure dans la prise en charge.

QURESHI et ALBORZ définissent un comportement problématique s'il survient plus d'une fois par semaine, mettant la personne en danger pouvant entraîner des conséquences physiques (blessures, dommages matériels). Il va nécessiter l'intervention de plus d'une personne ou occasionner une désorganisation de plus d'une heure. (51)

Il existe un large spectre de troubles du comportement. Ils peuvent être bruyants ou silencieux. Ainsi, ils se manifestent sous la forme de :

- Comportements **hétéro-agressifs** comme la destruction de matériels
- Comportements **auto-agressifs** comme c'est le cas des mutilations
- Comportements **désinhibés**
- Comportements de **replis** comme le retrait social

Julie, en grande détresse émotionnelle, entravée par son trouble du spectre autistique ne peut reconnaître, exprimer et contenir ses émotions. En réponse, elle détruit fréquemment le matériel de l'IMP et se scarifie les mains.

Ces comportements sont à interroger dans leurs origines. Ils sont un mode d'expression. Les difficultés à exprimer ses émotions, ses besoins et ses envies peuvent être une source de frustration majeure. Ainsi, quelle lecture pouvons-nous faire de cette colère, cette agressivité, cette intolérance à la frustration, ce repli ? Ils représentent tous un mode d'expression, une souffrance que nous devons écouter et accueillir.

C'est aussi la présence de troubles émotionnels, du sommeil, sensoriels ou la présence de troubles somatiques et de douleur qui peuvent venir déborder les capacités du jeune. (16)

Une lecture de la douleur est essentielle et peut se faire au travers de l'étude de la communication non verbale et via des outils pour l'évaluer : L'échelle DESS (Douleur des Enfants de San Salvador), une hétéro-évaluation adaptée aux enfants présentant un handicap mental ; selon le niveau de déficit, l'auto-évaluation peut être possible au travers de l'échelle EVA (Echelle Visuelle Analogique), l'échelle des visages ou encore le schéma corporel ou l'on colore les zones de douleurs.

Les troubles du comportement peuvent être à l'origine d'une médication impactant le fonctionnement. Par exemple, un traitement sédatif peut entraîner une hypotonie, diminuer les capacités attentionnelles modifiant ainsi les capacités du jeune et l'accompagnement qui sera proposé.

L'ensemble des déficits des fonctions adaptatives peuvent représenter une source de rejet et impacter la relation avec autrui ainsi que son intégration au sein d'un milieu social.

Une intégration qui peut également être entravée par la présence de comorbidités.

3. Un trouble associé à de nombreuses comorbidités

Un large spectre de comorbidités est associé aux TDI. Nous pouvons noter son lien avec les **troubles neuro-développementaux** (TND), les troubles somatiques et psychopathologiques.

3.1. Le champ des troubles neuro-développementaux

Les TND sont généralement **comorbides entre eux** et rarement isolés. (3) Ils regroupent :

- Les troubles du développement intellectuel
- Le trouble de la communication
- Le trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Les troubles spécifiques des apprentissages
- Les troubles moteurs (coordination, mouvements stéréotypés, tics, ...)
- Le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. (TDAH)

Plus de la moitié des personnes avec TDI sévère ont au moins un autre TND associé. En France, dans 19 % des cas, il s'agit de déficiences motrices, dans 18 à 40 % des cas de TSA, dans 15 % des cas de TDAH. (29) (15)

Le diagnostic différentiel devra également être effectué notamment entre les TDI et les troubles spécifiques des apprentissages.

Le manque d'études et la difficulté à poser des diagnostics ne permettent pas de saisir l'ampleur des comorbidités qu'il existe au sein des TND.

3.2. Les troubles somatiques

L'origine étiologique peut être associée à des problèmes médicaux spécifiques. (29)

C'est le cas de **l'épilepsie** qui concerne 17 à 50 % des personnes TDI. Elle peut être pharmaco-résistante et va entraver le neuro-développement (développement structurel et fonctionnel du cerveau) de l'enfant. Le lien entre épilepsie et dysfonctionnement cognitif et psychomoteur est aujourd'hui affirmé. Elle peut entraîner des troubles du comportement, une hypotonie, des troubles de la coordination, praxiques, de l'attention,... Selon son intensité, elle peut devenir la source de préoccupation majeure dans la prise en charge. (22)

Au sein de l'IMP, trois adolescents présentent une épilepsie sévère. Leurs crises sont fréquentes. Elles les épuisent, les contraignent à l'immobilité, les empêchent d'investir pleinement leurs prises en charge.

Les **anomalies congénitales** sont dix fois plus fréquentes qu'en population générale.

Les **troubles sensoriels** au niveau de la sphère visuelle et auditive sont fréquents. Dans le cas de troubles neuro moteurs et sensoriels, on rentre alors dans la sphère du poly-handicap.

Des **troubles du sommeil** puisent leur origine dans des apnées du sommeil, les crises d'épilepsie, les médicaments, les troubles psycho-affectifs qui peuvent tous perturber sa structure. Il est fréquent d'observer une inversion du rythme circadien de la mélatonine.

3.3. Les troubles psychopathologiques

Des troubles psychopathologiques sont fréquemment observés (15 à 40 %). (15)

Une grande partie est liée aux **troubles anxieux** et **dépressifs**. Il est cependant difficile de les diagnostiquer. Pour cause, la déficience altère les manifestations des signes psychopathologiques et peut masquer certains symptômes. De plus, le manque d'outils standardisés rend le diagnostic difficile.

A l'IMP, cinq jeunes ont été pris en charge en hôpital de jour. Ce sont des jeunes qui ont souvent de grandes rigidités et angoisses, ce qui nécessite un accompagnement contenant et rassurant.

Ces comorbidités somatiques et psychiques peuvent nécessiter, eux aussi, la **prise d'un traitement** parfois lourd tant dans sa prise que dans ses effets secondaires. Ils peuvent avoir des conséquences sur l'attention, le tonus,... Et prendre beaucoup de place dans la vie du jeune.

Nous venons de voir comment la présence d'un TDI peut impacter les fonctions intellectuelles et adaptatives, ainsi que son association à des troubles du comportement et à de nombreuses comorbidités. Il nous reste à étudier son lien avec les fonctions psychomotrices. Ce qui nous permettra d'avoir un tableau de la diversité des profils que nous sommes amenés à rencontrer dans nos accompagnements.

C. L'approche psychomotrice du jeune avec un TDI

L'étude des fonctions psychomotrices est essentielle à la compréhension des déficits et capacités que présente la personne. Elle nous permet de comprendre le fonctionnement global de chacun afin de proposer une prise en charge et un soutien au développement psychomoteur adapté.

1. Le bilan psychomoteur et ses observations

L'un des premiers rôles du psychomotricien se trouve dans **l'évaluation psychomotrice** au travers du bilan qui s'appuie sur des tests standardisés et côtés. Elle mélange une **analyse quantitative** et **qualitative** en s'appuyant sur l'observation du psychomotricien. Ce bilan offre une photographie de l'instant au travers d'une rencontre ou vient se créer les prémices de l'alliance thérapeutique.

Sa passation, ajustée à l'enfant, permet de saisir en partie les compétences, forces, faiblesses, centres d'intérêts et mode de fonctionnement. Cette vision holistique offre des indices sur la marche à suivre pour permettre au jeune d'investir sa prise en charge, notamment en s'appuyant sur ses compétences et centres d'intérêts.

Il permet de **définir les modalités de la prise en charge** évaluées en association avec l'équipe interdisciplinaire : en individuel ou en groupe ? A quelle fréquence ? Dans quel lieu ? Quelles médiations ? Pour combien de temps ?

Ainsi, le psychomotricien et le jeune choisiront ou non d'impulser un suivi qui permettra de soutenir son développement en se centrant sur sa demande et ses besoins thérapeutiques.

Avant même la passation des différents tests, une part majeure est donnée à l'**observation de la communication non verbale** et de la **posture**. Lorsqu'un TDI est présent, il peut être observé une posture en flexion avec un manque de redressement du tronc et de la tête. Elle est à l'origine d'une fatigabilité, impacte les coordinations globales et fines et le contrôle visuel.

La posture peut également être influencée par diverses malformations anatomiques (genu valgum, pieds plats, lordose lombaire,...), maladies organiques (épilepsie,...), la prise de traitements,...

Le bilan psychomoteur va permettre de **mettre en avant différents troubles (46)** :

- **Toniques et tonico-émotionnels** : comme des troubles de la régulation tonique avec une hypotonie ou une hypertonie de fond et/ou d'action.
- Une **latéralité** parfois retardée ou non établie, avec un défaut de croisement de l'axe qui a un impact sur les coordinations.
- **Motricité globale et fine** : un manque de stimulations et d'expériences sensori-motrices peut être à l'origine d'un manque d'acquisition des conduites motrices. Il est fréquent de retrouver des **déficiences motrices** et un **retard dans la marche**. On peut ainsi noter une **atteinte de l'aisance motrice** avec des mouvements saccadés ou maladroits, des gestes plus ou moins lents et coordonnés, un polygone de sustentation élargi, des difficultés dans l'équilibre statique et dynamique, un contrôle postural déficitaire.

Paul, 8 ans, présente un syndrome d'Angelman, il a marché à l'âge de 2 ans. Ce syndrome génère chez lui des troubles de l'équilibre, de la préhension.

Les difficultés en **motricité fine** se retrouvent au travers de l'**utilisation de la prise palmaire**, un **déliement digital non-efficace** et une **lenteur d'exécution**. Ce qui impacte les imitations de positions de mains et la manipulation de petits objets.

Lucas en difficulté au niveau de ses compétences motrices fines n'arrive pas à couper sa viande, démêler ses écouteurs, ... En réponse à la frustration générée, il jette les éléments sources à la poubelle.

- Des **difficultés perceptivo-motrices** ou de **coordinations** : avec un faible ajustement de la prise à l'objet et donc une difficulté à saisir les objets, avec une trajectoire de bras moins précise, une adaptation de la vitesse du mouvement non-efficace et une coopération entre les mains plus rares. L'ensemble impacte la coordination des mouvements volontaires orientés vers un but, c'est-à-dire les **praxies**.
- Des **représentations du corps** : avec un manque de structuration et d'intégration du **schéma corporel** peut se traduire par une difficulté à organiser son mouvement et ses praxies. Une **image du corps** et de soi fragile avec une absence ou un manque des limites corporelles qui s'observe dans la gestion de la proxémie.

La proxémie, les limites de son propre corps, les limites du corps de l'autre, des éléments qui semblent abstraits pour ces jeunes. Ils s'approchent près de l'autre pour parler, font des chatouilles, prennent dans leurs bras, ...

- Des **troubles spatio-temporaux** : avec une **orientation et organisation déficitaire** dans l'espace et le temps. L'enfant reste sur des repères égocentrés.

Des **difficultés rythmiques** impactent l'intégration des rythmes corporels internes, journaliers et le repérage temporel.

Un **déficit du traitement neurologique des informations visuelles** peut expliquer les difficultés visuo-spatiales et visuo-constructives objectivées.

Les difficultés d'orientation dans l'espace rendent les jeunes dépendant de l'adulte dans les déplacements en dehors de l'établissement, ce qui entrave leur autonomie. C'est pour cela que l'atelier transport a été créé à l'IMP.

Certains jeunes ne peuvent dire quel jour nous sommes. Ils peuvent dire à demain pour désigner à tout à l'heure ou après pour parler de quelque chose qui s'est déjà produit.

- On peut aussi noter des **particularités sensorielles**, voir un dysfonctionnement du processus sensoriel qui peuvent être étudiées au travers du profil sensoriel de Dunn. Les difficultés d'intégration sensorielle peuvent expliquer les troubles de l'équilibre et de la posture, des troubles émotionnels et une difficulté d'adaptation relationnelle, des troubles du comportement, des mouvements stéréotypés.

Le bilan et l'anamnèse peuvent révéler la présence d'**émotions amplifiées** et une difficulté à les gérer et à les exprimer comme nous l'avons vu plus tôt.

ANDRE parle d'**immaturité affective** qui est caractérisée par un **constant besoin de sécurité et de protection**, un **manque d'autonomie** et une **ouverture restreinte sur le monde extérieur**. Cela peut se traduire par une impression de passivité ou la personne ne peut formuler ses choix et ses demandes. Ce qui est souvent associé à une dépréciation et une **faible estime de soi**.

Ces difficultés peuvent représenter des orientations et axes de prises en charge en psychomotricité.

2. Les axes de prises en charge et adaptation à l'enfant avec un TDI

La prise en charge en psychomotricité prend en compte l'enfant, le milieu humain et environnemental dans lequel il évolue. Elle répond à des besoins de bien-être, de développement des compétences et de maintien des acquis.

2.1. Les axes de prises en charge

Différents **axes de prises en charge** peuvent être définis :

- Dans un premier temps, les **troubles psychomoteurs** mis en avant par les différents tests du bilan. Un intérêt tout particulier peut-être porté à l'**intégration de l'axe corporel** qui se fait **dans une coordination entre tonus et schéma corporel**.
- L'accompagnement de l'enfant sur le **plan cognitif** en mobilisant ses compétences attentionnelles, de planification et de stratégies, la mémorisation et le langage. Nous avons vu que ces compétences peuvent avoir un impact sur l'état émotionnel.
- L'accompagnement sur le **plan psychoaffectif** qui se fait au travers de l'importance portée aux émotions et dans la mise en mot des éprouvés expérimentés en séance. La gestion de la frustration peut aussi être un sous-objectif au sein de nos séances, les enfants que nous prenons en charge étant fréquemment dans la **recherche de cadre, de limites, de contenance**.

L'orientation thérapeutique et les médiations choisies pour y répondre seront remodelées selon l'évolution de la personne que nous accompagnons.

L'accompagnement en psychomotricité permet de **porter l'attention sur le vécu corporel et les ressentis** qui en découlent avec une **importance particulière donnée à la contenance et la sécurité interne**. Elles s'établissent au travers de la relation construite entre le thérapeute et le jeune. La singularité de chaque enfant est une invitation permanente au mouvement entre axes thérapeutiques et adaptations.

2.2. Les adaptations pour accompagner un enfant avec un TDI

La prise en charge en psychomotricité d'un enfant avec un TDI nécessite de poser un **cadre thérapeutique sécurisant** qui s'appuie sur la **ritualisation** des séances et des activités via un espace, un temps et du matériel aménagé. Chaque séance offre à l'enfant un espace pensé pour lui ou il peut expérimenter librement dans un cadre bienveillant. Le cadre est porté par le psychomotricien dès les premières rencontres qui peuvent être informelles.

Au sein de l'institution, la création de la relation est souvent impulsée lors des temps de récréation et sur les lieux de vie communs. C'est dans ces moments que peuvent se tisser les premiers liens de confiance.

Cette étape est un prérequis à la proposition du bilan qui sera faite par la suite.

Le bilan se doit d'être présenté de sorte que l'enfant puisse exprimer son plein potentiel. Nous devons l'adapter à sa personnalité, jongler entre standardisation et bien-être.

Les enfants que nous rencontrons sont sensibles à l'observation qui est faite d'eux et elle peut influencer leurs comportements. Il peut être nécessaire de le rassurer quant à ses capacités, le valoriser. C'est dans la réassurance de l'enfant en ses capacités, que le bilan vient déjà constituer un premier acte thérapeutique.

La passation du bilan et la réalisation des séances peuvent reposer sur certains pré-requis. En voici une liste non-exhaustive :

- **Planifier** la séance pour rendre l'environnement prévisible et les activités en les décomposant étape par étape. En partant du plus concret vers le plus abstrait, du plus simple au plus complexe selon les possibilités de l'enfant. Il peut parfois être nécessaire de visualiser les étapes au travers de supports comme des pictogrammes, des images, des photos voire des objets.

L'arrivée d'Elliot en séance est ritualisée. Ensemble, nous visualisons la séance. Sa photographie et les nôtres (le psychomotricien et la mienne) sont installées sur un tableau. Et cela, afin de lui faire comprendre que c'est son moment. Nous lui présentons les activités que nous allons réaliser et il en choisit également (toujours grâce à des photos). Une photo de son groupe est également présente pour lui signifier ou il ira après. Une fois qu'une activité est terminée, elle est enlevée du tableau.

- Les **consignes doivent être claires** afin de faciliter la compréhension de l'activité et l'expression de l'enfant. Elles doivent être **simples, courtes, séquencées**. Il faudra parfois les reformuler, simplifier, clarifier, répéter. Le psychomotricien peut accentuer ses expressions faciales et l'intonation de sa voix pour aider l'enfant à comprendre le contexte. Là aussi, des supports visuels peuvent être utiles. Lors du bilan, le déficit des fonctions cognitives peut être à l'origine d'une mécompréhension des consignes et faire échouer le test. Nous devons y être attentifs.
- La **répétition** des expériences sensori-motrices est essentielle afin de permettre à l'enfant de les intégrer, les acquisitions se faisant lentement.
- L'**environnement doit être adapté**, notamment sur le plan sensoriel en tenant compte du **profil sensoriel** de l'enfant. Il peut présenter une difficulté à faire abstraction des différents flux et s'en trouver ainsi sur-stimulé. Au contraire, ses afférences sensorielles préférées peuvent être un support au maintien de l'attention, à la régulation des émotions, à l'initiative, à la précision du geste,... Lors du bilan, l'espace doit être épuré pour éviter les éléments distrayeurs. Il faudra veiller à présenter une évaluation rythmée qui limite les "temps morts".
- Dans la suite logique, utiliser des **activités et des médiateurs que l'enfant aime** afin de lui permettre d'investir sa prise en charge. Il est important de **donner du sens** aux propositions, les capacités de symbolisation et de représentation étant entravées. Le choix des activités se fait aussi en fonction de l'âge mental de l'enfant et des expériences sensori-motrices qu'il a besoin de vivre.
- L'enfant doit se sentir **acteur** et soutenu dans son **estime de soi**. Pour cela, la valorisation de l'enfant et l'expression de la confiance que nous lui portons doit être constante. Nous devons rester conscients des difficultés et des facilités de l'enfant par rapport à ce qui lui est proposé.

Pas une seule séance, un seul instant, ne passe sans émettre d'encouragement et de félicitations, célébrer la moindre réussite dans une volonté de valoriser et de soutenir l'enfant.

- Il est essentiel de **rester attentif aux angoisses** de l'enfant notamment face à ses performances, ses difficultés et échecs, son appréhension de la nouveauté.

L'observation et la communication non-verbale sont au cœur de la pratique psychomotrice. Les indicateurs physiques, comportementaux et verbaux expriment ce que l'enfant avec un TDI ne peut dire. Ils ne doivent pas être négligés lors de la passation du bilan ou lors des séances. L'analyse clinique est essentielle à l'interprétation des tests qui sont souvent hors de la norme chez ces enfants.

Lors de chaque moment partagé, le comportement relationnel est observé : qu'en est-il de l'état émotionnel ? Est-il instable ou inhibé ? Est-ce inhabituel ? De la disponibilité attentionnelle ?

Le contact visuel, l'engagement corporel, l'investissement de l'espace et de la séance en sont des indices.

Au travers de l'ensemble de ces éléments, nous mettons en avant en quoi le **lien de confiance** et la **relation à l'autre** sont essentiels en psychomotricité. Cette relation privilégiée **soutient la valorisation** et l'estime de soi du jeune. D'autant plus lorsque les contextes de vie dans lesquels ils évoluent sont à l'origine de relations insécures.

Le psychomotricien propose à l'enfant de vivre une relation suffisamment sécurisée pour lui permettre d'expérimenter. La psychomotricité ne peut s'exercer sans cette relation inter-personnelle, cette co-construction dans l'échange et le partage d'une rencontre singulière.

L'ensemble des caractéristiques que l'on retrouve chez ces jeunes et ces pré-requis à leur accompagnement doivent nous rester à l'esprit si l'on veut interroger au mieux la question des troubles psychomoteurs et leurs prises en charge en séance de psychomotricité.

3. Les troubles psychomoteurs et leurs évolutions

Le trouble du développement intellectuel caractérisé par un déficit des fonctions cognitives et adaptatives aboutit à une variabilité de profil phénotypique. Les impacts sont multiples.

En psychomotricité, cela nécessite d'adapter nos prises en charge à ces spécificités tout en portant une attention particulière à la relation comme soutien aux objectifs de séances.

La question du déficit nous intéresse particulièrement, nous allons aspirer à sa rééducation afin que le jeune, dans la mesure du possible, gagne en mieux-être et en autonomie au quotidien.

BULLINGER nous dit : "Si l'enfant est porteur d'un déficit, une très large partie de ses ressources de plasticité est absorbée pour contourner ou dépasser son déficit. Il s'écarte des attentes typiques de son milieu et n'a plus les ressources pour les satisfaire." (11)

La prise en charge de l'enfant avec un TDI amène à considérer l'acquisition des fonctions psychomotrices qui se fait en lien avec la maturation du système nerveux.

Sur le plan neurophysiologique, l'exploration de la maturation cérébrale chez l'enfant avec TDI reste limitée. Cependant diverses études rapportent que le développement cérébral et de ses fonctions diffèrent. Des anomalies cérébrales et notamment une immaturité du lobe frontal ont pu être observées. (33)

Dans le cas de troubles génétiques, la modification du matériel neurologique peut-elle impacter sa maturation ? Et qu'en est-il pour les autres origines étiologiques ?

Nous pouvons par exemple nous questionner sur la vitesse de conduction de l'information nerveuse permise par la myélinisation ; l'organisation de l'activité électrique et la synaptogenèse qui évoluent avec les apprentissages ; l'organisation des systèmes neuro-fonctionnels.

La psychomotricité vise alors à soutenir l'enfant dans la mobilisation de ses ressources de plasticité en proposant diverses expériences qui permettront une mise en jeu cérébrale.

Pour ce faire, une alliance thérapeutique est primordiale. Elle participe à la construction du lien de confiance essentiel pour expérimenter et à la compréhension des mouvements affectifs et émotionnels qui se jouent chez le jeune lors de chaque aventure. Elle nous permet d'accompagner le jeune dans une prise de plaisir, un moment de bien-être.

J'ai pu passer du temps et observer les jeunes de l'IMP dans leur quotidien. Les rencontrer dans leurs façons d'être au monde. Et ainsi observer certains éléments qui se retrouvent particulièrement dans le champ de la psychomotricité.

J'ai constaté le besoin exprimé d'être valorisé dans leurs compétences et dans leur autonomie. Il est touchant de voir le plaisir pris lors des temps de récréation au travers de jeux de foot, course poursuite,... Ou de les voir persévérer dans la réalisation de gestes du quotidien.

En revanche, si je mets cela en parallèle de leurs âges, il est forcé de reconnaître que leurs façons de se mouvoir et leurs compétences sont amoindries.

- Pour certains, le corps laisse transparaître la présence du handicap de par ses particularités physiques et/ou motrices. Des particularités qui peuvent moduler le rapport au corps, l'image et l'estime de soi.
- En les observant courir, je note que leur façon de poser les pieds au sol n'est pas efficiente, ils semblent désaxés et leur regard amène la tête et le buste vers le sol. Enfin, les bras semblent parfois abandonner. Le corps dans son entièreté n'est pas engagé dans le mouvement, n'accompagne pas l'action jusqu'au bout.
Ils semblent manquer d'aisance motrice, d'équilibre, de régulation tonique, de fluidité et de mélodie kinétique, tantôt rigide tantôt désinvestit.
- Leurs gestes et praxies manquent d'organisation et de précisions. La lenteur à effectuer certains gestes, comme éplucher une pomme, souligne les difficultés de coordination, de dextérité manuelle, de vitesse d'exécution, de motricité fine et globale. L'ensemble donne une impression de maladresse.

Ces éléments peuvent faire l'objet de demandes en séance. En effet, certains jeunes expriment des envies : apprendre à faire ses lacets, mieux tirer au foot, tenir en équilibre plus longtemps,...

En me plongeant dans les dossiers, j'ai constaté que les mêmes axes de prises en charge découlent globalement des bilans. Parmi eux, se trouve " le soutien à la structuration du schéma corporel". Je me suis alors demandé si un travail sur le schéma corporel, entre autres, permettrait d'aider les jeunes dans l'acquisition et le développement de leurs compétences afin d'améliorer leur qualité de vie quotidienne.

Mais avant cela, il faut définir ce qu'est le schéma corporel et déterminer en quoi nous pouvons accompagner sa structuration en séance de psychomotricité ?

Chapitre 2 : Qu'est ce que le schéma corporel ?

La psychomotricité ne peut se penser sans considérer l'intérêt porté au corps. Un corps qui avant même la naissance est en relation. Une relation à soi, à l'autre, à l'environnement. C'est au travers et dans l'exploration de cette relation que l'individu se construit et se développe. Le nouveau-né expérimente corporellement et sensoriellement ce qui lui permet de développer ses représentations globales. Les aventures cognitives, motrices et affectives les re-modèlerons tout au long de la vie.

D'après DE AJURIAGUERRA les représentations du corps s'édifient sur le schéma corporel, l'image du corps et l'aspect relationnel du corps à son environnement. Ces concepts complémentaires ont pendant longtemps étaient confondus entre eux et il n'est pas toujours aisé de les distinguer. (49)

Ici, c'est sur le schéma corporel que nous allons porter notre regard.

A. Généralités sur le schéma corporel

1. Comment le concept de schéma corporel s'est il construit ?

La notion de schéma corporel fait son apparition au XXème siècle, conceptualisé chez les neurologues français et anglo-saxons. Il faudra près de 80 ans et la synthèse des données neurologique, psychanalytique, phénoménologique, psychologique, philosophique et psychomotrice pour en stabiliser sa définition.

1.1. L'origine du concept

En 1902, BONNIER parle de "**sens des attitudes**". Un sens qui aurait "pour objet la figuration topographique de notre moi". Il s'intéresse ici à ce que nous nommerons par la suite proprioception, qui se construit d'après lui via l'intégration sensitivo-sensorielle du tactile. Bionnier lie ce concept à la subjectivité et au fait psychique.

En 1911, HEAD et HOLMES explorent l'ensemble des mécanismes sensoriels. Ils parlent du "**sentiment de soi**" comme une **construction active**, changeante, dynamique au travers de la relation "aux autres objets". De façon **non consciente**, "ce modèle est constamment remis à jour". Head parle de "schemata" pour désigner les modèles de la connaissance du corps. Leurs travaux permettent d'amener ce concept dans le **domaine de la construction cognitive**. Ils abordent également l'**aspect plastique** du schéma corporel.

JEANNEROD viendra commenter ces deux avancées en disant que les informations sensorielles produites par les mouvements "peuvent parvenir à la conscience sous forme d'images" formant ainsi "des modèles organisés de nous-mêmes que nous pouvons appeler des "schémas"". Les schémas pouvaient être **ramenés aux changements constants de postures** que nous effectuons, générant des informations visuelles, tactiles ou autres emmagasinées au niveau du cortex sensoriel. Il dit ainsi que « Le schéma corporel de Head et Holmes peut aussi bien désigner le sentiment que nous possédons de notre propre corps et de notre espace corporel que le mécanisme physiologique qui nous donne ce sentiment. »

Ainsi, nous voyons dès le début **l'implication du sensoriel** dans le développement du concept de schéma corporel. La question se pose de savoir si nous sommes dans un fait psychique et subjectif ou objectif et universel. (40)

1.2. L'apport de la phénoménologie

HUSSERL parle du **corps propre**, comme d'un espace où s'incarne la psyché. C'est dans le rapport à soi et dans l'échange avec l'objet, au travers d'expériences tactiles, kinesthésiques et visuelles qu'il se construit.

MERLEAU-PONTY se place dans sa continuité. D'après lui, **c'est le mouvement**, l'action qui **permet de se percevoir dans l'espace et de construire ses représentations**. Il dira " Le schéma corporel est finalement une manière d'exprimer que mon corps est au monde". (49)

1.3. La naissance de la psychomotricité

WALLON et LURÇAT dans les années 60 déclarent que le schéma corporel ne coïncide pas nécessairement avec l'anatomie. Il se considère selon la **position du corps dans l'espace**, dans **l'imitation** et dans **l'action du corps sur l'espace**. Cependant, ils font également le lien avec l'affectif, à une période où la confusion grandit entre schéma corporel et image du corps.

DE AJURIAGUERRA, père de la psychomotricité, souligne cette confusion. Il se demande si le schéma corporel se réfère à un schéma fonctionnel, au sentiment que nous avons de notre corps ou aux mécanismes physiologiques. En 1974, il donne une définition du schéma corporel au travers de son mode de structuration résumant l'importance du sensoriel dans son édification, sa plasticité et son rapport à l'espace. Il nous dit que le "schéma corporel, s'édifie sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles. Le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification."

SOUBIRAN et COSTE considèrent alors le schéma corporel sous un **aspect neurologique, biochimique et de l'ordre de la conscience de soi**. Ils mettent l'accent sur l'aspect relationnel entre le corps propre et l'environnement. (40)

Enfin, J-M ALBARET nous dit que “Le schéma corporel (système de localisation) correspond à un **ensemble de représentations pour l'action** et répond donc à la fameuse question “**Où?**” (où sont les membres et où est la cible de l'action) Mais aussi à la question “**Comment ?**” (comment utiliser l'ensemble du corps pour réaliser le but fixé ?). Il fournit les informations sur la **posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps** qui détermine ce qu'on appelle aussi le référentiel égocentrique. Il intervient donc pour la **locomotion** et la **préhension**. Il est **constitué à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices** qui concourent à la **genèse de l'action**. Ce système **opère en dehors de toute conscience** du sujet et nous permet de **réaliser les actions de notre vie quotidienne**. ” (49)

1.4. L'apport de la psychanalyse

La psychanalyse a permis de faire la distinction entre schéma corporel et image du corps. DOLTO considère le **schéma corporel** comme "une réalité de fait", un élément **physiologique**. C'est un "vivre charnel". Il est **universel**, le même pour tous.

A l'opposé, **l'image du corps** est “la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles”. Elle est **inconsciente, support du narcissisme**, propre à chacun et reliée à l'histoire de chacun.

LACAN ajoute qu'elle a une place importante dans le **sentiment d'unité de l'être**. (49)

Pour résumer GALLAGHER dit que l'image du corps est “ un système de perceptions, d'attitudes et de croyances se rapportant à son propre corps ”

Ainsi, nous voyons bien en quoi le schéma corporel est distinct de l'image du corps. Il se construit et s'exerce indépendamment de la conscience et de l'émotionnel. Il dépend de la physiologie, des mouvements du corps et de ses prises de postures. Cependant ils sont tous deux liés. Puisque l'image du corps permet de porter à la conscience ces éléments pour aboutir aux représentations du corps. Un déficit de l'un pourrait donc expliquer un déficit de l'autre.

1.5. L'apport des neurosciences

GALLAGHER propose une conception nativiste, innée du schéma corporel, mais qui peut mûrir selon les expériences. Il le considère comme un "processus actif et opératoire du corps". Il "est le corps qui intègre activement ses positions et ses réponses posturales dans son environnement". Ce processus se fait de manière inconsciente sous le règne de l'homéostasie, sans nécessiter de contrôle perceptif. Il donne au schéma corporel la définition de "**représentation interne du corps agissant**". (40)

Les neurosciences ont étudié l'activité des différentes structures cérébrales mettant en avant un **réseau fonctionnel et plastique**. C'est sur ces structures que reposent les représentations internes. WOLPERT et GHARAMANI les définissent comme l'ensemble des connaissances implicites concernant les caractéristiques physiques du corps, de l'environnement extérieur ainsi que de leurs interactions. (56)

NAITO et ses collaborateurs grâce à la neuroimagerie ont mis en évidence que le schéma corporel est la résultante de l'interaction entre différents réseaux (20) :

- Le **réseau sensori-moteur** : ce réseau intègre les informations sensorielles perçues par les récepteurs périphériques. Ces afférences se projettent sur les aires somatosensorielles primaires et secondaires au niveau du cortex pariétal. Son organisation est **somatotopique**, c'est-à-dire que certaines zones du cortex sont spécifiques à une partie du corps. Les aires somatosensorielles sont en connexions avec les aires prémotrices, motrice supplémentaire et motrice primaire. Qui permettent d'apporter une commande à suivre afin d'adapter le comportement à l'environnement.

Nous voyons qu'il existe au niveau du cortex cérébral, une représentation sensorielle organisée du corps. **Ce réseau permet de localiser les différentes stimulations notamment tactiles et proprioceptives**, jouant un rôle dans la conscience que nous avons de notre corps. Son lien avec la commande motrice, intervient dans le contrôle moteur.

- Le **système spécialisé du cortex pariétal postérieur (PPC)** : il est en connexion avec le réseau sensori-moteur. Il intègre les différentes modalités sensorielles nécessaires à la réalisation d'un mouvement, localise spatialement les stimulations dans l'espace corporel, reconnaît les parties du corps, joue un rôle dans l'intention motrice, la conscience de la production du mouvement et l'exécution de l'action.

- Le **réseau fronto-pariétal** : il renvoie à la connexion entre les aires frontales et pariétales. Il fait le lien avec les fonctions cognitives qui jouent un rôle dans le traitement des informations kinesthésiques, la conscientisation des représentations internes du corps en mouvement et dans la prise de décision. Il permet l'intégration spatio-temporelle des afférences proprioceptives. Il joue ainsi un rôle majeur dans les représentations internes du corps agissant.

De manière plus minime, on peut aussi considérer le rôle :

- Des **ganglions de la base** qui jouent un rôle dans la qualité, la précision et l'exécution d'une action
- Le **cervelet** qui est en lien avec le système proprioceptif et qui permet d'optimiser le mouvement. Il intervient dans la régulation, la précision et la durée du mouvement.

1.6. La synthèse de PIREYRE

En 2021, E.W.PIREYRE fait la synthèse des précédents apports en cherchant à donner une définition actualisée du schéma corporel. (41)

Le schéma corporel se réfère et est le fruit de la coordination entre les **systèmes moteurs**, la **proprioception**, la **vision périphérique** soit la vision des mouvements et le **système vestibulaire** qui perçoit et participe aux réajustements posturaux.

Ces informations sensorielles sont nécessaires pour avoir **une représentation spatiale de notre corps en mouvement**. Leur intégration nécessite pour ce faire l'interaction entre les différents réseaux mis en évidence par les neurosciences. Elles auront aussi un rôle à jouer en retour dans le contrôle de la motricité. Le schéma corporel est donc **sensori-moteur**.

Il précise que l'interoception et le toucher ne participent pas au schéma corporel à la différence de **l'espace péri-personnel**. Pireyre, porte notre attention sur cet élément, en nous disant que la présence d'un autre, influence sa représentation.

Il est donc essentiel de "tenir compte de l'**aspect relationnel**, voire **tonico-émotionnel**."

PIREYRE conclut que le schéma corporel :

- "Relève d'un **fonctionnement physiologique non subjectif**".
- "C'est une **représentation sensori-motrice, tridimensionnelle, non consciente, automatique** et sans cesse **réajustée** de la position globale et/ou segmentaire du corps et de ses mouvements."
- "Concerne la **gestion automatisée de la position du corps dans l'espace**".
- Concerne "les **changements de position**".

Le concept de schéma corporel s'est construit au travers d'une vision complémentaire. Sa complexité se retrouve dans le lien à l'image du corps et aux représentations du corps. Notre regard ne peut pas être dichotomique. C'est bien l'individu dans son unicité que nous accompagnons. L'image du corps et le schéma corporel s'alimentent l'un et l'autre, dans un perpétuel va et vient. J-M ALBARET nous rappelle que leur interaction est continue et permanente.

La perception ne peut être séparée de l'action.

B. Sur quoi s'organise le schéma corporel ?

1. Le triptyque Sensations – Perceptions – Représentations

Aborder la question du substrat neurophysiologique amène à **penser la structuration** de cette **fonction instrumentale** qu'est le schéma corporel.

Pour certains auteurs, son développement est un processus inné, spontané et endogène. Il dépend du développement et de la maturation cérébrale programmé avant la naissance. Cependant, cela serait nier la théorie constructiviste de PIAGET qui stipule que la construction des différentes structures se réalise au travers de conduites sensori-motrices.

BULLINGER parle de la **perspective instrumentale** qui "décrit la **progressive constitution d'une subjectivité**, la façon dont un individu s'approprie son organisme et les objets de son milieu".

D'après lui, le nouveau-né s'appuie sur son équipement biologique de départ et c'est dans l'interaction avec le milieu, grâce aux flux sensoriels qu'il se développe.

Il ajoute que "l'organisme est un point d'appui, une référence spatiale pour des moyens instrumentaux orientés dans l'environnement." (11)

L'ensemble se base sur une interconnexion entre la sensation, la perception et les représentations. (26)

- La **sensation** comprend les stimuli extéroceptifs (vision, audition, toucher, olfaction et gustation) et intéroceptifs (somesthésique, végétatif et proprioception).

Par la suite, ces stimuli perçus par les récepteurs sensoriels sont transformés en message nerveux, c'est la **transduction**. L'information est alors décodée par les centres sous corticaux puis **intégrée**.

- La **perception** est en lien avec l'expérience, l'émotion, la cognition, la mémoire et la motivation. C'est la sensation qui est interprétée selon notre vécu propre, comparée aux expériences passées. La perception permet d'ajuster la motricité en fonction d'un but à atteindre.

La perception est alimentée par les expériences motrices et actions, ainsi de nouvelles connaissances seront engrammées dans le système nerveux. Ce sont des capacités perceptives qui pourront à leur tour enrichir la motricité. C'est ce que l'on peut désigner sous le terme de **couplage perception-action**.

- La **représentation** est le résultat du **sens** que l'individu attribue à la perception, sa façon de comprendre le monde qui l'entoure. Elle est de l'ordre du **symbolisme**. Nous constituons une image mentale en associant à la sensation et à la perception une nature, des affects,...

Le développement sensori-moteur dans cette interaction perpétuelle entre l'organisme et son milieu alimente la mise en place et la plasticité du schéma corporel. La mise en place de cette fonction instrumentale est dépendante de certains flux sensoriels que nous allons à présent détailler.

2. Le système proprioceptif

Le système proprioceptif est essentiel pour **percevoir l'engagement de son corps dans l'action de façon continue et inconsciente**. (41) Il est aussi qualifié de sensibilité profonde. (11)

La proprioception renvoie à :

- La **position dans l'espace** qu'entretiennent les différents segments du corps et les **rappports** que ces segments entretiennent entre eux et avec l'espace.
- La **kinesthésie** qui inclut les sensations de **vitesse**, **d'amplitude** et de **direction** du mouvement.
- La sensibilité à la **force** que nous déployons lors de l'effort. On pourrait aussi parler de **l'état tonique** des muscles dans le mouvement. La proprioception permet le contrôle tonique.

Le système proprioceptif repose sur des bases neuroanatomiques : les **mécanorécepteurs**.

Ces récepteurs sensoriels sont localisés dans les muscles, les tendons et les articulations.

On peut nommer les corpuscules de Ruffini, les corpuscules paciniformes, les organes tendineux de Golgi, les fuseaux neuro-musculaires, les récepteurs musculaires et les mécanorécepteurs cutanés qui en s'associant renseignent en permanence sur la direction, la vitesse, la tension musculaire des mouvements.

Le lobe pariétal supérieur traite les informations transmises.

D'après BULLINGER, la sensibilité profonde signale les mouvements. Elle se coordonne avec les autres flux sensoriels pour constituer la fonction proprioceptive. **La proprioception se modifie selon les interactions entre l'organisme et son milieu**. Elle **alimente les représentations du corps** en fournissant des informations sur la position statique ou dynamique qu'occupe le corps dans l'espace en temps réel, permettant ainsi d'ajuster nos postures. (11)

D'après G.PONTON, la proprioception **nourrit la relation à soi**, la pensée. Elle soutient l'individu dans sa conscience d'être unique et différencié de l'autre. Pour DAMASIO, cette conscience d'avoir un corps, apportée par la proprioception nourrit le **sentiment d'existence**, le sentiment de soi. ROBERT-OUVRAY et SERVANT-LAVAL ajoutent qu'elle est l'ancrage organique de notre identité.

3. Le système visuel

Le système visuel s'associe et se coordonne à la proprioception dans le **contrôle de la posture** et du **mouvement**. (41)

La vision participe à la **régulation du tonus** et au maintien de la posture. Pour le constater, il suffit de proposer à la personne de fermer les yeux. Dans cette mise en situation, la précision posturale diminue et s'accompagne de mouvements d'équilibration du corps, avec la mise en jeu des bras par exemple.

GALLAGHER et COLE, ont mis en avant qu'en l'absence d'informations tactiles et proprioceptives la vision permettait de préserver la localisation des différents membres et de contrôler le mouvement. Ils parlent de proprioception visuelle, pour désigner les informations visuelles traitées non subjectivement lors de l'apparition des mouvements dans le champ visuel.

D'après GIBSON, la vision permet la prise d'information lors de mouvements actifs.

La perception des mouvements dans le champ visuel génère des afférences visuelles qui sont projetées sur les aires visuelles primaires. Elles traitent de façon précoce l'information et en définissent la forme.

L'identification est permise grâce aux aires visuelles secondaires au niveau du cortex occipito-temporal. L'analyse visuo-spatiale du signal est quant à elle réalisée par le cortex occipito-pariétal. Enfin, les informations visuelles projettent sur les aires frontales motrices.

Le système visuel participe de la sorte à la perception du mouvement et à son contrôle.

4. Le système vestibulaire

Le système vestibulaire intervient également dans la **localisation** des différentes parties du corps, les **déplacements** et la **direction** des mouvements.

Il participe à la covariance entre le système proprioceptif et visuel. Il alimente la proprioception et soutient le système visuel en permettant stabilité et équilibre. Ils participent ainsi au contrôle des équilibres statiques et dynamiques et à l'oculomotricité. (36)

Il est directement en lien avec le schéma corporel lors des déplacements du centre de gravité qui varient avec les changements de position du corps. Il perçoit les flux gravitaires.

Le système vestibulaire participe aux réactions de réajustement postural via les voies vestibulo-spinales qui se basent dans l'oreille interne. L'oreille interne capte les variations de vitesse créées par la pesanteur et les mouvements actifs ou passifs (11). Les capteurs de l'oreille interne sont les suivants :

- Les canaux semi-circulaires : pour les variations d'accélération liées aux mouvements de la tête.
- Les otolithes que l'on retrouve dans les saccules et utricules participent à l'équilibre en percevant les accélérations constantes. Ils participent au contrôle du tonus axial.

Les noyaux vestibulaires du bulbe rachidien reçoivent les informations sensorielles provenant du système vestibulaire, de la vision, de la proprioception et du tact. Ils permettent la transmission de ces informations aux noyaux thalamiques qui participent au traitement des informations somato-sensorielles et aux zones corticales.

Le système vestibulaire participe à la localisation et à l'orientation dans l'espace des différents segments du corps. Il permet le contrôle de la trajectoire d'un geste et de nos actions prises dans leurs interactions avec l'environnement. Enfin, il participe à la perception que nous avons de notre verticalité.

5. L'espace péri-personnel (EPP)

BRAIN va parler de l'espace péri-personnel comme d'un espace proche du corps et de l'espace extra-personnel comme d'un espace éloigné. (41)

"L'EPP est défini comme la région de l'espace situé aux environs **proches** du corps et dans lequel les **objets peuvent être atteints et manipulés**. La notion d'espace extra-personnel réfère à l'espace au-delà, celui qui implique l'exploration par mouvements oculaires. "

POINCARÉ, conclut de ses expérimentations, que les objets sont localisés en fonction de l'action, du mouvement qui doit être réalisée pour les manipuler. C'est ce que GIBSON nomme "affordance". La perception est indissociable de l'action.

Il a été démontré que l'utilisation d'objets pour agir sur des objets en dehors de l'EPP, modifié la perception du corps, avec par exemple une sensation de membres plus long ou large. De plus, DI PELLEGRINO considère que la présence d'une personne dans l'espace extra-personnel rétrécit la représentation de l'EPP.

Il est **indissociable** de la **relation avec l'autre** et du **dialogue tonico-émotionnel**.

L'EPP **se construit en lien avec l'acte moteur** et est à son service, dans un lien étroit avec l'espace environnant. Cependant, PIREYRE nous précise que l'EPP ne doit pas être confondu avec l'espace de préhension, qui implique les membres supérieurs, décrit par BULLINGER. L'EPP "implique tout le corps et modifie la représentation corporelle dans le mouvement global".

L'EPP est **indissociable de la sensori-motricité**. Ce sont les informations tactiles, visuelles et auditives présentes à proximité du corps, qui en se projetant sur les neurones multisensoriels du réseau fronto-pariétal, vont modifier les représentations des membres au niveau du cortex moteur grâce aux neurones du cortex prémoteur inférieur.

D'après Pireyre, l'EPP implique l'action de la kinesthésie et des modalités sensorielles. Ce qui participe à la modification des représentations corporelles dans le mouvement global et plus particulièrement lors de la préhension.

L'EPP fait ainsi le lien entre schéma corporel, espace, action et plasticité.

Le schéma corporel est donc un **support à l'instrumentalisation du corps**.

Il s'étaye sur des fonctions sensorielles telles que la proprioception, le visuel et le vestibulaire.

Un déficit de leurs intégrations impacte son développement selon AYRES et in fine la planification du geste. (33)

Le système sensoriel s'associe aux effecteurs neuromusculaires et aux systèmes de commandes du corps pour aboutir à cette notion de corps agissant.

Nous allons maintenant voir comment l'expérience sensori-motrice, le coupable entre perception et action aboutit à la structuration du schéma corporel chez l'enfant typique.

C. Comment se structure le schéma corporel chez l'enfant typique ?

Le développement de l'enfant s'effectue au travers de la relation à soi, à l'autre et à l'environnement. C'est une découverte dynamique qui passe par différentes étapes.

1. La période in utéro : une première découverte du corps

Dès la période in utéro le fœtus découvre et expérimente sa motricité. Il est en mouvement, peut changer de position et de posture. (50)

Le réflexe de Hooker est désigné comme la première coordination sensori-motrice qui permet au fœtus de se rencontrer. Il se décompose en deux temps : d'abord, le fœtus vient porter sa main à ses lèvres ce qui provoque l'ouverture de la bouche, puis c'est la langue qui va à la rencontre de la main. Le fœtus développe ses coordinations mains-bouche en suçant son pouce, ses coordinations bi-manuelles et celles entre ses mains et son corps. Le sens tactile est le canal principal d'exploration.

B.CYRULNIK considère le schéma corporel comme inné. Il s'intéresse à la maturité du système sensoriel du fœtus et fait le constat que la fixation visuelle et la poursuite du regard sont présents in utéro. Il est aussi capable de réagir aux sons, les basses fréquences encouragent son exploration.

2. De 0 à 3 mois : le corps subi

Ce sont les expériences sensori-motrices de l'enfant dans son rapport au monde qui viennent accompagner la maturation sous-corticale.

WALLON parle "d'**impulsivité motrice**", pour désigner cette incapacité à contrôler sa motricité et la présence de gestes non coordonnés et non orientés. Le schéma corporel, n'est alors pas suffisamment structuré pour soutenir une motricité efficiente.

Il prend sa source dans la bipolarité tonique vécue par l'enfant et les premières expériences de dialogue tonico-émotionnelle avec l'entourage. La disparition des réflexes archaïques marque le signe d'une maturation neurologique.

Le nouveau-né est soumis aux différents flux sensoriels :

- Les flux gravitaires et la sensation nouvelle de pesanteur l'invitent à organiser ses mouvements de manière efficiente en s'appuyant sur ses fonctions toniques et posturales.

- D'après BULLINGER, la vision périphérique participe à la perception et à la modulation des mouvements et déplacements de ses segments corporels en association avec la sensibilité profonde.
- D'après SCHMUCKLER et JEWELL dès trois mois, il existe une capacité à reconnaître les correspondances visuo-proprioceptives lors de la réalisation d'un mouvement. Ce qui laisse supposer l'existence d'un schéma corporel primitif.
- On peut ajouter le rôle que viennent jouer les flux tactiles, olfactifs et sonores dans le développement psychomoteur de l'enfant.

La perception de l'environnement influence les réponses motrices. C'est ce qui progressivement permet de percevoir le corps comme "un organisme articulé" mobile.

3. De 3 mois à 3 ans : le corps vécu

Le cortex cérébral et les structures neurologiques sensorielles continuent de mûrir. La répartition du tonus est de plus en plus harmonieuse. L'intelligence sensori-motrice s'affine.

Il développe son répertoire moteur et postural, ses coordinations oculo-manuelles et ses praxies.

Il commence à manipuler l'environnement au service de ses désirs. C'est ce que Bullinger désigne sous le terme d'**espace des gestes** qui permet d'apprécier la mise en place d'un schéma corporel fonctionnel, soutien de l'action. Dès quatre mois, les nouveaux-nés peuvent déterminer s'ils peuvent saisir un objet ou non. Ils connaissent la taille de leurs bras. (50)

Les flux sensoriels en relation avec le **tonus** organisent l'espace de préhension et les conduites instrumentales afin d'explorer et de manipuler les objets. D'après WALLON **la fonction tonique sert de point d'appui aux fonctions instrumentales**, comme celle du schéma corporel. Le tonus permet **l'édification de l'axe** et la **qualité des appuis** à partir desquelles **se projettent les gestes**.

Le nouveau-né répète ses gestes et coordinations sensori-motrices. Il développe des schèmes sensori-moteurs efficaces aboutissant aux premières représentations de l'organisme en action. (11)

Vers ses 2 ans, il étend ces schémas intériorisés à de nouvelles situations.

C'est le "tâtonnement expérimental" selon FREINET.

BULLINGER estime que le schéma corporel est fonctionnel lorsque **le geste devient au service de l'action**. C'est "l'effet spatial des gestes".

La proprioception est encore immature, l'enfant perçoit son corps comme morcelé. Il peut observer ses membres en mouvements générant des afférences visuelles qui se couplent aux proprioceptives pour construire son schéma corporel et son sentiment d'unité.

Son répertoire moteur est enrichi grâce aux **neurones miroirs** par l'observation des personnes qui l'entourent. D'après VAN ELK, ils sous-tendent la capacité de transformer des informations visuelles en capacités motrices. Il peut faire le lien entre son corps et celui d'autrui ce qui lui permet de **reproduire un geste**. Il construit la **connaissance topologique** de ses membres.

Enfin, le **portage**, le **dialogue tonique** et l'**expérience affective** auprès de ses figures parentales participent à l'unification de ses sensations.

Ainsi, il peut à l'âge de trois ans identifier les parties de son corps qu'il maîtrise de mieux en mieux. L'enfant construit progressivement une carte de son corps. Il perçoit comment est configuré son corps et comment s'organisent ses différentes parties, leurs tailles,...

4. De 3 à 7 ans : les discriminations perceptives

C'est au travers du jeu, de l'exploration que le répertoire gestuel et les praxies se développent.

Le **développement du langage** accompagne les représentations du corps au travers de la dénomination des parties du corps. L'emploi de termes **somatognosiques** encourage le symbolisme et le développement des représentations. A six ans, il a une bonne représentation topologique du corps.

En ce qui concerne la maturation des substrats neurophysiologiques, les zones pariétales et somato-sensorielles sont encore trop immatures pour que la proprioception soit la modalité principale. Jusqu'à sept ans les **flux visuels** participent majoritairement à la structuration du schéma corporel de l'enfant. Le cervelet permet de consolider les représentations du corps en action. L'**immaturité proprioceptive** ne permet pas à l'enfant d'avoir une perception juste de la position et des dimensions de ses différents segments corporels. (41)

Cependant, la conscience de son corps dans l'espace s'affine grâce à l'enrichissement de sa motricité et de son ajustement postural et la **mise en place de sa latéralité**. Cette discrimination perceptive est marquée par la faculté de différencier sa droite et sa gauche vers l'âge de sept ans. (49)

5. De 7 à 12 : la représentation mentale du corps en mouvement

Il construit progressivement une représentation de son corps au travers d'une synthèse entre expériences motrices, informations proprioceptives, visuelles, vestibulaires et régulation tonique.

C'est à partir de sept ans que les systèmes proprioceptif et vestibulaire montent en puissance. Vers dix ans il existe une coordination entre le système visuel, vestibulaire et proprioceptif. Il faudra attendre la fin de l'adolescence pour que la proprioception soit majoritaire. Grâce à elle, il intègre son corps anatomique.

Le système vestibulaire permet de faire le lien avec le système visuel qui sert de soutien. (41)

BULLINGER, ajoute que la proprioception en association aux modulations tonique offre un feuillet interne, participant ainsi à la prise de conscience de l'enveloppe corporelle. Les organes extérocepteurs représentent le feuillet externe. L'ensemble soutient la différence entre le dedans et le dehors, les limites corporelles. (11)

A douze ans, la maturation cérébrale permet à l'enfant de posséder un schéma corporel dit fixe.

Le développement du schéma corporel est une **construction neuromotrice progressive** passant par différents stades **permis par la sensorimotricité, la perception et l'action**. C'est ainsi que les représentations spatiales du corps en mouvement se construisent.

Je me permets de faire un pas de côté, pour énoncer que la construction du petit individu et de son schéma corporel est **indissociable** de la distinction dedans-dehors, des affects et émotions, de l'image du corps, de la construction de l'espace et de la spatialisation du corps, de la temporalité et du rythme entre continuité et discontinuité. Elle s'exerce au travers du dialogue tonico-émotionnel et d'une relation sécurisée avec ses parents, ce qui lui permet d'explorer en toute sérénité. (49)

Le schéma corporel s'offre comme une **structure stable**, une entité, un socle que nous partageons tous et qui permet une **instrumentation du corps unifié aux services de nos actions**.

Il est indispensable à l'efficacité des praxies, à la motricité globale et fine.

Afin d'en déterminer sa structuration, le schéma corporel fait l'objet d'une évaluation au cours de la passation du bilan psychomoteur.

D. Quelles évaluations du schéma corporel ?

L'évaluation du schéma corporel repose sur plusieurs **tests standardisés**. Cependant, il est important de noter qu'ils sont eux aussi dépositaires de la confusion qui a longtemps plané sur la définition de cette fonction psychomotrice. (55)

Cette évaluation demande de garder à l'esprit que le schéma corporel ne se réfère pas uniquement à la connaissance du corps, sa sémantique (vocabulaire et but fonctionnel) et la capacité d'être conscient de sa structure. Ce que l'on regroupe sous le terme de **somatognosie**.

F.VINCENT nous rappelle qu'il est une donnée sensorielle. Ainsi, les troubles qui s'y réfèrent renvoient à un défaut de coordination entre proprioception-vision-équilibre.

Une évaluation du schéma corporel et de sa structuration prend en compte le **niveau de maturation neurologique**, la **somatognosie**, la **topognosie**, la **practosomatognosie**, **l'intégration** et **l'orientation** dans l'espace.

Connaissance et perception du corps	
Schéma corporel révisé - MELJAC C. ; FAUCONNIER E. ; SCALABRINI J.	3 ans à 11 ans. Par l'utilisation de puzzle on voit si l'enfant peut reconnaître, nommer, localiser les différentes parties du corps et du visage avant de le construire.
Somatognosie - Bergès-Lézine	Nominations et désignations des différentes parties du corps sur soi et autrui.
Orientation et organisation spatiale du corps	
Orientation droite/gauche - Piaget	Échelle de développement de 6 à 14 ans. Se compose d'une série de questions qui porte sur la reconnaissance droite et gauche sur soi, autrui et entre 3 objets. Sa réalisation nécessite une intégration du schéma corporel latéralisé.
Test de Head : oeil/main/oreille	Échelle de développement de 6 à 14 ans. Se décompose en imitation de mouvements (9ans), en exécution sur ordre oral (7ans) et reproduction de schémas(10ans).
Evaluation de la motricité gnosopraxique distale - Bergès-Lezine	Ce test étalonné de 4 à 7 ans 11 mois propose des imitations de gestes des doigts, mains et bras. Il renseigne également sur les coordinations motrices
Epreuve du sens musculaire - Soubiran	Reproduire les yeux ouverts puis fermés un mouvement imprimé par le psychomotricien.
Représentation du corps	
Dessin du Bonhomme - Goodenough ou Royer	Goodenough : de 3 à 99 ans. Pendant un temps déterminé un QI. Royer : de 3 ans et demi à 12 ans et demi. On demande le plus beau dessin, faisant appel au narcissisme.

L'épreuve du sens musculaire proposée par Soubiran permet d'évaluer la proprioception de l'enfant. L'épreuve doigt-nez ou l'on demande à l'enfant les yeux fermés de venir toucher le bout de son nez avec le bout de ses doigts offre aussi un aperçu des compétences proprioceptives.

On pourrait investiguer la faculté de prendre une posture sans avoir vu l'organisation motrice nécessaire ainsi que la faculté à déterminer la localisation et position des différents membres dans l'espace, c'est-à-dire la **topognosie** ? Quelles représentations visuo-spatiales du corps à l'enfant ?

Qu'en est-il des capacités **practosomatognosique** ? L'enfant peut-il reconnaître les mouvements ? Ce qui nécessite d'avoir une connaissance du corps particulièrement bien construite.

L'évaluation du schéma corporel se fait aussi de **façon transversale** avec l'appréciation des équilibres, coordinations, régulation tonico-posturale, des praxies et de la motricité globale. Comment l'enfant organise-t-il ses gestes ? Son corps est-il au service de sa motricité et de l'action ?

En effet, pour DEFONTAINE un déficit du schéma corporel impact la réalisation d'action ayant un but, il serait à l'origine de perturbations praxiques.

L'ensemble de ces bilans sont construits à partir d'une population dite typique, en l'absence de troubles spécifiques, ce sont des **tests développementaux**. Ils nous permettent de comparer la population que nous prenons en soin à la norme. Une norme au sein de laquelle il peut exister une variabilité de profil. La passation de ces bilans et la cotation que nous en faisons doivent être systématiquement remises en perspective avec nos observations pour accompagner au mieux la présence d'un déficit potentiel.

E. Accompagner le déficit de la structuration du schéma corporel en psychomotricité

Dans le cadre de notre profession, nous sommes amenés à rencontrer des individus dont le schéma corporel n'est pas structuré de sorte à ce qu'ils vivent leur corps au service de leur motricité. Le corps peut sembler désorganisé. Cette structuration diffère de celle de l'enfant typique et peut faire l'objet de différence inter-individuelle comme chez l'enfant avec un TDI. Cette population est limitée par les déficits qu'elle présente et en parallèle, il arrive que les fonctions instrumentales ne permettent pas de servir le psychisme.

Notre pratique doit dans un premier temps considérer l'unicité de l'individu en se détachant de la volonté de mettre en avant des étapes développementales spécifiques à une population.

Un regard particulier peut-être porté sur la maturation cérébrale qui accompagne le développement de l'enfant avec un TDI. Le schéma corporel de façon typique serait fixé à l'âge de 12 ans. Or si au travers du bilan nous faisons l'hypothèse qu'un enfant présente un âge développemental inférieur, sa maturité cérébrale lui permet-elle d'avoir un schéma corporel fonctionnel ?

Le schéma corporel se structure au cours du développement de l'enfant et un manque d'exploration sensori-motrice lors de cette période est à prendre en considération chez les enfants que nous accompagnons. Tout comme l'absence d'une relation suffisamment sécurisée pour investir la découverte de leur corps et de l'environnement.

BULLINGER nous dit qu'un déséquilibre entre les signaux de la sensibilité profonde et tactile peut entraver le développement de la fonction proprioceptive. De même les signaux vestibulaires peuvent être impactés par des appuis instables. Or, le schéma corporel s'édifie et fournit des informations sur les sensations proprioceptives, visuelles et vestibulaires.

Ainsi, un déficit des réseaux neuronaux ou de coordinations entre ces systèmes sensoriels peut expliquer un défaut de structuration du schéma corporel. La mise en place des coordinations et des praxies sera alors fragile.

C'est l'ensemble des différentes étapes que nous avons balayées plus tôt qui peuvent être impactées.

Un accompagnement en psychomotricité de l'enfant avec un TDI visera, entre autres, à soutenir la mise en place de cette représentation interne du corps agissant.

Comme l'a expliqué JEANNEROD, les mouvements et changements de position produisent des informations sensorielles qui parviennent à la conscience sous forme d'images. Ces images nourrissent le schéma corporel défini par les auteurs comme plastique et résultant d'expériences sensori-motrices.

La psychomotricité propose alors de faire vivre diverses conduites sensori-motrices qui se basent sur le couplage perception-action permettent de relancer le triptyque sensations, perceptions et représentations. Ces nouvelles expériences motrices enrichissent les capacités perceptives stockées dans la mémoire. De nouvelles capacités motrices qui à leurs tours influencent la motricité.

Dans le cadre du soutien à la structuration du schéma corporel chez l'enfant avec un TDI, nous nous appuyerons sur une mise en forme du corps via l'utilisation de flux sensoriels générés par le mouvement, les gestes et les praxies. Le tout permettra de donner de meilleurs appuis posturaux, une meilleure régulation tonique et stabilité posturale offrant ainsi la possibilité de réajuster les conduites instrumentales. (30)

C'est dans l'interaction, la relation avec soi et l'autre qui s'exerce dans un cadre contenant et sécurisant qu'un vécu régressif est possible. Ainsi, nous proposons à l'enfant avec un TDI de se reconnecter à son corps vécu, dans une découverte dynamique. Il lui sera alors plus aisé de revivre certaines étapes retrouvées lors du développement de l'enfant.

Il pourra par exemple faire l'expérience de la contenance foetale et revivre la motricité archaïque du nouveau-né par le biais d'extension, flexion, rotation,... Nos propositions pourront également offrir la possibilité de vivre un dialogue tonico-émotionnel suffisamment porteur pour expérimenter librement.

Ces instants se répètent afin que les flux sensoriels provoqués stimulent les différents réseaux neurologiques et sensoriels sur lesquels s'édifie le schéma corporel. Cela permettra in fine de produire des réponses motrices adaptées.

Nous serons attentifs aux propositions proprioceptives, visuelles et vestibulaires afin de soutenir le développement instrumental du corps. Nous y ajouterons la description du mouvement en faisant appel à l'emploi du vocabulaire somatognosique et soutiendrons la personne dans la mise en mots de ses éprouvés sensoriels et moteurs. Les sensations et perceptions nouvellement vécues viendront enrichir les représentations du corps en mouvement, les images mentales, la compréhension que l'individu a de lui, de son corps et de son environnement. Le jeune pourra ainsi plus facilement considérer son organisme comme point d'appui de sa motricité et de l'action.

Nous veillerons à donner à l'enfant une place centrale en tant qu'acteur de son développement et de sa prise en charge. Nos propositions se baseront sur l'ensemble des pré-requis que nous avons pu définir dans le cadre de l'accompagnement d'un jeune avec un TDI. Il est essentiel que les activités proposées soient ludiques, invitent au plaisir moteur, à la détente et au bien-être de tous.

Enfin, le décret d'acte du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice stipule que les psychomotriciens sont habilités à accomplir la : "Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination". (14)

Parmi ces troubles, ceux du schéma corporel sont cités. Le psychomotricien s'appuie alors sur diverses techniques ou médiateurs faisant appel à l'approche sensori-motrice pour viser la rééducation.

Je propose ici d'illustrer cette démarche en m'appuyant sur mes expériences vécues en stage. J'ai pu y employer le médiateur yoga en séance de groupe et en séance individuelle.

Chapitre 3 : L'utilisation d'une médiation en psychomotricité : le yoga

La psychomotricité porte son regard sur la complexité et l'unicité de l'individu, l'emploi de médiations s'offre comme une réponse à l'accompagnement des personnes que nous rencontrons.

Le médiateur peut être un objet concret (jeux, papier, eau,...), un objet culturel (peinture, théâtre, musique,...) ou une technique corporelle (danse, relaxation, escalade,...). Il existe autant de médiateurs possibles que de psychomotriciens ou de personnes à accompagner. (45)

L'enjeu du médiateur est de favoriser le travail thérapeutique. Au sein de l'IMP, il est vecteur de relation et doit présenter pour les jeunes un aspect motivationnel qui favorise leur implication.

C'est dans ce but que s'est positionnée ma proposition du médiateur "yoga".

A. La médiation corporelle en psychomotricité

1. Comment définir la médiation et quels sont ses objectifs ?

C.POTEL nous dit que " La médiation est ce qui sert d'**intermédiaire entre soi et l'autre**". C'est une activité que nous inscrivons dans un espace, un temps, un cadre thérapeutique sécurisant et contenant. C'est un **espace de relation**, de rencontre à l'autre et à soi. (44)

C'est dans ce cadre que la médiation permet de faire expérimenter le rythme, l'espace, la sensorialité, la communication, l'écoute, le regard, le portage, le mouvement, l'expression de soi et la relation. Elle comprend le vécu de l'expérience corporelle et sa mise en mots. Une mise en mots qui lie sensations et éprouvés, nourrit le développement des représentations et la construction psychique au service de la subjectivité.

Le processus thérapeutique de la médiation ne se situe pas uniquement au sein des qualités intrinsèques du médiateur.

Pour résumer C.POTEL nous livre **trois objectifs** de la médiation :

- Proposer à l'individu de vivre diverses expériences qui enrichiront ses sensations et représentations
- Proposer un étayage relationnel structurant afin de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique
- Permettre la transformation des éprouvés en représentations.

2. Comment s'effectue le choix de la médiation ?

Le choix de la médiation représente un enjeu majeur. Il va dépendre de la formation du psychomotricien et de son vécu avec le médiateur.

L'objectif n'étant pas l'apprentissage du médiateur ou sa connaissance technique.

L'attrait et la volonté de partager le plaisir éprouvé par le psychomotricien ne sont pas suffisants à ce choix.

Il est soutenu par l'implication créative et corporelle d'un professionnel qui pense selon les personnes qui vont en bénéficier. C'est elles que le médiateur doit séduire. (45)

Le choix du médiateur est donc au carrefour entre affects du psychomotricien pour ce dernier et le plaisir du patient afin de mener à bien son processus thérapeutique. Un processus qui permet au patient de s'impliquer pour répondre à l'une de ses problématiques.

C'est dans un cadre personnalisé aux besoins et aux axes de prises en charge que la médiation viendra soutenir les représentations.

Mon choix du médiateur yoga s'est effectué au regard de ces éléments. Nous allons désormais voir plus en détail son intérêt psychomoteur.

B. Pourquoi le choix du yoga au sein de l'IMP ?

Le yoga pourrait être considéré comme une approche somatique. Au travers du mouvement, il va proposer une expérimentation sensorielle, motrice, cognitive et affective dans une relation à soi et à l'environnement. En se dégageant de la performance du geste, c'est sur la conscience corporelle au cours de l'expérience que l'attention est invitée à être portée afin de soutenir les représentations du corps dont celle du corps agissant.

1. Les racines ancestrales du yoga

Le yoga de son étymologie Sanskrit renvoie à "l'union", celle entre le corps et l'esprit, faisant ainsi écho aux principes de la psychomotricité. Il engage un travail d'unification entre le corps et l'esprit.

Cette pratique est née dans le berceau de l'Inde au VII^{ème} siècle avant J.-C. Il se profile comme "voie de libération" en réponse à des questionnements sur la souffrance dont l'origine se situe dans un enchaînement de causes et d'effets complexes, enfermant l'être humain dans un cercle vicieux. Il a pour but de se libérer du Karma, c'est-à-dire de la loi de cause à effet.

Patanjali au travers de 195 aphorismes fait la synthèse du yoga dans les Yoga-sûtras. D'après lui, la finalité du yoga est le "Samadhi", un état où nous sommes libérés de nos automatismes de comportements et de pensées, pour ne faire qu'un avec la vie, en acceptant qu'elle se modifie.

Patanjali parle du Centre, le Soi, l'Atman tant de synonyme utilisé pour désigner la source d'amour, de vie et de créativité que nous avons tous en nous. (39)

Le corps est considéré comme un révélateur des pensées et des émotions.

Avec le temps, l'Homme occidental s'est emparé de cette pratique et l'a démocratisé, dans une volonté de reconnexion à soi, à son corps et à ses émotions. Le yoga est devenu un moyen psycho-somatique permettant de "pallier les effets pervers de la modernité", dans une poursuite du bien-être et du bonheur. (51)

Patanjali a défini 8 membres du yoga qu'il regroupe dans sa pratique (39) : l'Ashtanga yoga :

- **Les yamas** : règles de vie dans la relation aux autres.
- **Les niyamas** : règles de vie dans la relation à soi.
- **Les asanas** : ce que nous connaissons le mieux dans la culture occidentale : les postures. Les asanas amènent à une découverte du juste milieu, de l'équilibre entre le faire et le lâcher prise, entre l'effort et la détente.
- **Les pranayamas** : permettent "l'arrêt des perturbations de la respiration". " Les mouvements de la respiration sont l'expiration, l'inspiration et la suspension.
- **Pratyahara** : le retrait des sens qui permet l'accès à l'écoute intérieure.
- **Dharana** : l'exercice de la concentration de l'esprit.
- **Dhyana** : la méditation où l'attention est portée sur un point.
- **Le Samadhi** : l'état d'unité.

Nous pouvons voir que d'une certaine façon psychomotricité et yoga se rejoignent dans leur considération de l'être humain.

2. Une pratique psychocorporelle

Le terme “psychocorporel” regroupe d’après B.LESAGE l’ensemble des pratiques qui se situent dans un triptyque entre techniques de travail corporel, méthodes thérapeutiques et développement personnel. (32)

Le yoga en tant que pratique psychocorporelle s’appuie sur un mode d’action essentiellement **non-verbal** passant par **l’engagement gestuel, postural, sensoriel du corps**. L’attention et la conscience sur l’action concourent à l’enrichissement des états corporels et du répertoire postural. C’est une invitation à **prendre conscience de ce qui se joue dans son corps, à vivre son corps en action**, et cela, afin de soutenir la **subjectivité** de chacun.

3. Le yoga comme proposition psychomotrice en soutien à la structuration du schéma corporel

L’emploi du yoga, pratique psychocorporelle, comme médiateur en psychomotricité s’offre comme une proposition sensori-motrice permettant de soutenir le processus d’instrumentalisation et le plaisir du corps en séance. Dans le développement de cette partie, je m’appuie uniquement sur les versants asanas et pranayamas de la pratique.

3.1. Proprioception : sensibilité musculaire et respiration

Le répertoire d’Asanas proposé entraîne une **diversité d’informations proprioceptives** qui vont renseigner sur la position dans l’espace des différents segments et les rapports qu’ils entretiennent entre eux. Ils permettent de porter l’attention sur la kinesthésie en faisant varier l’amplitude, la vitesse et la direction du mouvement.

Pour cela, ce sont les mécanorécepteurs présents dans le muscle, les tendons, les articulations tantôt pliées tantôt tendues qui sont stimulés permettant la transmission d’informations proprioceptives au réseau sensori-moteur, intégrées au niveau du système spécialisé du cortex pariétal postérieur et du réseau fronto pariétal.

La **proprioception** fait appel à la **fonction tonique et sensorielle** du muscle. Le muscle, organe riche en fibres sensibles, va éprouver en alternance des états de tension et de détente musculaire. De plus, le fuseau neuro-musculaire est sensible à l’étirement que l’on retrouve particulièrement dans les postures de yoga.

Le yoga permet de renforcer la **régulation tonico-posturale**. En effet, le tonus de fond, postural et d'action doivent soutenir les coordinations musculaires entre les différents espaces du corps pour réaliser et maintenir les postures.

Nous pouvons aussi considérer l'utilisation des pranayamas afin de stimuler l'ensemble du système **respiratoire**. La proprioception de la cage thoracique, soumis au rythme du diaphragme, est ainsi réveillée.

Nous savons que la respiration joue un rôle dans la régulation tonique. L'expiration permet d'apaiser les tensions, tant dit que l'inspire peut-être utile pour les construire. Il ne s'agit pas toujours de détente tonique, en pratique psychomotrice, la posture se doit souvent d'être construite. (31)

D'un point de vue neuro-anatomique, tonus et respiration agissent en co-modalités. La respiration est imprégnée de notre vécu relationnel et émotionnel. Les émotions peuvent transparaître sur le tonus. Ensemble, ils permettent une lecture du corps et des émotions.

La respiration accompagne dans l'apaisement, dans **la conscience de soi et de son unité corporelle**. Elle soutient le vécu, **le sentiment de continuité d'existence**.

3.2. Système visuel : observation du mouvement et neurones miroirs

Le système visuel participe à la perception et au contrôle du mouvement.

Lors de la réalisation des postures, il pourra agir selon deux modalités :

- Il permettra d'**observer** dans un premier temps en se basant sur la vision périphérique **ses propres mouvements**. Cette observation se réalise dans l'action, le changement et la prise de posture et permet son rétro-contrôle afin d'en corriger la justesse. La vision sert d'appui à la localisation des différents membres en se coordonnant à la proprioception et au système vestibulaire.
- Il permet également le **maintien de la posture** en lien avec le système proprioceptif et vestibulaire. Nous observons que fixer un point devant soi permet de la stabiliser.

L'ensemble des expériences proposées se situent dans le couplage entre la perception et l'action et peuvent se faire en rapport avec **l'observation d'un autre**. Nous pouvons reconnaître et comprendre le mouvement réalisé. Le mouvement humain est perçu grâce à l'association des réseaux du système visuel avec ceux de l'information sensori-motrice.

Cette fonction est possible grâce aux neurones miroirs qui sont "activés à la fois lors de l'observation d'une action et lors de l'exécution d'une action identique ou similaire" (19). Leurs activations sont en lien avec le système moteur.

Il a été montré que voir la réalisation d'un mouvement vient activer les mêmes régions du cortex prémoteur, comme si l'observateur réalisé lui-même le mouvement soutenant ainsi la plasticité cérébrale. Cette activation améliore les performances d'exécution, la précision et la capacité à anticiper le mouvement. C'est ce qui se déroule lors de la pratique du yoga en groupe.

3.3. Système vestibulaire : axe corporel et équilibre

Les postures de yoga proposent un répertoire qui alterne entre regroupement, extension, rotations et asymétries. L'ensemble des membres, ainsi que la tête, le cou et le tronc qui constituent l'axe corporel sont impliqués. C'est l'ensemble qui est mis en mouvement grâce à la musculature environnante organisée autour de son rapport au bassin et aux appuis. Les capacités toniques sont enrichies ce qui permet un développement du tonus axial et postural. Le tonus axial accompagne le rapport à la verticalité et permet de lutter contre la gravité. Il est en étroite coordination avec la respiration et sa fonction pneumatique. D'après BULLINGER un tonus axial efficient permet d'unifier l'espace du corps, de préhension et l'espace environnant.

Le système vestibulaire est essentiel au contrôle du tonus axial.

Le schéma corporel étaye et s'étaye au travers du passage de la posture dorsale à ventrale, assise, debout et verticale. En séance de psychomotricité, il peut être intéressant de refaire vivre cette motricité primaire, cette alternance entre déséquilibre et équilibre tonique, l'exploration des appuis au sol et de la répartition du poids du corps.

Ainsi, le schéma corporel ne peut se travailler sans solliciter l'axe corporel soutenu par une tonicité adaptée, les gestes et la posture y trouvant un point d'appui. L'ensemble vient participer au sentiment d'unité corporelle, de continuité d'existence et de subjectivité.

Ce rapport à l'axe vertébral et vertical amène à penser la question de l'équilibre et du déséquilibre. Le système vestibulaire renseigne lui aussi sur la position des différentes parties du corps, leurs déplacements et directions. Les changements de posture amènent à un déplacement du centre de gravité et proposent de placer la tête dans différents plans de l'espace stimulant l'oreille interne.

Des postures statiques dites d'équilibres sollicitent le système vestibulaire et son contrôle.

Enfin, il est indispensable à la coordination des informations sensorielles perçues par le système proprioceptif et visuel.

3.4. L'espace péri-personnel

Une approche en yoga se présente comme une proposition de mouvements globaux, impliquant tout le corps. Cette proposition peut ainsi s'adresser à l'espace péri-personnel comme espace proche autour du corps. Un espace qui pourra être exploré par l'expansion du mouvement qui s'adresse dans tous les plans de l'espace (vers l'avant, l'arrière, le haut, le bas,...). L'EPP est influencé par l'ensemble des modalités sensorielles présentes à proximité du corps et par les sensations kinesthésiques.

L'utilisation de postures de yoga ne recrute pas nécessairement les capacités de préhension de l'individu. Cependant, un objet peut toujours être utilisé dans cet objectif. En revanche, la présence de l'autre et un travail de yoga à plusieurs amène à penser l'apport de la relation et du dialogue tonico-émotionnel dans la modification de l'EPP.

L'ensemble de ces informations aboutira à une modification du schéma corporel et des représentations corporelles.

3.5. Une coordination des différents piliers

Lorsque nous considérons le développement psychomoteur, les différentes fonctions sont toujours intriquées. Ainsi un travail du schéma corporel au travers de la médiation yoga peut également faire entrer en jeu :

- Le rapport à **l'espace** : l'individu s'intègre dans l'espace du geste, l'espace du corps et celui qu'il occupe vis-à-vis de son environnement. En parallèle, le répertoire topologique peut-être enrichi en soutien à l'orientation spatiale. Les flux visuels enrichissent la structuration spatiale.
- **L'espace du corps** et la **latéralité** sont soutenus par la proposition de postures latéralisées.
- La **rythmicité** du mouvement s'exprime dans l'alternance entre contraction et détente, entre dynamisme et stabilité.
- La **motricité globale** : il faut pouvoir percevoir, se représenter et planifier le mouvement ce qui participe au développement d'une motricité plus efficiente.
- Cette pratique invite à une appropriation des postures, à trouver l'équilibre entre la réalisation et **l'écoute de soi**. Cette écoute peut permettre d'impulser un élan de **créativité** au travers duquel l'enfant pourra s'exprimer, laisser libre cours à son **imagination**.
- Enfin, l'ensemble des valeurs véhiculées par le yoga participent en partie au **sentiment de sécurité essentiel pour explorer** et au **sentiment de bien-être**.

En résumé, au travers du vécu corporel, le yoga peut soutenir l'apprentissage moteur et participe à l'enrichissement du répertoire postural. Il engage les muscles agonistes et antagonistes dans une coordination motrice, intriquée au rapport spatio-temporel. Ainsi, fonctions exécutives, tonus, axe corporel, équilibre, coordinations et dissociations sont mis en jeu par cette médiation.

La réalisation des asanas entraîne une expérimentation de différents états dynamiques qui demandent une adaptation permanente du fait de la modification des appuis, du transfert de poids et de l'axe, de la modulation tonique à l'origine d'afférences d'informations proprioceptives, visuelles et vestibulaires sur lesquelles se structure le schéma corporel. Ce travail s'associe à l'écoute et au soin de soi, au vécu d'un sentiment de bien-être et de détente.

Un ensemble d'objectifs dont j'ai pu expérimenter la mise en pratique.

C. Les accompagnements à l'IMP

J'ai accompagné 5 adolescents au cours de mon stage, grâce à eux, j'ai commencé à forger mon expérience autour du médiateur yoga dans une remise en question perpétuelle. J'ai dû m'accorder, tâtonner pour adapter mes propositions. C'est dans l'écoute et la relation que de nouvelles perspectives se sont présentées afin d'accompagner la dynamique de changement dans laquelle s'inscrivent les jeunes de l'IMP.

Je vais ainsi vous présenter le groupe d'expression corporelle danse et l'accompagnement en séance individuelle de Marie.

1. Le groupe d'expression corporelle

1.1. Présentation de l'atelier

Le groupe d'expression corporelle a été co-construit par le psychomotricien et une éducatrice spécialisée de l'IMP en 2021. Ensemble, ils ont pensé le cadre et les objectifs de l'atelier.

1.1.1. Le cadre de l'atelier

Le cadre thérapeutique est essentiel en psychomotricité. Il accompagne dans l'exploration de ses capacités et de ses limites en offrant sécurité, contenance et tranquillité. (44)

Pour ce faire, il repose sur un niveau physique, spatio-temporel : l'atelier se déroule tous les jeudis de 13h30 à 14h30 dans le gymnase de l'IMP.

Le choix du **matériel** est simple : une enceinte pour la musique, des tapis de sol, des couvertures et parfois des rubans.

Il **se décline en trois temps** : un temps d'échauffements, de danse et de retour au calme.

Ce sont les adolescents qui, sous propositions de l'éducatrice et du psychomotricien, définissent le type de danse réalisée. Ils ont libre cours sur le choix des musiques.

Le cadre est aussi garanti par les figures qui l'animent et leurs regards bienveillants.

Le psychomotricien est impliqué corporellement au travers de son savoir être et de son savoir faire. Il est attentif, à l'écoute et se montre empathique. Ces facultés participent au sentiment de contenance.

Ce sentiment de contenance est aussi porté par les compétences de **l'éducatrice spécialisée**. Elle veille au respect des règles de l'atelier et de vie, au respect de l'un et de l'autre. Du fait, des difficultés de compréhension présentent ces usages ne prennent pas toujours sens, malgré la répétition. L'éducatrice repositionne et recontextualise le cadre de l'atelier afin que chacun y ait une place et un temps d'expression.

Le cadre doit rester souple tout en étant sécurisant afin de leur permettre de se libérer.

Ainsi, nous voyons le niveau psychique et relationnel sur lequel il repose.

Enfin, le cadre s'édifie sur le choix de séance en groupe et sur les personnes qui le constitue. Ici, **quatre adolescents sont mis en relation**. Ils occupent une place qui leur est propre.

Le choix de séance groupale repose sur la volonté de placer en son cœur la relation à soi et à l'autre. Le groupe s'offre comme un véritable espace transitionnel où les différentes expériences pourront être soutenus et accueillis.

1.1.2. Les objectifs de l'atelier

Au sein de l'atelier la danse est utilisée afin d'offrir aux jeunes un moyen d'expression, de communication dans la perception de leur corps et du mouvement.

Son expérimentation propose de trouver un espace d'apaisement où pourra se développer la fonction tonique, la conscience du corps. L'imaginaire, l'expressivité et la créativité y sont stimulés. Le rythme en tant que fonction psychomotrice y est également abordé.

Le yoga soutient et enrichit ces axes en proposant de développer la prise de conscience de l'axe, la régulation tonique, les coordinations générales, l'équilibre et l'organisation spatio-temporelle du mouvement, ainsi qu'un soutien à la structuration du schéma corporel.

L'ensemble permet aux jeunes d'expérimenter librement dans un espace et un temps où ils pourront libérer les tensions et exprimer leurs émotions, vivre un instant de détente et de bien-être. Nous cherchons à favoriser l'écoute de soi, la confiance et l'estime de soi.

La prise de plaisir doit être éminente et se retrouver dans la mise en jeu du corps, la rencontre à soi et à l'autre, dans le mouvement, la création et l'expression de soi.

Il était important pour moi de laisser la liberté de faire ou non, d'écouter son corps et sa motricité spontanée, ses besoins dans une invitation au lâcher-prise. L'expression du corps, sa sensorialité et sa motricité nourrissent la symbolisation et la construction du psychisme des jeunes du groupe.

La relation est au cœur de ce groupe thérapeutique et rééducatif, elle vient étayer la mise en forme des sensations, la transformation des éprouvés en représentations. Chez ces adolescents avec un TDI les difficultés relationnelles, nous l'avons vu, sont présentes cela se manifeste au travers de la communication non verbale, du regard, dans la façon de s'adresser. C'est aussi les limites de soi et des autres, la proxémie qui sont impactées. De plus, au cours de l'adolescence, la relation aux pairs et à l'adulte est essentielle. Ces éléments sont primordiaux à prendre en considération dans l'accompagnement d'adolescents présentant un trouble du développement intellectuel. C'est la confiance en soi et en l'autre que nous cherchons à développer au travers de cette recherche à la création du lien.

C'est en considérant ces intérêts et au regard des objectifs définis lors des PIA que les quatre jeunes que je vais vous présenter ont intégré ce groupe.

1.1.3. La présentation des participants

Je vais commencer par vous présenter Laura, Nina et Alma que je rencontre au sein de l'atelier lors de mon premier jour de stage. Elles m'ont intégré et accueillis au sein cet espace qui est le leur au mois d'octobre 2022. Dès les premières minutes, je suis marquée par la bienveillance et l'énergie qui circule entre elles, portée par leur joie.

Laura est née le 23 juin 2005. Elle est petite et menue pour ses 17 ans. Pour cause, une délétion interstitielle du chromosome 13 à l'origine d'un retard de croissance et de développement général. D'après son examen du QI, elle se situe dans la zone du déficit intellectuel moyen. Elle est bien apprêtée, semble soucieuse de l'image qu'elle renvoie et désireuse de plaire. Elle rit fort, sollicite l'adulte par la parole, manifeste sa peur d'être oubliée. Paradoxalement, le regard de l'autre semble la désorganiser, son flux de paroles vient pallier ses angoisses et sa peur du jugement. Elle est dans une ambivalence entre sollicitation et rejet. Lorsque je la regarde danser pour la première fois, j'observe une difficulté à se laisser aller. Pour fluidifier et enrichir ses mouvements, elle a besoin "d'oublier" notre présence, pour cela, elle ferme les yeux et se cache le visage avec ses mains. Un rire nerveux accompagne ce qui semble être un réflexe de protection.

Nina est née le 16 janvier 2006. Du haut de ses 16 ans, son hypotonie de fond et axiale modèle sa posture en enroulement. Bien que de corpulence normale pour son âge, son corps semble lourd à porter et à mouvoir. Ses sourires et ses yeux à demi-fermés sont l'expression de sa fatigue générale que déclenche son syndrome de Dravet à l'origine de crises d'épilepsie sévères impactant sa prise en charge au sein de l'IMP.

Le syndrome de Dravet débute dans la première année avec des crises prolongées et un épisode de fièvre. Son évolution est marquée par un retard psychomoteur et des troubles du comportement. L'organisation psychomotrice est marquée par une faiblesse des appuis au sol, une incoordination, des troubles de la motricité fine et un défaut du contrôle visuel ce qui entraîne des troubles posturo-cinétiques et des praxies. Des troubles attentionnels associés à de l'impulsivité sont également notés. (34)

Son examen du QI a conclu à un déficit intellectuel moyen (zone basse), en lien avec une mutation du génome au niveau PCDH19. Elle est porteuse d'une gastrostomie depuis octobre 2021, afin de faciliter la prise de ses traitements deux fois par jour. Un objet extérieur à son corps qui a sûrement eu un impact sur l'image de soi. Dans l'ensemble Nina, ne semble pas prêter attention à son apparence. L'image de soi semble désinvestie. Elle présente des troubles du comportement, qui peuvent rendre conflictuelles ses relations et a du mal à investir les différents temps qui lui sont proposés. En revanche, Nina lors de l'atelier accorde une importance majeure au choix de la musique, elle est responsable de l'enceinte ce qui la motive. Au quotidien, elle peut s'identifier à des objets, dont celui-ci. Lorsqu'elle danse, elle semble parfois manquer d'énergie, ses coordinations sont pauvres. Selon le rythme de la musique, sa danse libre est ponctuée de pas en avant et en arrière, de petits sauts.

Alma est née le 09 août 2004. Elle se tient droite, sourit poliment, est avenante et discrète. Elle semble chercher à faire plaisir à l'adulte. Ses cheveux cachent sa macrocéphalie. Il y a 18 ans, Alma naissait d'une grossesse gémellaire dans un contexte de souffrance néonatale à 27 SA. Une hypoplasie et une hydrocéphalie sont à l'origine de son retard de développement global. Elle a été traitée par la pose d'une valve ventriculo péritonéale. Son QI est établi à 75, ce qui la place dans la zone limite du déficit. Elle avait fermement refusé de participer à l'atelier en 2021-2022 ne voulant pas que d'autres la regardent danser. Ce refus souligne son grand manque de confiance en elle. Elle a finalement accepté au début de l'année scolaire 2022-2023 motivée par son affection pour la danse. Elle y prend du plaisir. Ses danses sont riches en coordinations et en dissociations. Mais ses propositions restent répétitives, bloquées dans un seul et même plan de l'espace. Sa timidité limite son expression.

Théo est le premier jeune avec lequel j'ai échangé au sein de L'IMP. J'avais été marqué par son enjouement. Il semblait déborder d'envie et m'avait invité au partage d'un jeu de société. Il a intégré le groupe d'expression au mois de mars 2023. Il avait formulé sa demande, intéressé par la danse et la musique. Deux médiateurs qu'il affectionne. Cette demande a été validée par l'équipe pluridisciplinaire qui l'a jugé adaptée à son projet de soin et de vie.

Théo est né le 06 mai 2007. Il présente une hypotonie globale qui est probablement le fruit de son épilepsie. Il a fait sa première crise à 11 mois et a été pris en charge très tôt par le secteur médico-social avec des soins en ITEP (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique), puis SESSAD avant de rejoindre l'IMP. Pour cause son retard global de développement et une déficience évaluée dans la zone du déficit moyen. Ces spécificités entraînent des difficultés de repérages dans le temps et dans les apprentissages scolaires. Théo peut présenter des troubles du comportement avec une certaine immaturité, ainsi que fabuler. Les conflits avec le cadre sont fréquents. Il présente une intolérance à l'autorité et à la frustration. Ce comportement peut s'expliquer par la présence d'un environnement familial sur protecteur.

Contrairement à Alma et Théo qui ont pris part au groupe cette année, Laura et Nina ont participé à sa naissance en septembre 2021. Leur cohésion participe à nourrir la dynamique groupale. Chaque séance se base sur l'écoute de leurs envies et besoins dans l'objectif de servir leur plaisir moteur, leur bien-être en les aidant à s'accomplir.

1.2. Le temps des séances

Lors de mes premiers jours de stages, je rencontre Laura, Nina et Alma sur des temps informels et lors de l'atelier. Je prends part à l'ensemble des propositions de danse. J'apprends ainsi à les connaître. Une relation de confiance commence à se créer entre nous. Je continue d'être émerveillé et ému par l'énergie du groupe. Ces moments de partage sont un prémisses aux temps de yoga.

1.2.1. Le temps de la découverte

Introduction et cadre de mes propositions

Mes premières propositions de yoga se sont faites au mois de novembre. Théo n'est pas encore à nos côtés. Elles viennent remplacer le temps d'échauffements pour une durée de 15 minutes. Je m'axe alors sur la découverte de postures.

J'utilise des cartes, que vous trouverez en annexe, afin d'offrir un support visuel constant. Elles rendent l'exercice prévisible et offrent la possibilité de faire à son rythme même quand je ne suis plus présente en modèle. J'y associe une description verbale et analytique des postures.

Cette association permet d'enrichir la somatognosie et la topognosie qui nourrissent le schéma corporel. Je prends également le temps de corriger la justesse de leur posture.

Le support musical n'est pas utilisé afin qu'il reste repéré au temps de danse.

Dans les premiers temps, j'avais pensé ce moment comme un éveil corporel pour la suite de l'atelier. Les postures commençaient au sol (assises ou couchés) pour aller vers plus de mouvements. Au fil des rencontres, j'ai dû me détacher de ce que j'avais pré-conçu et faire évoluer mes conceptions. Je me suis par ailleurs questionnée sur l'intérêt des exercices à proposer, leur niveau de difficulté et la façon de les rendre les plus ludiques et attrayants possible.

Notre positionnement dans l'espace participe à la mise en place du cadre et offre une structure propice à l'échange, au partage, et cela, afin de pouvoir solliciter la plasticité du schéma corporel.

Positionnement dans l'espace et mise en jeu de la vision périphérique

Pour réaliser les postures nous nous plaçons sur des tapis de sol disposés en cercle, aucune place n'est attitrée. Ce positionnement diffère d'un cours de yoga classique, où l'ensemble des participants sont placés en face de l'enseignant afin de pouvoir le suivre.

Ici, la configuration en cercle permet de rassembler, favoriser la communication verbale et non verbale. L'écoute et l'échange entre les différents jeunes sont placés en son centre.

Être en cercle est propice à l'engagement de la vision périphérique facilitant l'observation de ses mouvements et des autres. Elle permet d'activer les neurones miroirs en soutien à sa propre réalisation, son organisation motrice et la structuration du schéma corporel.

L'autre est alors support d'identification et de différenciation. Chacun est placé au même niveau, sans rapport de hiérarchie. L'estime de soi est mise en jeu dans la valorisation apportée par le regard bienveillant de l'autre. Le cercle favorise la dynamique groupale, le partage en permettant une ouverture à l'autre tout en offrant sécurité et contenance.

C'est un espace commun où les regards, la parole, les émotions peuvent circuler et être accueillis. Il invite tout en délimitant l'espace d'expression.

Cette forme de contenance soutient le sentiment de sécurité essentiel pour pouvoir expérimenter et s'exprimer. En plus de ça, ma proposition devait également répondre à un objectif de sens, être à l'origine de plaisir pour favoriser l'investissement.

Adhésion à la proposition

Avant la première séance, j'ai expérimenté en moi différentes peurs : Est-ce que mes propositions allaient plaire ? Est-ce que je serais en mesure de les présenter et de les expliquer correctement ? Est-ce que les filles allaient y prendre du plaisir ? Se sentiraient-elles suffisamment en confiance ? Et par la suite souhaiteraient elles réitérer l'expérience ?

Mon appréhension et mon attention étaient particulièrement tournées vers l'état de fatigue et les réactions de Nina. J'avais peur de ne pas réussir à la motiver. Cette observation m'a mise en garde sur l'importance de ne pas me laisser envahir par mes préoccupations. L'importance d'avoir une justesse d'implication afin d'être présente et disponible à part égale pour chacune d'elles.

Elles ont toutes les trois pu investir ce temps : pour Nina ce fut grâce à l'humour ; Laura était enthousiaste et déjà nourrie de ses représentations : elle avait placé ses mains en Anjali Mudra (en prière devant le cœur) en fermant ses yeux, avec un visage paisible lors de la proposition ; Alma a rapidement et sans aucune difficulté adhéré aux propositions faites.

Cette implication offre une impulsion à la réalisation des postures.

Premières observations et proprioception

Chaque séance permet d'expérimenter l'enroulement, le redressement, les inclinaisons et rotations. L'ensemble des plans de l'espace sont explorés par des postures au sol sur le dos ou le ventre, des postures à quatre pattes, des postures debout de face ou de côté afin d'offrir un vécu sensori-moteur complet. C'est l'ensemble du système proprioceptif qui est éveillé en soutien au schéma corporel.

La réalisation est portée par la force du groupe. Sa contenance participe à la liberté d'expression et l'écoute. C'est un espace transitionnel où les difficultés peuvent être accueillies, chacune y est reconnue. Elles s'encouragent, soulignent les exploits des autres, se félicitent. C'est tout un processus régressif, narcissique et de valorisation qui est permis au travers de la relation entre ces adolescentes.

Dans la réalisation des Asanas, **Nina** se montre attentive. Dans les premiers temps, un étayage verbal voir physique a pu être nécessaire pour la soutenir. Mais très vite elle progresse et gagne en justesse. Quand sa concentration est optimale, elle est en mesure d'agir en simultanée avec moi. En revanche, son hypotonie et sa fatigabilité, provoquées par son épilepsie, entravent la tenue des postures. Elle a du mal à se redresser avec une tendance à flancher du côté gauche. Elle manque de repousser dans le sol avec ses appuis ce qui la déséquilibre. Sa maturité somesthésique et tonique distale semble impactée. Dans l'ensemble, elle semble présenter une bonne practosomatognosie, elle reconnaît le mouvement et se positionne de sorte à prendre la posture, c'est vraiment cette immaturité qui semble l'empêcher.

Il lui arrive spontanément de modifier une posture dans une écoute de son corps et de ses ressentis. Nina s'autorise également des temps de pauses, ou elle observe les autres. Le travail effectué avec Nina s'est organisé autour de cette fatigabilité et s'est appuyé sur les encouragements du groupe. Elle a trouvé dans la prise de posture un défi qui se solde par l'expression de félicitations. Pour l'amener à progresser, il a fallu la motiver à tenir les postures, chaque fois un peu plus longtemps, à repousser davantage dans le sol, l'amener à se grandir, s'étirer. C'est une multitude d'informations somatosensorielles qui pourront être organisées de façon somatotopique mettant en lien les informations sensorielles et les parties de son corps. Ce soutien aux représentations du corps doit l'aider à améliorer sa régulation tonique dans une recherche de ses ancrages et de sa verticalité. Ses organisations motrices et praxiques pourront alors en bénéficier.

Alma est très juste dans sa prise de posture, elle peut se corriger, ce qui met en avant une bonne conscience proprioceptive, somatognosique et topognosique. Elle semble consciente de la structure de son corps et peut reconnaître les relations entre ses différents segments. La représentation visuo-spatiale de son corps semble correcte. Elle cherche à tenir les postures longtemps, les félicitations qui lui sont faites par le groupe viennent alors nourrir son narcissisme ce qui l'aide à prendre en confiance. Elle a pu présenter des difficultés lorsqu'il lui était demandé de creuser et d'arrondir le dos. Une difficulté présentée par l'ensemble des filles et sur laquelle nous reviendrons par la suite.

Laura manque de justesse dans sa prise de posture. C'est également sa connaissance sémantique qui est fragile avec des confusions sur la nomination des différentes parties du corps. Elle a du mal à placer correctement ses bras et ses jambes. Cette difficulté est d'autant plus marquée lorsqu'il lui est demandé de croiser l'axe ou un membre par-dessus un autre. Les retours verbaux qui lui sont faits ne lui permettent pas toujours de se corriger. L'ensemble de ces éléments viennent mettre en avant une difficulté proprioceptive, une fragilité somatognosique et topognosique et donc une fragilité de la structuration de son schéma corporel.

Nous répéterons les postures sur plusieurs séances. Comme nous l'avons vu, c'est dans la répétition des expériences que le jeune pourra reconnaître les sensations, y apporter une signification et construire ses représentations internes du corps en action. Chez les adolescents présentant un trouble du développement intellectuel, ce besoin de répétition est majoré.

Lors de ces premières expériences sensorielles et motrices, c'est le partage, la joie, la découverte, la reconnaissance et l'accueil de l'autre qui permettent à Alma, Nina et Laura de s'appréhender et de se développer.

Pour Laura, ce n'est pas toujours chose aisée.

La problématique de Laura

Trouver la bonne distance à adopter avec Laura a été difficile pour moi.

Ses réalisations se retrouvent perturbées que ce soit sur le temps de yoga ou de danse par son habitude à fermer les yeux lorsque l'attention est portée sur elle. Cette action la déséquilibre et l'amène régulièrement à s'entraver ou à chuter. Lors des postures, il aurait été intéressant que je puisse l'aider physiquement. Seulement, il n'était pas possible pour elle de recevoir et d'accueillir mon toucher.

Laura présente un rapport au regard et au toucher de l'autre que l'on peut supposer comme intrusif.

Le corps est le socle de la construction identitaire, il participe au processus d'individuation, de différenciation de l'autre. Chez Laura, le contact semble rompre son intimité, les limites de son corps, de sa peau, de son enveloppe corporelle psychique. Ces limites, décrites par ANZIEU ne sont alors pas assez solides et contenant. De plus, elle n'arrive pas à réaliser les asanas qui nécessitent de croiser l'axe, ce qui pourrait là aussi souligner son manque d'unité corporelle.

Cette difficulté à croiser l'axe est associée à une fragilité de la connaissance droite-gauche ce qui pourrait aussi indiquer un manque d'intégration bi-latérale du schéma corporel. Laura observe peu les autres et ses propres mouvements ce que nous pouvons mettre en parallèle avec la faiblesse de son schéma corporel.

Afin de soutenir Laura, il faut mettre l'accent sur la contenance. Il m'a semblé intéressant de proposer des postures qui amènent un enveloppement et un engagement du dos en ce sens. Un travail qui soutient également la prise de conscience de l'axe autour duquel s'organise le corps comme instrument d'action sur le monde.

Prise de conscience du dos

Un regard tout particulier peut-être porté sur le dos en psychomotricité. Il renvoie à la première contenance offerte par l'espace intra-utérin maternel. Sa sollicitation et sa prise de conscience au travers des sensations proprioceptives peuvent être à l'origine d'une résurgence du sentiment d'ancrage et de sécurité.

Nous commençons par un temps couché sur le dos en enroulement que nous imprimons de mouvements de bercements réveillant ainsi les sensations nerveuses de la peau et les sensations kinesthésiques. A ce moment-là, chacune partage et compare ses perceptions et ressentit.

Puis en partant de la position à quatre pattes nous alternons entre arrondir et creuser le dos, ce qui demande également de repousser dans ses appuis. Il a fallu répéter et employer des images afin qu'elles parviennent à arrondir le dos.

Le comportement de Nina avait été intéressant à noter : elle était venue toucher, faire glisser son doigt sur la colonne vertébrale du psychomotricien comme dans un élan de curiosité et de découverte. Ici nous voyons bien comment le psychomotricien est un support à la représentation, comment la relation de confiance établie entre eux vient construire et laisser une trace. Le psychomotricien est impliqué, Nina s'appuie sur lui dans l'exercice de ses capacités motrices et psychiques. C'est le symbole qu'il représente au travers de la relation qui vient nourrir la prise de conscience corporelle, dans notre cas celle du dos.

Cette proposition permet de faire le parallèle avec le développement de l'enfant. C'est dans le repoussé et dans l'appui au sol que se construisent l'axe vertébral et la verticalité autour desquels le geste s'organise et se déploie. L'ensemble participe à l'organisation du corps en action.

Construire cette organisation, c'est donc travailler sur la prise de conscience des éprouvés corporels suite à des expériences sensori-motrices pour en permettre leur élaboration psychique. Une élaboration qui s'appuie sur la mise en mots des éprouvés corporels, ressentis et émotions.

Mises en mots du vécu et des ressentis

Est-ce que ça fait du bien ? détends ? Est-ce que c'est difficile ? Où ressentez-vous ?

BION nomme les éléments Bêta pour désigner les impressions sensorielles et émotionnelles auxquelles la personne ne peut donner de sens. C'est grâce à la fonction alpha que le patient en prend conscience, elles deviennent alors des éléments alpha qui peuvent être emmagasinés et pensés. Par la suite, ces pensées conscientes deviennent inconscientes. C'est un apprentissage par l'expérience. (6)

Certains des jeunes que nous rencontrons ne peuvent donner de significations à leurs ressentis. A ce moment-là, c'est au psychomotricien de venir porter son attention sur le vécu psychique, corporel, sensoriel. Il questionne les sensations, les nomme, les interprète afin de les porter à la conscience, les interioriser, permettre le passage aux représentations. La verbalisation permet de rassurer et de mettre en confiance, comprendre et transformer les ressentis, faire le lien entre action et affects.

La reconnaissance et la nomination des sensations agréables et désagréables sont ici recherchées. Nous venons mettre en mot les sensations éprouvées par ce couplage perception-action afin de porter à la conscience des éléments qui viendront nourrir les représentations et la structuration du schéma corporel.

Le travail en psychomotricité est avant tout non verbal. L'observation de la communication non verbale est essentielle pour observer les effets de la pratique. Dès les premières postures, nous soulignons la présence de bâillements qui peuvent signifier un relâchement tonique, notamment lors des postures d'enroulements. Ici nous pouvons évoquer un retour à l'archaïque avec les prémices de la position foetale et de la contenance utérine. Ces postures permettent de réactiver un sentiment de

sécurité interne, se recentrer sur soi tout en se rendant disponible à l'observation de ses ressentis sensoriels et toniques. Les filles pouvaient même verbaliser l'envie de s'endormir.

Nous pouvons illustrer ces éléments par l'exemple de Nina : il est plutôt rare qu'elle exprime des sensations physiques, or elle a pu verbaliser l'étirement éprouvé lors de certaines postures "ça tire le dos"; ou encore dire qu'elle allait s'endormir lors des postures restauratives.

Le plaisir pris dans la mise en jeu du corps a permis d'en soutenir ses représentations. C'est au travers d'un vécu positif du corps en action que le schéma corporel se structure. L'expression d'un vécu de détente fut essentielle. Qu'elles ont toutes les trois pu manifester.

Je tiens également à noter la présence des rires qui ont animé l'espace sonore lorsque les postures parfois incongrues surprenaient de par leurs noms ou leurs formes participant à la bonne ambiance générale.

Ces premiers temps m'ont permis de prendre conscience de l'importance de la relation. C'est à partir et autour d'elle que s'établissent les diverses propositions. Chaque adolescente peut expérimenter parce qu'elle se sent suffisamment contenue par le groupe. De plus, cette relation participe à la construction d'une meilleure confiance en soi en étayant et valorisant les réalisations.

Lors de cette phase, j'ai pu observer les réactions émotionnelles, la prise spontanée de postures, les compétences toniques et motrices de chacune, questionner sur les sensations et ressentis individuels. Cela m'a permis d'appréhender la façon dont je devais ajuster ma posture et mes propositions.

1.2.2. Le temps de l'absence

Les mois de janvier et de février ont été marqués par l'irrégularité des séances : Laura a été absente et Nina drainée d'énergie par son épilepsie qui l'a contrainte au sommeil.

Ces imprévus sont venus me bousculer, repoussant la mise en place de certaines propositions. J'ai ressenti une frustration de ne pouvoir faire expérimenter et une peur de perdre l'adhésion du groupe et de passer à côté de riches observations qui auraient pu venir nourrir ce mémoire.

Nous avons tout de même fait le choix de proposer à Alma un temps en individuel tout en maintenant le cadre du groupe. Cette situation s'est manifestée durant trois semaines.

En parallèle, nous avons réitéré à Laura et Nina que malgré leur absence, leurs places ne changeaient pas afin de maintenir le sentiment d'existence au sein du groupe.

Vers une prise de confiance

Alma s'est progressivement révélée à nous. Elle a pu s'exprimer seule sous le regard de l'adulte ce qui a semblé être fort de valorisation pour elle, libérant et enrichissant ainsi ses mouvements.

Je lui propose un travail autour du proprioceptif et du positionnement du corps dans l'espace. Pour ce faire, elle doit nous décrire verbalement la posture à prendre ce qui lui demande de faire appel à ses connaissances somatognosiques et topognosiques. Au début, elle manque de confiance en elle et a besoin d'étayage pour nous guider. Progressivement, elle prend en aisance, se pose et gagne en justesse. Ce gain de confiance se retrouve dans le choix des postures qu'elle fera par la suite.

Equilibre et système vestibulaire

Un temps de posture libre a été intégré au début de l'atelier. Alma investit les postures d'équilibre, signe d'ancrage physique et psychique. Sa tenue est longue et juste grâce à sa régulation tonique. Elle fait preuve d'un élan de créativité et invente de nouvelles postures en détournant celles de base.

Par des exercices de poids/contre poids, un travail autour du dialogue tonique est engagé. Ces exercices font appel à la mémoire corporelle. Ils peuvent par ailleurs réveiller des angoisses archaïques de chute et de manque de support faisant le lien avec les relations précoces.

Dans un premier temps, j'observe Alma et le psychomotricien que j'accompagne se tenir par les mains. Elle semble en confiance, malgré quelques tensions perçues. Très rapidement, elle comprend et semble saisir la portée de l'exercice. Avec moi, nous nous mettons dos à dos. En nous penchant en avant, nous synchronisons notre temporalité.

Alma se laisse soutenir et nous soutient. Elle est présente et à l'écoute.

Ces propositions marquées par la contenance du dialogue tonico-émotionnel ont permis d'accompagner Alma vers le déséquilibre. On peut supposer qu'elle se sent désormais suffisamment "solide" pour réduire ses appuis au sol sans que cela ne perturbe son ancrage.

Lors de ces temps, c'est l'ensemble du système vestibulaire qui est sollicité et ce d'autant plus lorsqu'il doit être engagé pour stabiliser la posture. Chez Alma, la coordination du système vestibulaire, proprioceptif et visuel lui a permis de nous proposer des postures de plus en plus complexes, signes de la plasticité du schéma corporel et d'une meilleure estime de soi.

Cette aisance nouvelle lui permettra par la suite d'être présente et disponible à Laura.

1.2.3. Le temps du nouveau

Les retrouvailles

Le groupe s'est à nouveau réuni au mois de mars. Aux participants habituels, s'ajoute Théo. Lorsqu'on lui parle d'un temps de yoga pour débiter, je le vois placer ses mains en gyan mudra (l'index qui s'incline sous le pouce et la paume tournée vers le ciel), fermer les yeux, l'air calme. Nous demandons aux filles de partager les postures qu'elles désirent à Théo. Ensemble, nous nous appliquons à les reproduire.

Alma propose des postures d'équilibre.

Laura manque de concentration et semble déstabilisée par la présence de ce nouveau regard. Les postures qu'elle propose manquent d'organisation et de justesse.

Nina nous surprend en prenant des postures qui lui demandent un contrôle tonique important. Pour la première fois, elle accepte que je la soutienne physiquement pour l'aider dans ses équilibres. Je constate, dans une empathie tonique, l'engagement qu'il lui faut avoir pour tenir.

Théo s'applique à imiter les filles. Mais il présente de grandes difficultés attentionnelles, de coordinations et de précisions. Il prend difficilement en considération nos retours et un étayage physique peut-être nécessaire, c'est la localisation des différentes parties du corps dans l'espace qui est fragile. Ce manque de représentations visuo-spatiale du corps évoque son défaut de structuration du schéma corporel. Tout comme Nina, il manque d'ancrage et de maintien de l'axe, ses équilibres sont fragiles. Théo présente des pieds plats, avec un appui du pied droit vers l'intérieur, qui participent entre autres à ses difficultés. Malgré son hypotonie de fond, il fait preuve d'un grand engagement tonique et peut maintenir les postures un certain temps. Il est investi psychiquement et corporellement.

Nous finissons en cercle par se tenir les mains et nous nous laissons aller vers l'arrière. Laura refuse de se joindre physiquement à nous, mais elle est là, à l'orée du cercle, nous observe et commente. C'est une première prise de contact, l'écoute n'est pas encore là et notre petit groupe chancelle pour maintenir Nina et Théo qui ont du mal à se redresser.

La bonne ambiance est présente, c'est elle qui nous maintient unis.

A partir de ce moment, de nombreuses choses ont changé.

De par sa présence et sa spontanéité Théo apporte un regain d'énergie au groupe ; le positionnement d'Alma change ; Laura et Nina progressent.

Les propositions de yoga sont venues se porter sur un travail en binôme ou à plusieurs, tourné vers l'écoute de soi et de l'autre grâce au dialogue tonico-émotionnel.

Espace péri-personnel et dialogue tonico-émotionnel

Nous avons vu que la construction et la plasticité du schéma corporel est itinérant à la relation à l'autre et au dialogue tonico-émotionnel. Ce lien est en partie dû à la façon dont ces éléments modèlent l'espace péri-personnel.

En psychomotricité, une place majeure est accordée à la conception du tonus comme canal de la relation. Il est notre façon d'être au monde, en permanence modulé par nos actions, émotions et relation. Wallon, Merleau-Ponty, De Ajuriaguerra ont porté l'idée que c'est dans la relation, dans l'expérience du corps vécu de la relation tonique et posturale que se construisent les représentations du corps. Au travers d'une exploration de ses ressentis et affects et de ceux de l'autre.

Le travail de poids/contre poids a été exploré sur plusieurs séances en association à la recherche de combinaisons de postures. Ce travail est une invitation à l'écoute et à l'empathie de soi et de l'autre. Il prend sa source dans le dialogue tonico-émotionnel. (5)

Alma ayant déjà vécu l'expérience et s'en étant imprégnée se positionne comme paire aidante auprès de Théo et Laura.

Théo a eu besoin de répéter l'exercice afin de pouvoir s'ajuster et écouter l'autre.

Pour Laura et Nina c'est plus compliqué. La première fois, sous la demande de Laura, elles réalisent l'exercice ensemble. Laura ferme les yeux et Nina rigole. Elles se tiennent par les mains, mais elles ne se considèrent pas l'une et l'autre, ne s'écoutent pas. Toutes deux présentent des difficultés motrices et émotionnelles pour se laisser aller vers l'arrière et ressentir la tonicité de l'autre.

Nous pouvons supposer que les difficultés de Nina sont en lien avec son défaut de régulation tonique, de maintien de l'axe et d'ancrage des appuis.

Chez Laura, c'est son rapport à l'autre et son défaut de limites corporelles qui la freinent.

Nous avons eu l'occasion de réaliser une séance à trois : Nina, le psychomotricien et moi. Durant ce temps, Nina nous amène à se réunir en posture de l'arbre. A ce moment, elle se montre présente et s'engage pour nous soutenir.

Pour Laura, c'est au près d'Alma qui cherche à la mettre en confiance, qu'elle trouve un appui. Elles réalisent ensemble des combinaisons de postures liées par un contact physique. Les exercices de poids et contrepoids ne sont pas encore possibles pour Laura.

La relation qu'elles ont créée permet à Laura de s'exprimer davantage. Elle a suffisamment confiance en Alma pour accepter son toucher. Ensuite, nous pouvons supposer qu'Alma lui renvoie une image positive qui vient nourrir ses envies et aspirations. Le corps de l'autre est alors source de représentation. L'observation que Laura porte sur Alma conduit également à l'activation des neurones miroirs et à l'enrichissement de son répertoire postural. L'ensemble participe à soutenir Laura dans la structuration certes de son schéma corporel, mais aussi de son identité et de sa subjectivité.

Afin de mélanger l'ensemble des propositions nous cherchons ensemble à créer des sculptures. La seule consigne étant d'avoir un contact physique avec un membre du groupe. Nous pouvons y retrouver des asanas, de l'imitation offrant de belles symétries au sein de la structure, du poids/contrepois, ou un simple touché. Tout comme lors des temps de postures libres, c'est la création qui est mise en jeu. Chaque posture peut être détournée et faire valeur d'expression.

Au travers de ces propositions, l'ajustement tonique est travaillé. Le système vestibulaire joue un rôle majeur dans cette organisation. La présence de l'autre est alors un soutien pour faire face à ses variations sensorielles et accompagner dans l'équilibration.

L'espace péri-personnel est aussi sollicité. Il offre la possibilité de modifier les représentations du corps en action au travers du contact avec l'autre qui se présente dans le prolongement de son propre corps.

Ce travail faisant entrer en jeu le dialogue tonico-émotionnel et les différents éléments sur lesquels s'édifie le schéma corporel n'aurait pas été possible sans l'union et la connexion qui règne au sein de ce groupe. C'est un véritable échange de vitalité, ensemble nous cultivons un espace qui permet de nourrir le bien-être.

L'évolution de chacun

Grâce à leur implication au cours des propositions et selon leurs problématiques respectives, ils ont tous les quatre pu révéler une part de leur sensibilité émotionnelle et de nouvelles potentialités.

Nina parvient maintenant à tenir les postures plus longtemps. Son implication tonique est majorée. Ses appuis sont de meilleures qualités et elle peut se redresser. Elle propose désormais des postures qui lui demandent plus de régulation tonico-posturale montrant un changement au niveau de son harmonisation et de sa structure corporelle.

Théo n'ayant pas bénéficié des premières séances est souvent dans l'imitation sur les temps de postures spontanées. Nous devons lui permettre de continuer à enrichir son répertoire moteur afin de développer sa conscience proprioceptive en insistant sur la justesse de ses réalisations, son ancrage et sa tonicité axiale.

Laura nous propose toujours des postures ou elle ne peut voir si nous la regardons. Elle manque de justesse et a du mal à s'organiser. Cependant, afin de développer ses capacités, Laura doit d'abord expérimenter une sécurité interne. Elle doit développer la conscience de ses limites corporelles afin de pouvoir gagner en justesse dans la représentation de son corps en action. Laura progresse à son rythme, qu'il est important de respecter.

Alma n'a pas semblé présenter de réelle difficulté au niveau de la structuration de son schéma corporel. Sa réussite des postures est venue nourrir son narcissisme. L'ensemble de l'atelier et des propositions qui lui sont faites au sein de l'IMP sont venus l'aider à s'accomplir. Au cours de l'année 2021-2022, Alma ne s'inscrivait nulle part et refusait toutes les propositions de stages faites par ses éducateurs. Cette année, elle a pris part à l'atelier et progressivement a accepté de vivre certaines expériences professionnelles. Au moment où j'écris ces mots, elle réalise un nouveau stage en ESAT qu'elle pourra possiblement intégrer.

Pour la suite, j'aimerais accentuer le travail autour de la mise en mots des éprouvés. Je souhaite continuer à m'appuyer sur les manifestations corporelles et le dialogue tonico-émotionnel pour favoriser la conscience du corps. Il pourrait être intéressant d'y ajouter du dessin comme support à la représentation et au symbolisme. L'emploi de figurines en bois pourrait aussi permettre de soutenir le schéma corporel en leur imprimant la posture à prendre. Enfin, le processus d'individuation et le sentiment de continuité d'existence de soi pourraient être encouragés par un travail autour de la prise de conscience de la respiration ou l'autre sera d'un grand soutien physique et psychique.

Dans l'ensemble, le cadre de l'atelier doit continuer à soutenir l'écoute des ressentis et le développement des représentations chez chacun d'entre eux afin de leur permettre de gagner en aisance corporelle et en confiance. Au travers de cette invitation à vivre son corps en action, c'est un soutien à l'image du corps, à la construction de la subjectivité, à la structuration du schéma corporel et au développement des fonctions instrumentales qui est ici mis en jeu. Des objectifs qui ne peuvent être atteints que par le biais d'un autre.

Ce travail en groupe a permis la création d'un temps commun, de partage, dans un soutien à la rencontre de soi et de l'autre. Chaque proposition a pu être colorée par la personnalité des jeunes qui se la sont appropriée, offrant ainsi une diversité de possibilités. Cette diversité a pu nourrir le répertoire postural, tonique et émotionnel. Le groupe s'est montré soutenant, encourageant à l'égard de chaque membre, l'accompagnant dans la découverte de soi.

La rencontre de Marie que je vais maintenant vous présenter, dans le cadre de séance individuelle, m'a permis d'approcher le médiateur yoga sous un autre angle, d'en faire varier la proposition.

2. Marie

Marie est une jeune fille souriante, plutôt grande pour son âge, de corpulence normale. Ses cheveux bruns, longs et ses lunettes rectangulaires surplombent un nez et des lèvres épaisses. Elle est propre sur elle, mais peut parfois présenter des odeurs causées par ses difficultés praxiques dans les gestes d'hygiène. Elle se tient relativement droite, ses épaules sont tombantes et ses bras ballants. Il semble parfois difficile pour elle de se mouvoir. Lorsqu'elle marche, ses genoux se plient légèrement vers l'intérieur, amenant à un polygone de sustentation élargi. Ces éléments signent la présence d'une hypotonie de fond et questionnent sur la structuration d'un schéma corporel efficient.

2.1. Son histoire de vie

Marie est née le 15 février 2008, elle est donc âgée de 15 ans. Elle est accueillie à l'IMP depuis le 28 août 2019. Elle présente un retard global de développement avec un trouble du langage dans un contexte de translocation chromosomique.

Marie vit avec ses deux parents, son grand-frère (18 ans) et sa petite sœur (7 ans) avec qui elle partage sa chambre. Elle est la seule de la famille à présenter un handicap. Ses grands-parents maternels sont très présents dans son éducation, elle les voit toutes les semaines, mais ne parle que très peu d'eux. Ils permettent à chaque membre du foyer de vivre des moments de répit. Courant 2022, ses parents épuisés et démunis ont sollicité l'aide de l'équipe. Marie se montre en opposition constante au sein du foyer. Elle confie se sentir en colère et jalouse envers sa petite sœur, ayant l'impression d'avoir été remplacée et que cette dernière réussit mieux qu'elle.

Marie ne pratique pas d'activité physique ou artistique à l'extérieur de l'établissement.

Je n'ai pas d'éléments concernant la petite enfance de Marie et son développement psychomoteur. En revanche, je suppose qu'un retard de développement a été repéré précocement.

En effet, dès 2011 et jusqu'en 2014, elle est suivie en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) avec un suivi par une Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) à l'école maternelle. En septembre 2014, elle intègre un SESSAD avec une scolarisation en classe ULIS (unité localisée pour l'inclusion scolaire) et le maintien d'une AVS. Le déficit majeur de Marie, amène à reconsidérer cette orientation de soin, elle intègre alors l'IMP en septembre 2019.

2.2. Son évolution au sein de l'IMP

A l'IMP, Marie est avenante et va vers les autres. Elle se présente de bonne humeur, use de l'humour et de taquinerie pour entrer en relation et initier la discussion.

Les limites proxémiques ne semblent pas correctement intégrées : elle peut chercher à faire peur en arrivant par-derrrière, prendre dans les bras, faire des chatouilles,... Elle recherche particulièrement la relation avec l'adulte, dans une quête d'exclusivité. Et se montre hypersensible au regard positif ou négatif. Elle est en recherche de conseils et de soutien.

Avec ses pairs, Marie se montre aidante, notamment avec les plus petits de l'IMP. Lors des temps de récréation, elle échange avec ses camarades, mais ne prend part à aucun jeu.

Concernant son langage, elle présente des troubles de la parole, mais s'exprime par le biais de phrases construites. La richesse et la complexité de son vocabulaire restent limitées.

Concernant son autonomie et la gestion du quotidien, Marie est dépendante de l'adulte. Malgré de bonnes capacités, elle manque d'organisation, a besoin de sollicitation et de guidance verbale pour effectuer les différentes tâches. Elle peut se doucher et s'habiller en autonomie, mais ses difficultés pratiques entravent l'exécution de son geste.

Marie a besoin de beaucoup de sommeil. Elle mange de tout, mais ne semble pas déguster les aliments, n'y être à l'écoute de ses sensations de faim et de satiété.

Les derniers bilans psychologiques viennent mettre en avant les entraves de Marie :

- Le **Wechsler non verbal** conclu a un **QI de 39**, qui renvoie à une **déficience moyenne**. Il montre une baisse significative par rapport au bilan de 2018 où son QI était alors de 58, ce qui renvoyait à une déficience légère.
Elle comprend les consignes simples mais pas les complexes qui demandent le traitement de plusieurs informations.
- La **Vineland II** réalisée en **janvier 2022**, met en avant un **niveau d'adaptation global homogène et faible** dans les différents domaines avec une note globale de **29**.
Elle peut s'exprimer sur son vécu si les événements sont concrets et récents. La réflexion sur des sujets abstraits est plus compliquée. Elle fait la distinction entre le réel et l'imaginaire. Ses stratégies d'adaptations sont encore réduites.

Depuis le début de sa prise en charge à l'IMP, il est noté des progrès moteurs et des progrès dans sa prise d'initiative. Son orientation spatio-temporelle est de bien meilleure qualité.

Au sein de l'IMP Marie est accueillie sur l'unité d'accompagnements individualisés depuis septembre 2021, qui prend en charge les jeunes les plus en difficultés.

Deux nuits par semaine, elle est hébergée au sein de l'internat de l'IMP.

Son projet de soin, pensé en équipe interdisciplinaire lors des PIA met en avant l'importance qu'elle bénéficie d'une prise en charge éducative, sociale et psychologique protectrice. Du fait de son insécurité et de ses difficultés, Marie a besoin d'un environnement sécurisant, facile à comprendre avec des repères clairs.

Concernant ses **objectifs pédagogiques**, elle présente un niveau de cycle 2 (entre CP et CE2). Elle peut lire et comprend des histoires simples. Elle présente plus de difficultés à l'écrit. Elle compte jusqu'à 70 et l'addition est acquise. Marie participe à 4 h de classe et 3 h d'EPS par semaine. Elle y est motivée et travaille rapidement.

Marie bénéficie de séances hebdomadaires en **psychomotricité** et en **orthophonie** (à l'extérieur de l'établissement). Ponctuellement, elle rencontre la **pédopsychiatre** et le **psychologue** de l'IMP.

Concernant l'aspect **éducatif**, elle participe à l'atelier "transport", qui l'accompagne dans son ouverture sur le monde en cherchant à la faire gagner en autonomie dans ses déplacements. Elle participe également à l'atelier "jardin" et "équi-sens".

2.3. L'accompagnement en psychomotricité de Marie

2.3.1. Le bilan psychomoteur et axes de prises en charges

Marie a réalisé un bilan au mois de Juillet 2020, lorsqu'elle avait 12 ans. Elle y est volontaire et impliquée. Elle présente des difficultés de compréhension des consignes et attentionnelles.

Marie présente une **latéralité** manuelle, oculaire et pédestre homogène **droite**.

Concernant son **schéma corporel** : Le questionnaire de somatognosie permet d'évaluer la connaissance du vocabulaire des parties du corps à un âge de 7 ans.

L'EMG fait ressortir des difficultés d'organisation praxique, avec un résultat significativement inférieur à ce qui est attendu pour son âge. Marie a du mal à orienter ses différents segments corporels dans l'espace, avec un manque de dissociation des mouvements au niveau des segments corporels pouvant expliquer ses difficultés praxiques.

Le dessin du bonhomme qui évalue les représentations du corps conclut à un niveau de 9 ans. Les proportions et les placements des segments ne sont pas tous bien intégrés.

L'examen du **tonus de fond** relève une hypotonie globale. Malgré cela, certains groupes musculaires présentent une faible extensibilité avec limitation de l'amplitude articulaire au niveau distal (doigts, poignets, coudes). Des paratonies sont observées lors des mobilisations passives, signes de facteurs émotionnels.

L'ajustement **tonique sur le plan postural** est fragile, Marie présente peu de résistance aux poussées. L'examen du **tonus d'action** met en avant la présence de syncinésies à diffusion tonique.

Les **notions spatiales** de bases sont acquises. Elle peut orienter son corps et les objets dans l'espace. L'orientation droite/gauche du Piaget/head révèle un niveau équivalent à celui d'un enfant de 7 ans. Le repérage droite-gauche est acquis contrairement à la réversibilité.

L'épreuve des voyages de Marthe-Vyl, montre que la **structuration de l'espace** réel est difficile.

Enfin, la passation de la figure de rey B présente un déficit majeur dans les **praxies visuo-constructives** avec planification du geste graphique.

Les **notions temporelles** de bases connues par Marie sont celles attendues à 8-9 ans. Elle est en mesure de se repérer dans le temps social. La classification d'événements permet de montrer la présence d'une logique temporelle. Le stamback révèle un niveau équivalent à celui d'un enfant de 8 ans avec une attention et une mémoire auditive déficitaire. Le symbolisme est compris. Elle perçoit le rythme mais ne synchronise pas ses frappes ou pas sur le tempo.

Concernant l'**équilibre statique**, Marie présente un contrôle postural très fragile.

Les **équilibres dynamiques** sont impactés par son manque de tonus de fond. Ses appuis sont peu stables, avec un manque d'ancrage et de maintien de l'axe. La passation de l'échelle de coordination motrice de Charlop-Atwell confirme ses grandes difficultés au niveau des **coordinations générales**, avec un manque de souplesse et de précision. Ce qui permet d'évaluer des performances proches de celle d'un enfant de 4 ans.

Les **coordinations oculo-manuelles, bi-manuelles et visuo-pédestres** sont déficientes. Lors des épreuves de coordinations et de dissociations des membres qui impliquent des coordinations volontaires, il ressort un manque de dissociations et d'indépendance motrice des segments corporels. Ses mouvements sont peu coordonnés, manquent de précision et d'adresse.

Les **praxies idéomotrices** sont connues et réalisables.

Dans l'ensemble, **son niveau de motricité globale et son organisation praxique sont déficitaires dans tous les domaines pour son âge.**

Le **geste fin** manque de précision et de souplesse, il est impacté par les difficultés tonico-motrices. Marie présente un manque de dextérité manuelle et de précision dans les coordinations visuo-motrices. Elle présente un défaut de déliement digital.

En conclusion, le bilan met en évidence un **retard global du développement psychomoteur**. Avec des difficultés importantes concernant son organisation tonique qui se répercute sur sa posture et ses praxies, ses capacités perceptivo-motrices, ses coordinations motrices globales, ses praxies visuo-constructives, sa motricité fine, sa mémoire auditive et ses capacités attentionnelles. La connaissance et la représentation du corps, son orientation et sa structuration spatiale, ses compétences visuo-spatiales et sa mémoire visuelle restent fragiles.

Marie présente en revanche une bonne connaissance des repères de bases concernant l'espace et le temps. Elle peut se repérer au sein de l'espace et du temps qu'elle connaît. Son implication et son volontariat peuvent être un soutien au sein de sa prise en charge.

Le bilan psychomoteur de Marie nous permet d'analyser la structuration de son schéma corporel :

- A ses 12 ans, Marie avait une connaissance somatognosique équivalente à celle d'un enfant de 7 ans.
- Du fait de difficultés de régulation tonique, ses équilibres sont déficitaires.
- L'organisation et l'orientation de ses mouvements, coordinations et praxies sont entravées.

Marie présente des difficultés à mettre en place une motricité efficiente et au service de ses actions mettant en avant un **défaut de construction du schéma corporel et de sa fonction instrumentale**. Ces difficultés entravent son bien-être et son autonomie au quotidien nous amenant à porter notre regard dessus.

Ainsi la prise en charge de Marie doit lui proposer des expériences sensori-motrices afin d'améliorer sa perception et ses capacités perceptivo-motrice, sa fonction tonique (tonico-postural et régulation tonico-motrice), ses coordinations dynamiques générales, de solliciter sa motricité fine et lui permettre de gagner en aisance dans les praxies quotidiennes. L'ensemble viendra renforcer l'investissement du corps pour affiner la structuration du schéma corporel. Les capacités d'attention et de mémorisation doivent également être sollicitées.

L'accompagnement en individuel et en groupe est indiqué pour Marie.

C'est en prenant en considération ces éléments qu'un accompagnement au travers de la médiation yoga m'a semblé être adapté au projet de Marie.

Je suis actuellement en train de réaliser son bilan d'évolution, ce qui permettra de remettre les différents axes thérapeutiques en perspectives.

2.3.2. Les séances de psychomotricité avec Marie

Marie a bénéficié de mars à mai 2021 d'un premier suivi individuel, suite à des énurésies diurnes. L'objectif était de lui proposer un temps de relation duelle et un espace d'échange. Afin de lui offrir un plaisir corporel, un retour aux sensations et une valorisation de l'estime de soi des massages lui étaient alors proposés.

Un suivi hebdomadaire a débuté en septembre 2021. Lors de l'année 2021-2022, la motricité fine et la sensorialité ont été au cœur de sa prise en charge. En parallèle, elle faisait partie du groupe d'atelier d'expression danse. Cette participation n'a pu être reconduite cette année afin qu'elle participe à l'atelier transport qui se déroule en même temps.

Marie participe à l'atelier "Bouge ton corps", qui s'organise autour de la proposition de parcours psychomoteurs, des progrès sont notés. Sa perception spatio-corporelle semble de meilleure qualité avec une utilisation de son corps plus opérante bien qu'elle doit être accompagnée dans la planification de ses stratégies motrices. Elle présente une meilleure régulation tonique mais ses équilibres restent fragiles, la force musculaire étant difficile à soutenir dans le temps. Le travail en binôme et l'écoute de l'autre sont encore complexes.

Notre rencontre

Lorsque je la rencontre au mois d'octobre 2022, l'accent est mis sur la création de l'alliance thérapeutique qui est un support de confiance, de revalorisation et offre un soutien aux apprentissages. Pour ce faire, le psychomotricien et Marie me présentent le travail effectué l'an passé et je peux à mon tour lui proposer des exercices qui lui sont familiers comme les temps de massage par exemple.

Marie m'a rapidement intégré à la discussion et à ses questionnements mettant en avant son besoin de parler et d'être écoutée. Lors de cette période, j'ai pu constater ses difficultés motrices, attentionnelles ainsi que son avidité relationnelle et son estime de soi fragile.

Marie investit sa prise en charge et elle s'y montre volontaire et enjouée. Lorsqu'au mois de Janvier 2023 mon positionnement change et que son accompagnement m'est confié, c'est sur ce plaisir à "être avec" que je choisis de m'appuyer en priorité pour impulser l'ensemble du travail.

Le plaisir au coeur de la prise en charge

Dans la première partie de séance, je propose à Marie des exercices axés sur la motricité fine et les praxies visuo-constructives. J'ai utilisé le médiateur origami. Elle affectionne pouvoir offrir ses réalisations aux différents accompagnateurs de l'IMP. Selon la disponibilité et la fatigue de Marie, ce temps est parfois remplacé par un massage.

Dans la seconde partie de séance, je propose à Marie de faire l'expérience du médiateur yoga afin d'engager la motricité globale, le schéma corporel, l'image du corps, la conscience de soi et l'estime de soi. C'est une proposition qu'elle accueille avec enthousiasme.

La relation thérapeutique et le plaisir sont des piliers majeurs de la prise en charge en psychomotricité. Chez Marie, du fait de ses particularités relationnelles, c'est aussi le processus d'individuation que j'aspire à soutenir au travers de mes propositions.

Soutenir l'individuation au cours de l'adolescence

Marie nous présente de nombreux questionnements sur les relations qu'elle entretient avec ses pairs ou ses parents. Ces interrogations sont fréquentes à l'adolescence et marquent le signe d'un remaniement et d'une quête identitaire. Or, cette période charnière peut également révéler la fragilité du narcissisme et une relation de dépendance. Marie s'excuse dès qu'elle a l'impression de "faire quelque chose de mal" (selon ses mots) ou quand elle éprouve des difficultés à réaliser une tâche.

La puberté amène à une transformation corporelle, psychique et narcissique. Cette période invite à une quête d'autonomie.

Marie semble avoir conscience de ses difficultés et de sa différence par rapport à son environnement familial, notamment sa sœur. Ce trouble moteur et cognitif qu'elle perçoit et ressent et à l'origine d'une souffrance qu'elle doit pouvoir exprimer et que nous devons accueillir. (21)

Marie semble parfois vivre au travers de la relation et de la validation d'autrui. Elle s'assure en permanence que nous l'estimons. De plus, elle flatte l'adulte et cherche à faire plaisir. Durant nos rencontres, je cherche à soutenir Marie dans son auto-détermination, en l'invitant à faire des choix.

C.POTEL nous dit que l'accès à l'autonomie est freiné chez les personnes présentant des déficits. Ce manque d'autonomie psychique est dû à un défaut de mentalisation et de représentation.

Ainsi proposer à Marie d'expérimenter des ressentis visuels, vestibulaires et proprioceptifs, c'est humblement chercher à l'accompagner dans sa conscience de soi, sa conscience corporelle et son sentiment d'agentivité.

Nous allons maintenant voir comment ce travail, qui amène à vivre son corps en action et comme source de représentations, a pu aider Marie à enrichir certe son schéma corporel mais aussi la conscience de soi et son sentiment de continuité d'existence.

Proprioception et respiration

Je fais le choix de ne pas utiliser les cartes de postures pour mon travail avec Marie. Au vu de ses difficultés attentionnelles et de mémorisation des consignes, il est important de ne pas multiplier les informations.

Les tapis sont installés l'un à côté de l'autre et nous pouvons respectivement nous voir effectuer l'action. Marie me suit pour effectuer les asanas. Je complète la réalisation par une description verbale de la position des différents membres dans l'espace et de leurs rapports entre eux. Le rythme est lent pour laisser à Marie le temps de faire et de laisser libre cours à ses envies. Un ensemble propice pour soutenir la plasticité du schéma corporel.

Marie fait preuve de bonnes capacités d'imitation et peut répéter plusieurs fois les mouvements. Elle est attentive au retour fait et se corrige en conséquence. Elle fait preuve de conscience proprioceptive.

Sa prise de posture est plutôt juste, en revanche elle présente certaines difficultés à étendre le geste jusqu'au bout des doigts. Ce manque d'intégration distale vient impacter ses praxies. Elle semble également bloquée et raidie au niveau des épaules.

En revanche, elle fait preuve d'une bonne conscience du dos, qu'elle peut creuser et arrondir. Le croisement de l'axe ne lui pose pas de difficulté.

Les postures restauratives sont prises avec justesse. Elle semble s'y relâcher, baille et ferme les yeux.

Mais elle n'exprime pas la localisation des sensations éprouvées. Bien qu'elle puisse dire que cela lui fait du bien. Je l'étaye et la soutiens en ce sens.

Au travers de ces observations, c'est bien la position du corps dans l'espace et des différents segments entre eux ainsi que la kinesthésie qui enrichissent le système proprioceptif et le schéma corporel. Chez Marie, c'est dans le vécu d'une détente musculaire que les sensations semblent majorées.

J'invite Marie à porter son attention sur sa respiration afin de l'aider à stimuler une prise de conscience proprioceptive de sa cage thoracique et apaiser ses tensions. Durant la première séance, après avoir pris une profonde inspiration, son visage avait marqué l'étonnement. Elle avait alors porté ses bras en chandelier (Nous étions en position assise.) et les avait agités lors de l'expiration. Ce mouvement m'a fait penser au réflexe de Moro ou réflexe de défense, ce qui met en avant la présence d'une immaturité neuro-développementale. Ce réflexe dans la petite enfance accompagne le développement de la respiration. Il est peut-être le signe d'une insécurité corporelle. Par la suite, elle a pu associer sa respiration au mouvement. En inspirant en levant les bras et expirant en se relâchant vers le sol, par exemple. D'elle-même, elle avait choisi l'image du ballon pour illustrer ce travail. Ce travail permet de construire et de mettre en forme le corps et le mouvement pour en soutenir ses actions. Je note alors plus de fluidité et de justesse. Enfin, les expressions faciales de Marie expriment l'apaisement. La respiration est imprégnée de son vécu émotionnel et participe à moduler son tonus. Cet ensemble est essentiel pour soutenir le sentiment d'unité corporel et son schéma corporel.

La proprioception fait appel à la fonction tonique et sensorielle du muscle soumis à des états de tension et de détente. Nous travaillons ainsi au renforcement de la régulation tonico-posturale.

Equilibre, transfert de poids et gestion de l'axe

L'hypotonie de Marie entraîne un manque de contrôle tonique, pour certaines postures. Par exemple, lors de la fente haute ou des postures d'équilibre, elle chancelle et ses bras s'agitent pour l'équilibrer et elle ne parvient pas à tenir la pose. Je lui sers alors d'appuis et la soutiens physiquement.

Afin de lui permettre d'améliorer ses potentialités, nous avons travaillé le repousser du sol avec les mains et les pieds. L'accent a aussi été mis sur des postures d'auto-grandissement afin de soutenir le tonus axial.

Pour B.LESAGE il est essentiel de s'intéresser à la gestion de l'axe, qui se constitue de la tête, du thorax et du bassin. C'est à partir de lui, que nous pouvons déployer notre motricité distale, que nous savons impactée chez Marie. L'axialité participe également à la différenciation et à l'unification de l'espace. Dans le cas de Marie, il est fréquent d'observer des effondrements de l'axe, un désaxement ou un défaut d'équilibre entre la flexion et l'extension. Ainsi, ce travail autour de l'axe est indispensable et vient nourrir son schéma corporel. (31)

Un rituel de début de séance a été installé où nous effectuons des transferts du poids sur les appuis au sol, en position debout. Au début, Marie pliait seulement les genoux, ou alors amenait son buste vers l'avant ou l'arrière. Le transfert du poids du corps s'effectue également dans le passage d'une posture à une autre générant ainsi des sensations vestibulaires. Des sensations qui s'associent aux proprioceptives et visuelles sur l'ensemble des postures.

Chaque séance est une invitation à la création de nouvelles expériences. Marie a souvent besoin de mon aide physique et c'est dans ce dialogue tonico-émotionnel, se partage d'affect et cette relation intersubjective que nous construisons un sentiment de sécurité interne. Ce travail se poursuit et Marie doit continuer de progresser. Une amélioration est notée sur la qualité de ses appuis dans le sol.

Afin de lui permettre d'observer et de prendre conscience du mouvement nous nous plaçons désormais devant le miroir.

L'emploi du miroir

Lorsque je lui propose de se placer devant le miroir, elle se montre très enjouée et présente un certain plaisir moteur. Les postures réalisées étaient alors beaucoup plus fluides et précises.

Utiliser le miroir fait entrer en jeu les stimuli visuels et s'adresse directement au système somatosensoriel. Marie peut alors associer les sensations proprioceptives et vestibulaires à la vision de l'ensemble de son corps en mouvement. De plus, cela a une valeur narcissique et vient la valoriser. Les expériences sur le membre fantôme ont mis en évidence que le schéma corporel se retrouve modifié lorsque la perception visuelle est en accord avec l'image du corps. (46)

Le miroir a également été un bon outil pour aider Marie à prendre contact avec sa motricité distale et à améliorer la qualité de l'exécution de son geste.

Système visuel et motricité distale

Marie a du mal à mobiliser l'ensemble de ses membres supérieurs de manière segmentée ce qui impacte la fluidité et la précision du geste. Leur intégration somatognosique semble impactée.

Nous portons notre attention sur le mouvement des bras, des coudes, des poignets, des mains et des doigts. Je l'invite à observer ses mouvements, l'utilisation du miroir enrichit cette expérience.

Les articulations sont des zones riches en mécanorécepteurs, les mobiliser permet d'activer le système proprioceptif qui vient alors se coupler à l'observation du mouvement dans un soutien à la plasticité du schéma corporel.

Marie présente une difficulté à dissocier l'action de ses doigts qui manquent également d'extension. Nous avons utilisé l'appui des mains au sol pour étendre les doigts, les mobiliser un à un, indépendamment de la paume de la main.

Enfin, l'ensemble du système visuel est sollicité dans l'observation de ses mouvements et des miens.

Elle prend le temps de me regarder faire et quand je lui demande elle peut décrire verbalement ma position avec justesse. Ce qui met en avant ses connaissances somatognosique et topognosiques en rapport avec un autre. Et vient également confirmer la présence de capacités practosomatognosiques. Elle reconnaît les mouvements, un élément essentiel pour pouvoir à son tour les réaliser. Marie semble s'amuser lors de ces moments.

Les capacités de Marie sont variables de séances en séances. Elle peut se montrer préoccupée et manquer de disponibilité.

Toucher thérapeutique et disponibilité psychique

Marie présente une fatigabilité qui impacte ses facultés de concentration et ses réalisations. Dans ces moments, l'accent est mis sur l'écoute de soi et de ses ressentis. Nous faisons des pauses et le temps de détente final se veut plus long.

Deux séances avec Marie m'ont particulièrement marqué. Du fait de sa fatigue et afin d'offrir un premier moment de contenance, j'avais fait le choix de proposer un temps de massage avant la réalisation des postures. Je suis à l'écoute, dans une empathie tonico-émotionnelle de ses tensions. Au fur et à mesure, j'observe que sa respiration se ralentit, parfois marquée de soubresauts, son corps semble se relâcher. Elle peut dire que ce temps de conscience corporelle provoque chez elle un mieux-être.

Dans le cadre de la psychomotricité, le massage est contenant. Il enveloppe, amène à un état de régression qui évoque la situation mère-bébé. C'est un soutien au retrait des sens, un éveil de l'émotion.

Proposer un massage, c'est proposer un réveil de la peau et de sa fonction contenante, séparatrice de l'extérieur. C'est en ce sens que D.ANZIEU développe la notion d'enveloppe corporelle psychique. Afin de favoriser l'élaboration du schéma corporel, ce temps permet d'accompagner Marie dans la sensation de ses limites corporelles et dans la représentation de son corps. C'est une prise de conscience qui favorise la découverte du corps en action. (48)

Lors du yoga qui avait suivi, Marie s'était montrée très disponible, libérée de ses tensions corporelles et psychiques, dans l'instant présent. Elle pouvait expérimenter librement, ses mouvements étaient plus fluides et précis.

Une liberté que je retrouve également au travers du processus de création.

La joie de la création

Depuis le mois de mars, je lui propose de créer ses enchaînements qui pour le moment ne sont constitués que de trois mouvements. Marie mélange des postures connues, inventées et ses expériences extérieures (sports). Elle reste essentiellement au sol, mais s'aventure dans la diminution des appuis ce qui demande l'engagement de son tonus postural et axial. Elle chancelle mais maintient ses postures quelques instants, impliquée et motivée. Ces propositions mettent en avant son répertoire moteur et l'invite à puiser dans ses représentations pour mettre en forme son corps et se positionner dans l'espace. Son schéma corporel se présente comme soutien à la création. De plus, le plaisir soutient la qualité de son engagement moteur et j'observe aujourd'hui de véritable progrès.

A ce moment, c'est elle qui choisit et décide. Elle se place en guide de la séance. Elle semble se sentir valorisée et y prend du plaisir. Elle se montre pleinement actrice de ses réalisations.

Au travers de ces propositions, je sens que Marie gagne en assurance. Elle est de plus en plus actrice et s'autorise à proposer des éléments. Nous sommes ainsi dans une véritable co-construction. Cet ensemble lui a permis de gagner en justesse et en fluidité dans la prise de ses postures, dans un soutien à la structuration de son schéma corporel. C'est l'ensemble de son mouvement qui sur ce temps semble plus harmonieux.

Pour Marie l'enjeu de ce travail autour du médiateur yoga s'est retrouvé dans la volonté de lui faire prendre conscience de son corps comme mobile dans l'espace et le temps. Un corps sur lequel elle peut s'appuyer pour s'exprimer et déployer sa motricité et ses praxies. L'objectif étant ainsi de lui permettre de se détacher de la relation à l'autre pour se considérer comme un individu à part entière et lui permettre ainsi d'être à l'écoute de ses besoins, de gagner en confiance en elle et en autonomie.

L'accompagnement de Marie doit soutenir l'écoute de soi mais aussi le plaisir moteur. Ce soutien au schéma corporel et à la motricité est une invitation au mouvement du psychisme et au développement de son individualité.

C'est en ce sens que je compte poursuivre mon travail avec Marie sur le temps qu'il me reste à l'IMP.

CONCLUSION

Au sein de l'IMP, j'ai partagé des moments enrichissants avec de nombreux jeunes. Des enfants, des adolescents qui malgré leur différence présentent tous un déficit cognitif et adaptatif entravant leur découverte du monde, leur expérimentation et leur épanouissement. J'y ai découvert la pratique psychomotrice et le sens qu'elle prend auprès de cette population. C'est bien notre volonté de placer au même niveau le corps, l'esprit, le cognitif et l'affectif, de soutenir l'unicité de chacun qui guide notre chemin.

Au travers de mes différents stages, j'ai touché du doigt l'importance de la relation et comment est ce qu'elle vient organiser les relations inter-subjectives que nous vivons. Que ce soit lors des temps de vie ou lors des accompagnements en psychomotricité, c'est cette puissance relationnelle qui m'a guidé tout au long de l'année. C'est elle, qui permet de rencontrer chaque jeune dans ses moments de vie, de doute, de joie. C'est elle, qui concourt à des propositions justes et adaptées. C'est elle, qui participe au sentiment de valorisation et encourage la mise en place d'une subjectivité.

J'ai choisi au cours de ce mémoire de porter mon attention sur le schéma corporel. Cette motivation est née de l'observation des maladroitures, de la lenteur d'exécution et des difficultés à réaliser certaines praxies. Des éléments qui entravent l'expressivité, la qualité de vie, le bien-être et l'autonomie. Je me suis demandé en quoi et comment est ce qu'en psychomotricité, nous pouvions soutenir le développement de cette fonction psychomotrice.

Une fonction définie comme non-consciente, automatique qui renvoie à la position du corps dans l'espace et qui en tant que fonction instrumentale est au service de l'action des individus.

Soutenue par mon maître de stage, j'ai pu construire ma réflexion autour du yoga comme médiateur. Une pratique qui présente un aspect sensori-moteur et lie la perception et l'action. Un liant qui s'exprime à partir des informations proprioceptives, visuelles, vestibulaires dont le mouvement est à l'origine. C'est un passage par l'agir qui participe ainsi à l'édification des représentations du corps et du schéma corporel.

Là encore, c'est grâce et par la relation que j'ai appris.

Nina, Laura, Alma, Théo et Marie m'ont amené à voir ce médiateur selon leur prisme. Ils m'ont fait grandir et mon voyage à leurs côtés m'a aidé à construire ma pratique future. Très vite, c'est la volonté qu'ils se sentent valorisés, qu'ils prennent du plaisir qui est venu me guider. Je voulais qu'ils puissent construire au travers de mes propositions une confiance en eux. Qu'ils puissent y trouver un ancrage afin de pouvoir mettre leur corps au service de leurs actions et aspirations. Car avant de parler de schéma corporel, praxies,...

C'est avant tout la confiance en soi et son corps qu'il faut trouver pour pouvoir s'engager.

C'est en ce sens que je considère que le schéma corporel est indissociable de l'image du corps. L'emploi de médiation corporelle est bel et bien un soutien au schéma corporel qui ne peut se faire sans cette résonance avec l'image du corps et l'image que chacun a de soi.

Je ne sais pas de quoi sera fait demain, ni quelle population je serais amené à découvrir. Mais je garde à l'esprit qu'il me faudra rencontrer pour pouvoir proposer, qu'il me faudra toujours adapter ma pratique pour qu'elle résonne et fasse sens chez l'autre.

Tout être humain poursuit une quête du bonheur et du bien-être, cherche à s'épanouir.

En toute humilité, la psychomotricité cherche à offrir un espace de non-jugement et bienveillant où chacun sera invité à s'exprimer, explorer et s'explorer.

C'est permettre à tous d'expérimenter le plaisir de bouger et d'être, d'expérimenter un vécu positif du corps, gagner en estime de soi, en écoute de soi pour gagner en aisance à être soi.

Ainsi proposer une médiation yoga ce n'est pas seulement chercher à soutenir la structuration du schéma corporel. Notre prise en charge est toujours globale.

Si je suis amené à repropose ce médiateur, il me faudra à nouveau déconstruire mes représentations pour m'accorder aux individus que j'accompagnerai.

La proposition ne sera pas la même selon qu'elle s'adresse à un public vieillissant ou à un public présentant des troubles psychiatriques.

C'est une multitude de possibilités qui s'offrent à être imaginée. Et c'est l'implication créatrice du psychomotricien qu'il me faudra déployer.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
Chapitre 1 : Le Trouble du Développement Intellectuel (TDI): Quand le déficit nécessite un accompagnement en institution	7
A. Une présentation du trouble du développement intellectuel	7
1. Définitions générales	7
2. Critères de diagnostics et classifications.	8
2.1. L'évaluation des fonctions intellectuelles	8
2.2. L'évaluation des fonctions adaptatives	9
2.3. Quand poser le diagnostic de TDI ?	11
3. Le diagnostic étiologique	11
3.1. Les facteurs environnementaux	12
3.2. Les facteurs génétiques	12
4. Présentation de mon lieu de stage : L'institut-Médico-pédagogique (IMP)	13
B. Au fil des rencontres à l'IMP	15
1. Quand le TDI impact les fonctions cognitives	16
2. Quand le TDI impact les fonctions adaptatives	17
2.1. Les compétences sociales et la régulation socio-émotionnelle	17
2.2. Les troubles du comportement	18
3. Un trouble associé à de nombreuses comorbidités	19
3.1. Le champ des troubles neuro-développementaux	19
3.2. Les troubles somatiques	20
3.3. Les troubles psychopathologiques	20
C. L'approche psychomotrice du jeune avec un TDI	21
1. Le bilan psychomoteur et ses observations	21
2. Les axes de prises en charge et adaptation à l'enfant avec un TDI	24
2.1. Les axes de prises en charge	24
2.2. Les adaptations pour accompagner un enfant avec un TDI	25
3. Les troubles psychomoteurs et leurs évolutions	27
Chapitre 2 : Qu'est ce que le schéma corporel ?	30
A. Généralités sur le schéma corporel	30
1. Comment le concept de schéma corporel s'est il construit ?	30
1.1. L'origine du concept	30
1.2. L'apport de la phénoménologie	31
1.3. La naissance de la psychomotricité	31
1.4. L'apport de la psychanalyse	32
1.5. L'apport des neurosciences	33
1.6. La synthèse de PIREYRE	34
B. Sur quoi s'organise le schéma corporel ?	35
1. Le triptyque Sensations – Perceptions – Représentations	35
2. Le système proprioceptif	36
3. Le système visuel	37
4. Le système vestibulaire	38

5. L'espace péri-personnel (EPP)	39
C. Comment se structure le schéma corporel chez l'enfant typique ?	40
1. La période in utéro : une première découverte du corps	40
2. De 0 à 3 mois : le corps subi	40
3. De 3 mois à 3 ans : le corps vécu	41
4. De 3 à 7 ans : les discriminations perceptives	42
5. De 7 à 12 : la représentation mentale du corps en mouvement	42
D. Quelles évaluations du schéma corporel ?	43
E. Accompagner le déficit de la structuration du schéma corporel en psychomotricité	45
Chapitre 3 : L'utilisation d'une médiation en psychomotricité : le yoga	48
A. La médiation corporelle en psychomotricité	48
1. Comment définir la médiation et quels sont ses objectifs ?	48
2. Comment s'effectue le choix de la médiation ?	49
B. Pourquoi le choix du yoga au sein de l'IMP ?	49
1. Les racines ancestrales du yoga	50
2. Une pratique psychocorporelle	51
3. Le yoga comme proposition psychomotrice en soutien à la structuration du schéma corporel	51
3.1. Proprioception : sensibilité musculaire et respiration	51
3.2. Système visuel : observation du mouvement et neurones miroirs	52
3.3. Système vestibulaire : axe corporel et équilibre	53
3.4. L'espace péri-personnel	54
3.5. Une coordination des différents piliers	54
C. Les accompagnements à l'IMP	55
1. Le groupe d'expression corporelle	55
1.1. Présentation de l'atelier	55
1.1.1. Le cadre de l'atelier	55
1.1.2. Les objectifs de l'atelier	56
1.1.3. La présentation des participants	57
1.2. Le temps des séances	59
1.2.1. Le temps de la découverte	59
1.2.2. Le temps de l'absence	65
1.2.3. Le temps du renouveau	67
2. Marie	71
2.1. Son histoire de vie	71
2.2. Son évolution au sein de l'IMP	72
2.3. L'accompagnement en psychomotricité de Marie	73
2.3.1. Le bilan psychomoteur et axes de prises en charges	73
2.3.2. Les séances de psychomotricité avec Marie	76
CONCLUSION	82
TABLE DES MATIÈRES	84
ANNEXES	86
BIBLIOGRAPHIE	88

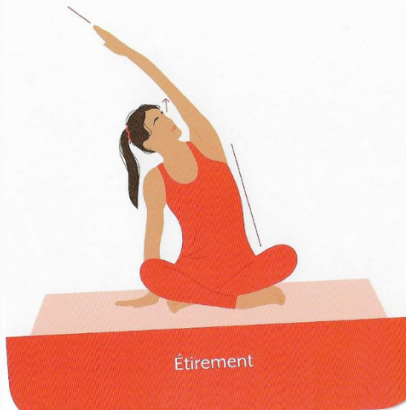
ANNEXES



LA POSTURE SIMPLE DE CÔTÉ

Parsva Sukhasana

29



Éirement

LE CÂLIN

Sukhasana (variation)

32

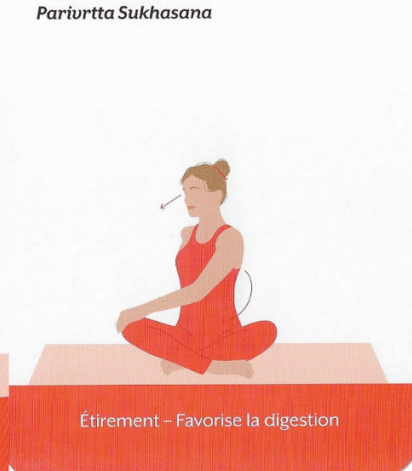


Éirement

LA POSTURE SIMPLE EN TORSION

Parivrtta Sukhasana

31

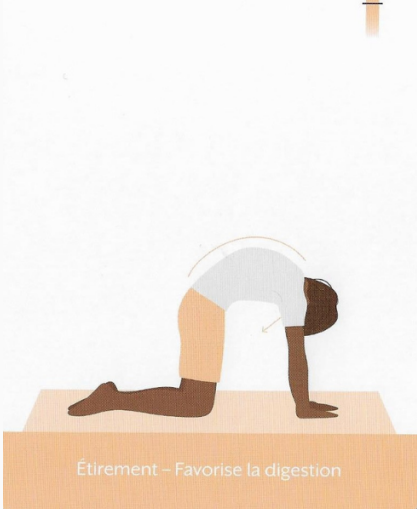


Éirement - Favorise la digestion

LE CHAT

Marjaryasana

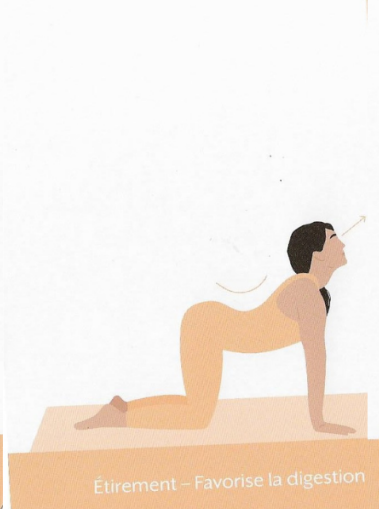
40



Éirement - Favorise la digestion

LA VACHE

Bitilasana



Éirement - Favorise la digestion

L'ENFANT SUR LE DOS

Apanasana

42

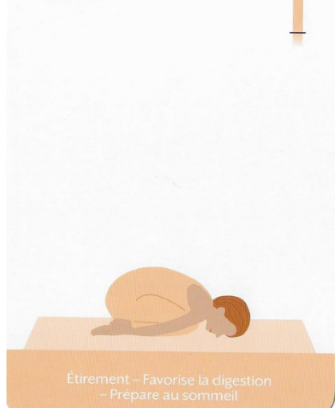


Éirement - Favorise la digestion
- Prépare au sommeil

L'ENFANT

Balasana

43



Éirement - Favorise la digestion
- Prépare au sommeil

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Alexia Gerard. AVC, Héminégligence et Anosognosie : quelle place pour la psychomotricité en rééducation ?. Sciences de l'Homme et Société. 2022. [Mémoire, institut de formation en psychomotricité, université de Bordeaux] <dumas-03716566>
- 2- Aquitaine—Institut médico-éducatif (IME) : Tous les établissements de type Institut médico-éducatif (IME) en région Aquitaine. (s.d.). Consulté 15 février 2023, à l'adresse <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/jeunes-handicapes/institut-medico-educatif--i-m-e---183/rgn-aquitaine.html>
- 3- American Psychiatric Publishing. (2015). *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Health Sciences.
- 4- Assaiante, C. (2015). Construction du schéma corporel au cours du développement sensori-moteur de l'enfant. In *Les effets de la gravité sur le développement du bébé* (p. 41-60). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.absm.2015.01.0041>
- 5- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14 –19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- 6- Bion, W. R. (2003). Aux sources de l'expérience. In F. Robert (Trad.), *Aux sources de l'expérience* (p.19-129). Presses universitaires de France. <https://www.cairn.info/aux-sources-de-l-experience--9782130534860-p-19.htm>
- 7- Bonandrini, Brigitte; *Le développement du schéma corporel*. Soins Psychiatrie, 2014-05-01, Volume 35, Issue 292, 39-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.spsy.2014.02.010>
- 8- Boulanger, J. (2016). Les troubles associés à la déficience intellectuelle: *Empan*, n° 104(4), 31-37. <https://doi.org/10.3917/empa.104.0031>
- 9- Broca, R., & Prado, C. (2013). *La déficience intellectuelle face aux progrès des neurosciences : Repenser les pratiques de soin*. Chronique sociale.
- 10- Brunelle, J.-F. (2013). *Le yoga en tant qu'activité psychomotrice : Validation d'une grille d'observation sur l'exécution de positions de yoga* [Masters, Université du Québec à Trois-Rivières]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7292/>

- 11- Bullinger, B., & André 1941-2015, B. (s. d.). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars un parcours de recherche*.
- 12- Corentine Cabane. Vieillesse et Schéma Corporel. Intérêt d'un travail de prise de conscience corporelle au sein d'un groupe "Équilibre" en EHPAD. Sciences de l'Homme et Société. 2022. [Mémoire, institut de formation en psychomotricité, université de Bordeaux] <dumas-03713359
- 13- Costini, O., Roy, A., Faure, S., & Le Gall, D. (2013). La dyspraxie développementale : Actualités et enjeux. *Revue de neuropsychologie*, 5(3), 200-212. <https://doi.org/10.3917/rne.053.0200>
- 14- Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice—Légifrance. (s. d.). Consulté 16 avril 2023, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006066735/>
- 15- Des Portes, V. & Héron, D. (2020). Troubles du développement intellectuel. *Contraste*, 51, 91-117. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/cont.051.0091>
- 16- *Des solutions pour réduire les troubles du comportement des personnes ayant un handicap mental sévère*. (2018, juin 5). CNSA. <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/des-solutions-pour-reduire-les-troubles-du-comportement-des-personnes-ayant-un-handicap-mental-severe>
- 17- De Vignemont, F. (2018). Le schéma corporel et l'image corporelle. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 204-213). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0204>
- 19- Di Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., Rizzolatti, G., 1992. Understanding motor events: a neurophysiological study. *Exp. Brain Res.* 91, 176–180.
- 20- Eiichi Naito, Tomoyo Morita, Kaoru Amemiya, Body representations in the human brain revealed by kinesthetic illusions and their essential contributions to motor control and corporeal awareness, *Neuroscience Research*, Volume 104, 2016, Pages 16-30, ISSN 0168-0102, <https://doi.org/10.1016/j.neures.2015.10.013>.
- 21- Emmanuelli, M. (2016). Chapitre II - Le processus d'adolescence : perspective psychanalytique. Dans : Michèle Emmanuelli éd., *L'adolescence* (pp. 29-66). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- 22- Escaig, F., Guitard, S., & Chaix, Y. (2018). Épilepsies. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 393-417). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0393>
- 23- Filière DéfiScience (Réalisateur). (2022, juin 21). *Les webinaires experts DéfiScience - Troubles du développement intellectuel : Quoi de neuf?* <https://www.youtube.com/watch?v=16w6v2Cn4F0>

- 24- Fontan, A. (2017). *La construction du schéma corporel dans un cerveau en développement* [These de doctorat, Aix-Marseille]. <https://www.theses.fr/2017AIXM0162>
- 25- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Gatecel, A. (2022). *Chapitre V. Une théorie du développement psychomoteur* (p. 52-74). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-psychomotricite--9782715403932-p-52.htm>
- 26- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Gatecel, A. (2022). *Chapitre VI. Les grandes fonctions appliquées à la sémiologie psychomotrice* (p. 75-111). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-psychomotricite--9782715403932-p-75.htm>
- 27- Haute Autorité de Santé. *L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI)—Volet 1.* (s. d.). https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237847/fr/l-accompagnement-de-la-personne-presentant-un-trouble-du-developpement-intellectuel-tdi-volet-1
- 28- Haute Autorité de Santé—*Troubles du neurodéveloppement—Repérage et orientation des enfants à risque.* (s. d.). Consulté 6 janvier 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque
- 29- Inserm. *Déficiences intellectuelles. Collection Expertise collective.* Montrouge : EDP Sciences, 2016. <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6815>
- 30- Kloeckner, A. (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, 34-35(1-2), 133-155. <https://doi.org/10.3917/cont.034.0133>
- 31- Lesage, B. (2021). Habitus et dialogue postural. In *Un corps à construire* (p. 69-117). Érès. <https://www.cairn.info/un-corps-a-construire--9782749269771-p-69.htm>
- 32- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structures, étayage, mouvement et relation.* Érès. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/eres.lesag.2012.01>
- 33- Lussier, F., Chevrier, E., & Gascon, L. (2018). Chapitre 5. Troubles neurodéveloppementaux. In *Neuropsychologie de l'enfant et de l'adolescent: Vol. 3e éd.* (p. 247-511). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.lussi.2018.01.0247>

- 34- MA. (2010, juin 10). Qu'est ce que le syndrome de Dravet? *Alliance Syndrome Dravet*.
<https://www.dravet.fr/comprendre/syndrome-de-dravet/syndrome-dravet-45235.html>
- 35- Marine. (2022a, mars 6). Schéma corporel de l'enfant : Évolution de la conscience du corps. *TomPousse*. <https://tompousse.fr/schema-corporel-de-lenfant-evolution-de-la-conscience-du-corps/>
- 36- Marine. (2022b, mai 6). Qu'est-ce que le système vestibulaire? *Tom Pousse*.
<https://tompousse.fr/quest-ce-que-le-systeme-vestibulaire/>
- 37- Mélissa Gabali. Faire corps : la place de la psychomotricité dans la construction corporelle de l'enfant déficient intellectuel. *Psychologie*. 2019. [Mémoire, institut de formation en psychomotricité, université de Bordeaux]. ffdumas-02178164
- 38- Obeji, R. (2022). La dyspraxie adolescente, la violence d'un corps qui n'obéit pas au doigt et à l'œil. *Perspectives Psy*, 61(1), 26-32. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2022611026>
- 39- Patanjali. (2003). *YOGA-SUTRAS : Vol. D* (F. Mazet, Trad.). Albin Michel.
- 40- Pireyre, E. W. (2021a). Le schéma corporel (1) : D'un passé confus à la clarification. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(8), 410-414.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.007>
- 41- Pireyre, E. W. (2021b). Le schéma corporel (2) : Données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(8), 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.004>
- 42- Pise, V., Pradhan, B., & Gharote, M. (2018). Effect of yoga practices on psycho-motor abilities among intellectually disabled children. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 14(4), 581-585. Scopus.
<https://doi.org/10.12965/jer.1836290.145>
- 43- Potel Baranes, C. (2009). Adolescence et relaxation : Le groupe, un contenant thérapeutique privilégié à l'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53(2), 79-89.
<https://doi.org/10.3917/rppg.053.0079>
- 44- Potel Baranes, C. (2019). *Être psychomotricien*. ERES.
- 45- Rodriguez, M. (2019). Chapitre 3. Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 27-38). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0027>
- 46- Rollot, J. (2006). Soigner le membre fantôme ? *Corps*, 1(1), 107-110.
<https://doi.org/10.3917/corp.001.0107>

- 47- Ruiz Cifuentes, T. (2019). Chapitre 17. L'apport de la psychomotricité auprès d'enfants déficients intellectuels. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p. 187-199). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0187>
- 48- Sarda, J. (2002). *Le toucher en thérapie psychomotrice*. *Enfances & Psy*, p.86-95.
- 49- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1. Concepts fondamentaux*. De Boeck-Solal.
- 50- Soppelsa, R. (2018). Développement précoce de la perception du corps. Dans : Jean-Michel Albaret éd., *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp. 63-70). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
<https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dbu.albar.2017.01.0063>
- 51- Tardan-Masquelier, Y. (2002). La réinvention du yoga par l'Occident. *Études*, 396(1), 39-50.
<https://doi.org/10.3917/etu.961.0039>
- 52- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N., & Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(1), 62-69.
<https://doi.org/10.1037/a0016249>
- 53- Tourrette, C. (2020). *Évaluer les enfants avec déficiences ou troubles du développement*. Dunod.
<https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.tourr.2020.02>
- 54- Uma, K., Nagendra, H. R., Nagarathna, R., Vaidehi, S., & Seethalakshmi, R. (1989). The integrated approach of yoga : A therapeutic tool for mentally retarded children: a one-year controlled study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 33(5), 415-421.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1989.tb01496.x>
- 55- Vincent, F. (2021). Chapitre 9. Représentation corporelle. In *Le bilan avec les tests psychomoteurs*(p.117-129).Dunod.
<https://www.cairn.info/le-bilan-avec-les-tests-psychomoteurs--9782100810031-p-117.htm>
- 56- Wolpert, D.M., Ghahramani, Z., Jordan, M.I., 1995. An internal model for sensorimotor integration. *Science* 269, 1880–1882.