



HAL
open science

Quand la volonté se heurte aux limites

Apolline Verrier

► **To cite this version:**

Apolline Verrier. Quand la volonté se heurte aux limites. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04754034

HAL Id: dumas-04754034

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04754034v1>

Submitted on 25 Oct 2024

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.



Médecine Sorbonne Université
Site Pitié Salpêtrière
91, Boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS



INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

Faculté de Médecine Sorbonne Université

MEMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien

Session Juin 2024

Quand la volonté se heurte aux limites

Présenté par Apolline VERRIER

Sous la direction de Christophe AROULANDA

Remerciements :

À Christophe Aroulanda, mon maître de mémoire. Merci pour votre disponibilité, votre implication, et vos conseils. Vous avez été un véritable soutien dans l'élaboration de ce projet, qui sans vous aurait été d'autant plus laborieux.

À Anne Vachez-Gatecel, ma directrice et maître de stage. Merci pour votre dévouement sans faille quant à la formation des futurs psychomotriciens. Évoluer à vos côtés a été d'une véritable richesse. Merci pour votre confiance et votre écoute.

À tous mes maîtres de stages avec qui j'ai eu le plaisir de me former, et plus particulièrement Elsa Warnier, Stéphanie Hartmann et Claire Le Clanche. Merci de m'avoir permis de construire mon identité professionnelle. Merci de m'avoir transmis avec passion ce beau métier dans la bienveillance et l'écoute. Vous êtes l'essence même de ma pratique.

À mes parents, ma sœur, et ma famille. Merci d'avoir cru en moi et m'avoir soutenu dans cette voie. Sans vous, tout cela n'aurait pas été possible. Merci d'avoir fait de moi la jeune femme épanouie que je suis.

À mes amies, grâce à qui ces années ont été bercées de douceur, de rire, d'écoute et d'entraide. Merci de m'avoir épaulé durant les périodes de doutes. Élodie, Lisa, Quitterie, Apolline, Élie, sans vous ma formation n'aurait pas été aussi extraordinaire.

À tous mes proches que je ne peux citer, merci d'être là.

SOMMAIRE

Introduction: 8

CHAPITRE 1 : À la rencontre de Clara 11

I. Présentation Clinique 11

1) Anamnèse 11

2) Observations psychomotrices 13

3) Prise en charge en psychomotricité 18

4) Cadre du libéral 19

II. Déficience intellectuelle 21

1) Histoire 22

2) La déficience intellectuelle aujourd'hui 23

3) Définitions 24

4) Critères de diagnostics 25

5) Sévérité des déficiences 27

6) Comorbidités 28

7) Accompagnement de la déficience intellectuelle 30

8) Impact de la déficience intellectuelle sur l'estime de soi 32

CHAPITRE 2 : Habiter son corps 34

1) Schéma corporel 35

2) Image du corps 39

3) Concept de l'intime 40

4) Enveloppe psycho-corporelle 42

5) Pulsions 48

6) Miroirs 49

7) L'investissement corporel du psychomotricien 51

CHAPITRE 3 : limites d'action du soignant. 53

1)Concept d'injonction de subjectivité.....53
2)Psychomotricien et enseignant55
3)Le pari de l'éducabilité58
4)Le talent d'Achille59
5)Mise en place d'un projet de soin, seule ?61
6)Alliance thérapeutique entre patient, famille, et thérapeute62
7)Durée de la prise en charge64

***Conclusion* :..... 66**

***Bibliographie* : 68**

***La psychomotricité s'intéresse à la manière singulière d'habiter son corps, à
notre « être au monde ».***

(Joly,2023)

Durant cette dernière année de psychomotricité, un cas en particulier a bousculé l'image que je me faisais de mon futur métier, et les objectifs de ce dernier.

C'est ainsi que j'ai voulu vous parler du cas de Clara.

Pour introduire cet écrit, il me semble pertinent de vous raconter ma première rencontre avec elle, et pourquoi cette prise en charge m'a tant questionnée.

Introduction:

« Apolline, nous allons recevoir Clara en consultation, elle a 13 ans, et elle est atteinte de déficience intellectuelle », me dit ma maître de stage. La porte s'ouvre devant une adolescente me dévisageant.

J'ai tout de suite été intriguée par ce premier contact : Clara ne parle pas, et ses yeux semblent scanner chaque partie de mon corps. Je me présente, et essaye d'entrer en contact avec elle, en vain. Après de longues minutes, sa parole se libère et Clara répond à certaines de mes questions simples par des réponses brèves.

Nous nous installons à table et entamons un jeu de société qu'elle connaît déjà très bien. J'ai l'impression de ressentir un décalage entre elle et moi : Clara agit extrêmement lentement. Elle agit tellement lentement que pour la première fois, j'ai l'impression de ressentir une certaine impatience. Clara semble totalement ailleurs, son regard est vide, elle ne semble pas éveillée. La séance se déroule, et Clara garde cette attitude.

J'ai premièrement pensé à une certaine forme d'inhibition psychomotrice. Elle est définie comme « l'impossibilité active et temporaire de la réalisation prévisible, attendue et instrumentalement possible des actions physiologiques, mentales, verbales et motrices par lesquelles un sujet, pour s'adapter à une situation relationnelle et environnementale donnée, va chercher à résoudre ses tensions internes et à réaliser ses potentialités » (Féline et Lépine, 1982). Cela suggère donc que l'inhibition psychomotrice soit une mise en réserve des possibilités d'un sujet.

Toutefois, dû à sa pathologie, Clara ne sait pas s'adapter aux situations qu'elle rencontre. De même, cette dernière ayant d'importantes difficultés dans de nombreux domaines, il semble compromis qu'elle puisse mettre à distance le peu de capacité qu'elle possède. Ainsi, à mon sens, le comportement de Clara ne semble pas être dû à une inhibition psychomotrice.

À la fin de cette consultation, je n'en suis pas moins questionnée : si ce n'est pas de l'inhibition, pourquoi agit-elle de cette manière ? Je me confie à ma maître de stage :

« J'ai l'impression qu'elle n'habite pas ce corps, qu'elle n'est pas animée ». Les semaines passent et Clara agit toujours de la même manière. Pour moi, se présente alors un premier objectif : aider Clara à s'éveiller, à habiter ce corps qui est le sien, mais qu'elle ne semble pas s'approprier. C'est ainsi que la problématique suivante s'est posée :

Dans quelles mesures peut-on considérer qu'un corps est habité, et comment cet habitacle se construit-il ?

Cependant, tout au long de cette année, je me suis posé beaucoup de questions sur cette prise en charge, et notamment quant à notre rôle en tant que psychomotricien.

Premièrement, je me suis plusieurs fois fait la réflexion qu'il était de notre volonté de modifier le comportement de Clara. Cependant, peut-être qu'elle est plus à l'aise avec ce dernier ? Pourquoi vouloir modifier une attitude au lieu de s'adapter à celle-ci et l'accepter ?

De plus, malgré tous les efforts de la psychomotricienne que Clara consulte, il n'y avait que très peu d'avancée dans cette prise en charge, et cela, depuis déjà plusieurs années. Certes, le thérapeute doit savoir faire preuve de persévérance, mais jusqu'où ? Alors, la seconde problématique suivante a été mise en lumière :

À quel degré le psychomotricien doit-il s'investir dans une prise en charge ?

Dans le cas de Clara, une sincère volonté, de sa famille et de sa thérapeute à ce que Clara évolue est présente. Cependant, de nombreuses limites mettent à mal les possibilités de son évolution. Parmi elles, le fait que la psychomotricienne soit la seule et unique thérapeute de Clara. Ajouté à cela, des difficultés d'accordage thérapeutique entre la thérapeute, Clara, et ses parents, mettent à mal le projet de soin la concernant.

Plus globalement, je me pose alors la question suivante :

Où se limite la volonté du psychomotricien dans le cadre d'une prise en charge mono-disciplinaire ?

Pour tenter de répondre à ces problématiques, je vais en premier lieu vous présenter plus en détail le cas de Clara. Pour cela, nous parlerons de son histoire, de sa pathologie, de sa prise en charge, mais aussi de son quotidien. Par la suite, nous aborderons la notion « d'habiter son corps » : de la construction de cet habitacle, à la représentation de celui-ci. Pour

cela, nous aborderons certaines notions clé de la psychomotricité, en outre, le schéma corporel et l'image du corps. Enfin, nous nous questionnerons sur notre rôle en tant que thérapeute. Pour cela, j'exposerai nos limites et nos faiblesses, mais aussi nos forces et nos engagements.

CHAPITRE 1 : À la rencontre de Clara

I. Présentation Clinique

1) Anamnèse

Clara est une adolescente de 13 ans, fille unique et vivant avec ses deux parents. Physiquement, Clara est brune portant les cheveux au carré et des lunettes, assez petite de taille, et en léger surpoids. Elle est renfermée sur elle-même et parle peu. Toutefois, elle peut rapidement se montrer joviale et rieuse avec les adultes. Nous verrons par la suite que les relations avec les jeunes de son âge sont plus difficiles.

Clara est le fruit d'un mariage mixte : sa mère est de religion chrétienne et son père de confession juive. Elle est arrivée tardivement dans la vie de ses parents : tous les deux avaient plus de quarante ans à sa naissance.

Clara est née à terme à la suite d'une grossesse qui s'est bien déroulée. Bébé, Clara ne pleurait pas et était très souriante. Elle a fait ses nuits rapidement. Clara a acquis et le langage et la marche à 18 mois sans passer par le stade du rampé ou du quatre pattes. La création de phrases est apparue vers deux ans et demi. La propreté a été acquise à trois ans et demi. Clara monte les escaliers avec alternance des pieds depuis ses six ans.

La petite section de maternelle s'est globalement bien déroulée. Les difficultés de Clara ont commencé à apparaître à partir de la moyenne section : Clara était alors décrite comme une enfant qui « faisait ce qu'elle voulait », et les apprentissages étaient difficiles. À la maison, Clara était une enfant désorganisée, avec une grande fatigabilité, ayant du mal à respecter les règles. Les devoirs étaient très compliqués du fait d'une attitude éparpillée.

Un diagnostic de TDAH (Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité) a été posé à ses sept ans. Ainsi, à partir de la primaire, Clara a été accompagnée par une AESH (Accompagnant d'élèves en Situation de Handicap). Toutefois, ses difficultés étant de plus en plus handicapantes, Clara a été orientée vers un neuropsychologue.

À la suite de ce bilan neuropsychologique, à ses huit ans et demi, un quotient inférieur à la norme a été détecté. Ainsi, Clara a été diagnostiquée Déficiante Intellectuelle Légère avec un Quotient Intellectuel de 67.

Aujourd'hui, Clara est scolarisée en 6ème en section SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté). Les apprentissages demeurent difficiles pour elle. Clara ne fait pas ses devoirs et n'apprend pas ses leçons ce qui la met d'autant plus en échec.

Dans ses relations avec ses pairs, Clara dit qu'elle préfère rester à l'écart. Elle raconte ne pas aimer discuter, préférant simplement observer. Au domicile, une grande fatigabilité est décrite. Clara a peu de lien avec ses parents. Pour s'apprêter, sa mère l'aide à se doucher et à s'habiller. La semaine, ce sont ses grands-parents qui se chargent de la récupérer au collège. Clara partage la majorité de ses repas avec eux. Le week-end, elle reste chez elle avec ses parents et passe la plupart de son temps devant la télévision.

2) Observations psychomotrices

Le dernier bilan de Clara datant de 2018, j'ai proposé à Clara un nouveau bilan psychomoteur en mars 2024. Les observations suivantes sont donc d'actualité.

a- Motricité Globale

La motricité globale peut se définir comme « l'ensemble des gestes moteurs qui assurent l'aisance globale du corps sans rechercher le raffinement d'un geste précis » (Carric, 2000, p.107).

Sur le plan moteur, Clara a acquis l'ensemble des schèmes moteurs lui permettant de se déplacer en autonomie. Toutefois, elle ne parvient pas à coordonner les membres inférieurs et supérieurs. Nous observons un regard hagard, une importante distractibilité, une instabilité motrice, un manque de tenue posturale avec des effondrements fréquents et un recrutement tonique trop important dans l'action. Les équilibres statique et dynamique sont très coûteux. Celui-ci est parasité par un défaut de régulation et d'ajustement tonique, accompagné d'un manque manifeste de tonus axial.

b- Motricité Fine

La motricité fine « concerne les activités manipulatoires sollicitant l'intervention et le contrôle de petits muscles et nécessitant de la précision ou de la dextérité ». (Rigal)

Plusieurs tests ont été passés par Clara (MABC, NP- MOT, Complémentaires). L'ensemble des épreuves de praxies manuelles montrent des difficultés praxiques très présentes touchant les gestes complexes, le déliement digitale tout comme la régulation tonique.

Au quotidien, Clara est très maladroite, elle a des difficultés à manipuler les objets du quotidien et en casse certains.

c- *Tonus*

Chez Clara, nous percevons une hypertonie d'action, une hypotonie de fond et un défaut de tonus postural.

De par son hypotonie axiale, Clara est la plupart du temps avachie, le regard pointant vers le sol, comme enroulé sur elle-même. Cette posture « fermée » participe à son exclusion relationnelle.

d- *Schéma Corporel et Image du corps*

« Le schéma corporel est la connaissance que l'on a de soi en tant qu'être corporel, c'est-à-dire : nos limites dans l'espace, nos possibilités motrices, nos possibilités d'expression à travers le corps, les perceptions des différentes parties de notre corps, le niveau verbal des différents éléments corporels, les possibilités de représentation que nous avons de notre corps » (De Lièvre et Staes, 2000). L'image du corps, elle, est propre à chacun : « elle est liée au sujet et à son histoire. Elle est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles » (Dolto, 1984)

Clara, possède une intégration du schéma corporel fragile, qui est démontré par l'épreuve des somatognosies de Berges, consistant à nommer et montrer les différentes parties du corps. Nous percevons également un manque d'investissement et de conscience corporelle. L'image du corps est très immature : à l'épreuve du bonhomme de Goodenough, son dessin est très pauvre, il manque de détails, et correspond à la représentation d'un enfant de 6 ans.

En conséquence d'une importante immaturité dans ses perceptions corporelles, il est important d'ajouter que Clara n'a pas conscience de l'aspect fonctionnel du corps humain. En effet, Clara ne sait pas de quoi le corps est conçu ni comment ce dernier fonctionne. La notion d'intimité n'est pas perçue.

Il semble intéressant de se questionner quant à cette notion d'intimité. En effet, comme je l'ai énoncé plus tôt, Clara ne fait pas sa toilette seule. Mais alors, lui laisse-t-on la place d'avoir une intimité ? Est-ce qu'on ne lui laisse pas faire car elle n'en est pas capable,

ou n'en est-elle pas capable puisqu'on ne la laisse pas faire ? Comment construire une intimité sans ces gestes autour du corps ?

e- Organisation Spatio-Temporelle et Temps

Le temps correspond selon le Larousse à « un moment ». En psychomotricité, il est défini comme un organisateur corporel et psychique. Il conditionne l'adaptation de l'être au monde (Perot, 2017). L'organisation spatio-temporelle correspond alors à la manière dont le sujet s'organise dans le temps et dans l'espace.

Nous retrouvons chez Clara un trouble des compétences visuo-constructives et visuo-spatiales, c'est-à-dire que Clara a d'importantes difficultés à assembler et construire.

Concernant le temps, Clara sait nommer les jours de la semaine. Toutefois, les mois et les saisons restent mal connus. Elle réussit à se situer dans la journée sans pour autant pouvoir justifier sa réponse. Nous pouvons noter un retard d'acquisition des notions temporelles et de repérage dans le temps, ce qui met un frein à son autonomie. Clara est donc dans l'incapacité de se rendre seule à son collège, situé dans la même rue que son domicile.

De plus, nous percevons chez Clara une grande lenteur d'exécution. Dans son quotidien, cette lenteur pose de nombreuses difficultés : par exemple, Clara est en permanence en retard au collège, puisque sans étayage, elle est très lente pour se préparer, déjeuner... De même, les camarades de sa classe refusent de jouer avec elle, puisqu'elle est « trop lente ». Dans son entourage, cette lenteur a pu susciter des réactions d'énervements, difficiles à vivre pour Clara

f- Langage

Selon le dictionnaire le Robert, le langage est « une fonction d'expression de la pensée et de la communication entre les humains, mise en œuvre par la parole ou par l'écriture ».

Nous constatons chez Clara d'importantes difficultés dans les domaines de compréhension et d'expression à l'écrit comme à l'oral. Les notions de syntaxe, de grammaire et d'orthographe sont atteintes.

Clara s'exprime très peu, elle est la plupart du temps silencieuse et dans l'observation. Elle possède peu de vocabulaire et ce dernier est très immature.

Au collège cela pose problème, Clara ne comprend ni ses leçons, ni les consignes des exercices. Avec ses camarades de classe, un écart de langage est présent, ne facilitant pas son intégration sociale.

Enfin, Clara ne bénéficie pas d'un suivi orthophonique. Sans ce dernier, rattraper un retard de langage aussi important semble difficile.

g- Sphère cognitive

Selon le Centre des Ressources des Réhabilitation Psycho-Sociales, les fonctions cognitives « sont les capacités de notre cerveau qui nous permettent d'être en interaction avec notre environnement : elles permettent de percevoir, se concentrer, acquérir des connaissances, raisonner, s'adapter et interagir avec les autres ». Elle englobe également les fonctions exécutives qui mettent en jeu les notions de planification, de mémoire et d'attention.

Clara souffre de difficultés de représentation mentale et d'abstraction. Cela veut dire qu'elle a des difficultés à isoler quelque chose et à le considérer indépendamment. Nous observons une grande lenteur dans le traitement de l'information.

Les fonctions exécutives sont également touchées au vu de ses capacités de planification, de mémoire et d'attention extrêmement fragiles.

h- Comportement

Clara se présente comme une adolescente assez à l'aise dans la relation avec les adultes s'ils viennent à elle et la stimulent. Elle s'exécute aux consignes qui lui sont posées sans résistance.

Du fait de son importante distractibilité et de son instabilité psychomotrice, il est nécessaire de contenir et recentrer Clara régulièrement afin qu'elle parvienne au bout de sa tâche.

Son attention, extrêmement labile, se révèle perturbante dans son quotidien. Clara

oublie ce qu'elle doit faire et les tâches quotidiennes sont parasitées par son inattention. Ce défaut d'attention perturbe énormément son estime d'elle-même. Clara se sent souvent incapable de faire les choses.

Ce manque de confiance en elle se manifeste également par des réponses type « je ne sais pas », « c'est grave si je n'y arrive pas ? ».

La plupart du temps, Clara présente une attitude assez inhibée et en décalage dans la situation. Ses réactions ne sont pas toujours adaptées. Sa posture repliée sur elle-même, sa faible communication, accompagnée d'une fuite dans le regard la mettent à distance physiquement et psychologiquement.

i- Sphère relationnelle

Clara se montre très en retrait avec les jeunes de son âge. Sa grande immaturité pose problème dans son milieu social, elle a des difficultés à s'identifier aux autres et à s'intégrer.

Clara raconte les relations amicales et amoureuses de son collègue sans comprendre ce qui se joue derrière tout ça. De même, des jeunes hommes lui ont fait des avances, allant même jusqu'à lui toucher la poitrine, sans que Clara ne comprenne que cela est problématique. Clara ne sait pas ce que ça veut dire être amoureux. Ce décalage de centres d'intérêt par rapport aux jeunes de son âge accentue sa mise en marge et peut la mettre en danger.

3) Prise en charge en psychomotricité

Clara est suivie en psychomotricité à raison d'une séance de quarante-cinq minutes par semaine depuis ses 7 ans dans un cabinet libéral. Le bilan de Clara a mis en évidence un retard global dans l'ensemble des domaines psychomoteurs (Mars 2024). Ainsi, une prise en charge englobant toutes ces difficultés a été mise en place. Un travail autour de la régulation tonique, d'un réinvestissement corporel, de ses difficultés praxiques et de sa motricité fine et générale a vu le jour, incluant également les difficultés attentionnelles et cognitives de Clara.

Bien que Clara ait fait de nombreux progrès depuis le début de sa prise en charge, il semble évident qu'une séance par semaine est un rythme trop peu soutenu. En effet, durant les séances, Clara est impliquée et volontaire, mais a besoin d'un étayage et d'un soutien quasi-constant. Dans ces dernières, le but est de rendre Clara pleinement actrice, en passant notamment par des dispositifs impliquant la prise de décision.

Concernant son quotidien, nous pouvons nous poser la question de l'adaptabilité de son lieu de vie et de son lieu d'enseignement. De par ses grandes difficultés, Clara aurait du bénéficier d'un accompagnement plus soutenu au quotidien, notamment dans un IME (Institut Médico-Éducatif). Aujourd'hui, Clara dispose d'un âge un peu trop avancé pour espérer intégrer un IME. Alors, une orientation en IMPro (Institut Médico-Professionnel) semblerait la plus pertinente.

Le nombre de difficulté de Clara étant conséquent, il va de soi que la psychomotricienne ne peut pas, à elle seule, toutes les aborder. Il s'agit alors d'en cibler certaines, en priorisant celle qui semblent les plus handicapantes, mais pour qui et selon qui ?

A ce jour, sa prise en charge s'oriente vers un travail plus axé sur la cognition, afin

d'exploiter et d'entretenir au maximum ses capacités. Il s'agit également de l'accompagner dans sa scolarité où les apprentissages sont extrêmement compliqués, et où Clara est très souvent en échec. Suite à cela, il semble primordial de l'aider à avoir une meilleure estime d'elle-même, et de la soutenir dans cette période difficile et tumultueuse qu'est l'adolescence.

4) Cadre du libéral

Comme nous l'avons vu précédemment, Clara dispose d'un suivi en psychomotricité dans un cabinet libéral depuis plusieurs années. Ainsi, il semble pertinent d'en préciser le cadre.

La loi du 23 mars 2012 donne la définition suivante : « Les professions libérales regroupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mis en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant » (Art. 29-1).

Dans son cabinet, il doit « assumer seul la clinique, la tenue du secrétariat, l'entretien des locaux et toutes les autres démarches administratives » (Saint-Ges, 2019, p.475). Le psychomotricien est dans l'obligation d'intervenir à la suite d'une prescription médicale : il n'a pas d'autres obligations de lien avec un autre professionnel de santé d'un point de vue administratif. Toutefois, d'un point de vue éthique, cela est différent.

Cette non-obligation de lien questionne et inquiète de par la connaissance de l'importance d'un travail pluridisciplinaire notamment dans le domaine médical. C'est alors au bon vouloir du thérapeute d'accorder de son temps pour contacter les autres acteurs du plan de soin de son patient. De plus, si chaque professionnel de santé en libéral est rémunéré au forfait ou à l'acte et agit dans son cadre conventionnel, aucun apport n'est prévu pour le temps chronophage de coopération entre eux. Le psychomotricien échange également avec la famille du patient, mais aussi avec ses enseignants : ce temps n'est pas rémunéré. Dans le cas de Clara, il n'y a pas eu de lien entre ses différents thérapeutes. Nous pouvons nous demander quelles en sont les conséquences.

D'autre part, le salaire du psychomotricien en libéral est dépendant du paiement des familles. De plus, « N'étant pas régi par une convention avec l'assurance-maladie, le psychomotricien peut fixer librement le montant de ses honoraires dans le respect du tact et de la mesure. » (Jacquet & Miermon, 2015, p. 170). N'étant pas remboursées par la sécurité sociale, les séances de psychomotricité en cabinet libéral peuvent devenir un vrai budget pour les patients ou leurs familles. Cet aspect financier peut représenter un frein pour certains et peut mettre à mal la régularité des soins.

Pour conclure, rappelons que : « le libéral pose, encore plus qu'ailleurs, la question du cadre » (Saint-Ges, 2019, p. 476).

II. Déficience intellectuelle

Avant d'aborder le sujet de la déficience intellectuelle, il semble pertinent de s'intéresser à la définition de l'intelligence. Selon le Larousse, dictionnaire de la philosophie : « l'intelligence est l'ensemble des fonctions psychologiques d'adaptation pratique aux situations nouvelles qui mobilisent des compétences abstraites dans le traitement de problème ». De plus, pour le Robert, il s'agit de « la faculté de connaître, de comprendre, qualité de l'esprit qui comprend et s'adapte facilement ».

Ainsi, une personne déficiente intellectuelle serait dépourvue de ces facultés : elle serait en importante difficulté lorsqu'il s'agit de s'adapter et de comprendre.

1) Histoire

L'émergence de la notion de déficience intellectuelle démarre au début du XIXe siècle, lorsque Jean-Étienne Esquirol, psychiatre et père de l'organisation de la psychiatrie française, sépare idiot et dément et évoque « l'idiotie », qui signifie pour lui le niveau le plus grave de l'absence d'intelligence. Il affirme : « L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois ; c'est un riche devenu pauvre. L'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. L'état de l'homme en démence peut varier, celui de l'idiot est toujours le même. Celui-ci a beaucoup de traits de l'enfance, celui-là conserve beaucoup de sa physionomie de l'homme fait. Chez l'un et l'autre, les sensations sont nulles ou presque nulles ; mais l'homme en démence montre dans son organisation, et même dans son intelligence, quelque chose de sa perfection passée ; l'idiot est ce qu'il a toujours été, il est tout ce qu'il peut être par rapport à son organisation primitive » (1838).

Plus tard, vers 1840, Édouard Seguin, pédagogue, crée la première école dédiée à l'éducation des « idiots » et sépare « l'idiotie », correspondant à la déficience intellectuelle moyenne et grave, de « l'imbécilité », déficience intellectuelle légère.

Ce n'est qu'au début du XX^{ème} siècle qu'Alfred Binet (pédagogue et psychologue) et Théodore Simon (psychiatre) introduisent le terme « d'âge mental » et élabore une échelle métrique de l'intelligence. Cette dernière a pour but de mesurer le développement de l'intelligence des enfants en fonction de l'âge. Wilhelm Stern, psychologue allemand, alimente leurs travaux en y ajoutant la notion de quotient mental, aujourd'hui appelé quotient intellectuel (Q.I), pour décrire et classer cette déficience.

En 1939, Wechsler élabore un premier test d'intelligence destiné aux adultes. Par la suite, il crée un test destiné aux enfants et aux adolescents : le WISC. Il publie pour finir un troisième et dernier test destiné aux enfants : le WPPSI.

2) La déficience intellectuelle aujourd'hui

Désormais, trois organisations reconnues internationalement étudient la déficience intellectuelle, sa classification et ses critères diagnostiques : l'American Psychiatric Association (APA) avec le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cinquième version (DSM-5), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa Classification Internationale des Maladies (CIM-11) et l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (Inserm, 2016).

Actuellement, l'utilisation du terme « déficience intellectuelle » est la plus courante, mais de nombreuses appellations du passé sont toujours utilisées. Si le terme « retard mental » est encore fréquemment utilisé, il n'en est pas moins incorrect, puisqu'il ne s'agit pas d'un retard, mais d'un arrêt de développement, ce retard ne pouvant pas être rattrapé. Ainsi, le DSM-V et la CIM 11 privilégient les termes de handicap intellectuel et de Trouble du Développement Intellectuel. Ces derniers sont jugés équivalents et sont favorisés puisqu'ils mettent en jeu la notion de développement, intrinsèquement liée aux troubles neurodéveloppementaux, ainsi que les notions de déficits adaptatifs et sociaux.

3) Définitions

De fait, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'American Psychiatric Association et l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities ont chacune donné leurs définitions à propos du Trouble du Développement Intellectuel.

Selon l'OMS, la déficience intellectuelle est définie comme étant « la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences. Il en découle une aptitude diminuée à faire face à toutes les situations de manière indépendante, un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement ».

Pour l'AAIDD, cela représente « une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifeste dans les habilités conceptuelles, sociales, et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans ».

Enfin, selon le DSM-V « Le handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) est un trouble débutant pendant la période du développement, fait de déficits tant intellectuels qu'adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques ».

4) Critères de diagnostics

Bien que ces trois grandes institutions internationales émettent des définitions différentes sur la déficience intellectuelle, elles regroupent toutes les trois les mêmes critères de diagnostics, qui sont les suivants :

- A.** Un déficit des fonctions intellectuelles comme : le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par l'expérience, confirmés par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence individuels standardisés. (DSM-V)

Ces éléments ont pu être évalués par la NEPSY II dans le cas de Clara quand elle avait sept ans et demi.

La NEPSY II est une épreuve d'évaluation du développement neuropsychologique qui évalue les six éléments suivants : le langage, la mémoire des apprentissages, les fonctions sensori-motrices, le traitement visuo-spatial, les perceptions sociales, ainsi que l'attention et les fonctions exécutives. Cette batterie de test a révélé chez Clara des difficultés majeures dans l'ensemble de ces domaines.

- B.** Un déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance au long cours, les déficits adaptatifs limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité. (DSM-V) Le déficit des fonctions adaptatives est mis en évidence par une évaluation du fonctionnement adaptatif, notamment avec la Vineland- II, en cas d'altération d'au moins un des trois domaines (Des Portes et Héron, 2020). Cette altération se traduit par une aide constante, matérielle ou humaine, nécessaire, dans un ou plusieurs champs de la vie quotidienne.

Dans le cas de Clara, ce test n'a été pas effectué.

C. Un début du déficit intellectuel et adaptatif pendant la période du développement. (DSM-V)

Le déficit des fonctions intellectuel est repéré grâce au WISC pour les enfants, et le WAIS pour les adultes, accompagné d'une évaluation clinique. Après de multiples révisions, le WISC, devenu le WISC-V, se base sur cinq indices : compréhension verbale, visuospatial, raisonnement fluide, mémoire de travail et vitesse de traitement. De plus, il permet de calculer le Quotient Intellectuel.

Clara a passé le test WISC à ses huit ans et demi. De ce dernier est ressorti les éléments suivants : d'importantes difficultés en vitesse de traitement et en mémoire de travail, ainsi que des difficultés plus modérées en compréhension verbale, et en analyse visuo-spatiale.

De plus, le WISC permet de calculer le quotient intellectuel. Chez Clara il est de 67, nous allons voir ce que cela implique.

5) Sévérité des déficiences

Si à l'époque de Seguin seulement deux degrés de déficience était évoqué, aujourd'hui, quatre degrés de sévérité sont distingués : la déficience légère, la déficience modérée, la déficience sévère et la déficience profonde.

La déficience intellectuelle légère est définie par un quotient intellectuel compris entre 50-55 et 70. Concernant la déficience intellectuelle modérée, le quotient intellectuel du sujet atteint se trouve entre 35-40 et 50-55. La déficience intellectuelle sévère concerne les individus ayant un quotient intellectuel compris entre 20-25 et 40-45. Enfin, la déficience intellectuelle profonde correspond à un quotient intellectuel situé en dessous de 20-25.

Plus récemment, l'AAMR et le DSM-V apportent une modification à cette échelle, se basant sur le niveau d'aide nécessaire au quotidien pour faire face aux déficits adaptatifs (Inserm, 2016).

Ainsi, les quatre degrés de sévérité restent inchangés mais correspondent aux niveaux d'assistance requis dans les domaines pratique, social et conceptuel. On qualifie alors de déficience légère quand le besoin d'aide est intermittent, de déficience modérée lorsqu'une aide limitée est nécessaire pour les actes complexes, de déficience sévère en cas d'aide pour toute activité du quotidien, et enfin de déficience profonde lorsque la personne est sans arrêt dépendante d'autrui. (American Psychiatric Association, 2015).

Clara, ayant un quotient intellectuel de 67, souffre donc d'une déficience intellectuelle légère, elle aurait donc besoin d'une aide partielle dans son quotidien. Toutefois, Clara est très accompagnée dans son quotidien, nous pouvons donc nous questionner sur la sévérité de sa déficience, au vu de la place que prend son handicap dans la vie de tous les jours.

Nous pouvons tout de même nous poser la question suivante : est-elle très accompagnée dans son quotidien car elle est en incapacité de faire seule, ou est-elle en incapacité de faire seule puisqu'elle n'a pas eu la possibilité de s'autonomiser?

6) Comorbidités

Selon le dictionnaire médical : « la comorbidité désigne, en premier lieu, des troubles ou des affections associées à la maladie dont il est question, que l'on appelle le « diagnostic principal ». La déficience intellectuelle est fréquemment associée à d'autres diagnostics, notamment à un autre trouble neurodéveloppemental. La fréquence d'association augmente avec la sévérité de la déficience (Inserm, 2016).

Dans le cas de Clara, le diagnostic principal est la déficience intellectuelle, et de nombreux troubles lui ont été associés. En effet, avant que sa déficience intellectuelle ne lui soit découverte, les professionnels de santé avaient uniquement diagnostiqué chez Clara un TDAH (Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité). Cependant, il s'est avéré que ce trouble découlait en réalité de son handicap mental. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), il s'agit d'un trouble qui associe 3 symptômes dont l'intensité et les manifestations varient selon la personne : le déficit de l'attention ; l'hyperactivité motrice et l'impulsivité. Chez Clara, le TDAH se traduit par une désorganisation concernant les capacités de représentation de l'espace et du temps, des difficultés à se situer, des difficultés de régulation tonique, des difficultés d'équilibres statiques et dynamiques, un manque d'élaboration motrice et des troubles perceptivo-moteurs.

Le TDAH la place en difficulté notamment dans ses apprentissages scolaires. Par ailleurs, les troubles des apprentissages sont associés au TDAH, qui lui-même est associé au handicap mental. Les troubles des apprentissages touchent l'acquisition des compétences scolaires de base : la lecture, l'écriture, et l'arithmétique. Ainsi, malgré une adaptation de ses apprentissages, grâce à sa scolarisation en SEGPA, Clara est en difficulté dans les habilités scolaires et est en échec de façon quasi-permanente. Clara se retrouve bien en dessous de la moyenne attendue.

De plus, le comportement de Clara pose question sur un potentiel trouble dépressif, qui peut être une des comorbidités du handicap mental. Le syndrome dépressif fait partie des troubles de l'humeur : il est défini par une perturbation de cette dernière et une altération du fonctionnement social. L'humeur se définit comme « un état affectif durable sur la journée ou d'une journée à l'autre. Elle est sans objet et se maintient sans nécessité d'événement

particulier ». Lors d'un syndrome dépressif (Épisode dépressif majeur), nous pouvons retrouver : une diminution de l'intérêt ou du plaisir, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, une dévalorisation, une diminution de l'aptitude à penser... Tout cela correspond pleinement au comportement de Clara au quotidien. De fait, Clara passe ses journées devant la télévision, ne ressent pas ou peu de plaisir, oscille entre agitation et ralentissement psychomoteur, et se dévalorise beaucoup. De plus, Clara peut avoir des épisodes d'hyperphagie, et est en surpoids. Les fluctuations pondérales font également partie des critères de diagnostic du syndrome dépressif.

Enfin, le handicap mental de Clara a été accompagné d'un Trouble Développemental des Coordinations (TDC). Un TDC est présent lorsque l'acquisition ou l'exécution de la coordination motrice est nettement en dessous du niveau attendu pour l'âge. Ces difficultés interfèrent de façon significative et persistante avec la performance dans les activités de la vie courante et la réussite scolaire. Les premiers symptômes apparaissent tôt dans le développement. Chez Clara, le TDC se traduit notamment par un trouble des coordinations, un trouble de l'équilibre, un mauvais déliement des doigts, une lenteur d'exécution, des difficultés de perception de l'espace et des distances, et une incapacité du cerveau à interpréter et organiser les informations captées par les sens pour orienter une action.

Le handicap intellectuel peut également être associé à un trouble sensoriel, un trouble psychiatrique, un trouble psychopathologique, un trouble moteur, un trouble du comportement ou à une épilepsie (American Psychiatric Association, 2015 ; Dalla Piazza et Dan, 2001 ; Des Portes et Héron, 2020 ; Inserm, 2016).

7) Accompagnement de la déficience intellectuelle

Le trouble du développement intellectuel est l'un des principaux troubles du neuro-développement et concerne 2 % de la population, soit plus d'un million de personnes en France (Des Portes, Héron, 2020).

Généralement, le diagnostic de déficience intellectuelle peut se faire assez précocement chez les sujets atteints. Ainsi, ceux-ci peuvent être orientés vers un Institut Médico-Éducatif (IME). Selon l'association Acséa, « les IME sont des établissements d'accueil français qui accueillent les enfants et adolescents atteints de handicap mental présentant une déficience intellectuelle liée à des troubles neuropsychiatriques : troubles de la personnalité, moteurs et sensoriels, de la communication ». Ces instituts accueillent des jeunes garçons et filles de 6 à 20 ans.

En France, il y a actuellement environ 1200 IME, ce qui correspond à approximativement 80 000 places pour des jeunes handicapés. Toutefois, si l'on considère que 2 % de la population est concernée par un handicap mental, cela représente environ 320 000 cas de sujets atteints ayant moins de 20 ans. Nous constatons alors que le nombre de places proposées est trop peu important. Pour pallier cela, un système de liste d'attente est mis en place dans la plupart des IME. De plus, ces derniers fonctionnent « à plein » et sont remplis à plus de 100%.

Face à cette sur-population, 60 % des IME estiment que leurs conditions de scolarisation mises en œuvre ne répondent que partiellement aux besoins que les professionnels peuvent identifier. Cela est notamment causé par une insuffisance d'effectif, un manque de qualification par rapport aux handicaps et pathologies rencontrés, et une nécessité d'adaptation à chaque jeune impossible à assurer.

Dans le cas de Clara, le diagnostic de sa déficience a été effectué de façon assez tardive et les IME de sa région n'ont pas disposé d'une place pour l'accueillir. C'est ainsi que Clara a dû se contenter de l'accompagnement qu'elle avait quand elle était uniquement diagnostiquée TDAH. Malheureusement, cet accompagnement n'est pas suffisant au vu de la sévérité de son handicap.

Cette prise en charge trop faible est inquiétante quant à ses possibilités d'évolution future et à son insertion dans la vie professionnelle si elle n'intègre pas rapidement un IME ou un IMPro. En effet, si certains jeunes bien accompagnés en IME peuvent espérer une future insertion dans la société grâce notamment à certains établissements de travail en milieu protégé, qu'en est-il des jeunes non intégrés dans les IME ?

8) Impact de la déficience intellectuelle sur l'estime de soi

Si à de nombreuses reprises, Clara refuse de participer aux activités demandées, la question suivante se pose : est-ce un défaut de volonté ou est-ce une peur de ne pas réussir en raison d'une faible estime d'elle-même ?

Selon Christophe André et François Lelord, « l'estime de soi est un phénomène discret, impalpable, complexe, dont nous n'avons pas toujours conscience ». D'après eux, elle reposerait sur « trois piliers » : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour du soi.

André C. considère l'estime de soi comme un « phénomène complexe, à multiples dimensions, au nombre de cinq chez l'enfant » (André, 2005) : l'aspect physique, la réussite scolaire, les compétences athlétiques, la conformité comportementale, et la popularité.

L'estime de soi est « une construction psychosociale qui prend son origine dans un système d'interactions complexes entre le sujet et des autres significatifs mettant en jeu une dynamique de comparaison sociale » (Fourchard & Courtinat-Camps, 2013).

Ainsi, elle représente une place plus qu'importante dans le domaine social. Prêteur ajoute que « L'estime de soi désigne l'ensemble des attitudes et des sentiments que le sujet éprouve à l'égard de lui-même et qui l'orientent dans ses réactions comme dans ses conduites organisées ». Ainsi, elle permettrait notamment aux individus de s'adapter à leur environnement.

Cependant, il a été évoqué plus tôt que les sujets atteints de déficience intellectuelle ont d'importantes difficultés à s'adapter. Alors, ceci remet en cause la place que l'estime de soi prend en eux.

L'estime de soi est, selon le petit Larousse de la psychologie (2008), « l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine ». Toutefois, cette définition suggère le fait de « se considérer », mais est-ce vraiment le cas chez Clara ?

Chez les sujets atteints de handicap mental, l'image du corps est très perturbée, tout comme le schéma corporel. De plus, ces derniers possèdent également de réelles difficultés

de représentation mentale. Le cumul de ces différentes problématiques suggère une construction du soi difficile, impactant ainsi l'estime de soi.

Les conséquences d'une faible estime de soi sont multiples et diverses. Premièrement, cela peut se manifester par une peur de l'échec. Cela se remarque chez Clara par des phrases comme « je ne vais pas y arriver » ou « c'est trop dur pour moi ». De plus, une faible estime de soi peut être traduite par un sentiment de honte et de déception chroniques. Une tension intérieure amenant une insécurité dans les situations sociales, et un sentiment d'exclusion sociale peuvent également éclore à la suite d'une pauvre estime de soi.

L'attitude de Clara, étant souvent à l'écart socialement, pourrait alors être en partie expliquée par cette pauvre estime d'elle-même, amenant alors un sentiment d'être différente des autres, et en insécurité avec eux.

Mais alors la question se pose : cet écart social est-il en lien avec sa déficience intellectuelle ou avec cette pauvre estime d'elle-même ? Au final, qu'est ce qui majore quoi, et est-ce vraiment important de le savoir ? Peut-être cela modifierait la façon de l'aider ou de mener les séances de psychomotricité ?

La réponse à ces questions pourrait découler d'une interprétation du thérapeute. Cela met en évidence la difficulté d'être le seul soignant dans une prise en charge. Ainsi, bénéficier d'une supervision afin d'échanger et se questionner sur ces suivis complexes semblent primordial.

CHAPITRE 2 : Habiter son corps

« La psychomotricité est un dispositif de soin thérapeutique qui s'intéresse en tout premier lieu, aux fondations d'une construction de la plus haute importance, un sujet humain. La mise en place de ces fondations constitue la condition indispensable d'une intériorité psychique ». (Potel, 2019)

Habiter son corps est un acte psychique appuyé sur du sensoriel qui participe de la construction identitaire. (Brun, 2006). Toutefois, afin de l'habiter, il semble primordial d'en avoir conscience. Selon Catherine Potel, « Nous n'avons pas toujours été conscients d'avoir un corps bien à nous. Porté, baigné, objet de tous les soins de notre mère, ce sentiment est venu petit à petit. »

Ainsi, le psychomotricien aurait-il comme objectif que son patient construise cet édifice solide afin d'y accueillir sa psyché ?

Nous allons nous intéresser à la construction de celui-ci, et à la manière de l'habiter, et voir ce qu'il en est concernant le cas de Clara.

1) *Schéma corporel*

« Le schéma corporel est la connaissance que l'on a de soi en tant qu'être corporel, c'est-à-dire : nos limites dans l'espace, nos possibilités motrices, nos possibilités d'expression à travers le corps, les perceptions des différentes parties de notre corps, le niveau verbal dans différents éléments corporels, et les possibilités de représentation que nous avons de notre corps » (De Lièvre, Staes, 2004). Dans l'évolution considérée comme « normale », le schéma corporel se développe en six périodes, correspondant à six corps, six étapes se succédant dans un ordre chronologique prédéfini.

a- Le corps subi

Premièrement, le corps subi : celui-ci se définit comme une étape limitée dans le temps durant laquelle l'enfant subit son corps (de ses 0 à 3 mois). En effet, ce dernier n'est pas maître des décisions prises à son égard et vit suivant « le schéma d'alimentation en six étapes cycliques (sommeil, faim, éveil, cri, succion, satiété) » (De Lièvre, Staes, 2004).

Dans le cas de Clara, cette période s'est bien déroulée : aucune difficulté de sommeil et d'alimentation n'a été évoquée par ses parents. Ainsi, jusqu'ici, Clara suivait un développement similaire au référentiel.

b- Le corps vécu

Ensuite, vient le corps vécu, correspondant à l'étape sensori-motrice de Piaget : l'enfant explore son environnement grâce à la motricité et à la sensorialité. « À ce stade, les aspects cognitifs et affectifs sont intimement liés. L'enfant établit des relations entre ses désirs et les circonstances extérieures, il commence à vouloir agir » (De Lièvre, Staes, 2004). Cette phase a lieu entre les 3 mois et les 3 ans de l'enfant.

Chez Clara, tout semble s'être bien déroulé dans cette période : elle a trouvé des stratégies pour explorer l'environnement (déplacement sur les fesses), puis a acquis la marche sans retard. Les parents décrivent une petite fille curieuse qui expérimentait les objets. C'est également durant cette période qu'elle est devenue propre.

c- Le corps perçu

Dans un troisième temps, vient le corps perçu. Cette période, de 3 à 7 ans, correspond au « perfectionnement de la motricité : l'enfant résout ses problèmes dans le monde des objets, son ajustement postural est meilleur » (De Lièvre, Staes, 2004).

Ici, nous percevons un décalage chez Clara. En effet, c'est à cette période que des plaintes ont commencé à être évoquées par les parents et par la scolarité : Clara se disperse, rencontre des difficultés à se poser, est toujours dans le mouvement, et présente des difficultés d'ajustement postural. Ainsi, nous pouvons nous questionner sur un potentiel retard d'acquisition du schéma corporel à partir de cette période.

En psychomotricité, durant cette période, il s'agit de « favoriser les sensations visuelles, les sensations internes et proprioceptives pour aider l'enfant à percevoir son corps » (De Lièvre, Staes, 1993). C'est donc ce travail qui a été entrepris avec Clara en début de prise en charge.

d- Le corps connu

Durant cette quatrième période, l'enfant va acquérir une connaissance topologique des différentes parties du corps. Il peut verbaliser son vécu corporel, ce qu'il perçoit.

Nous remarquons que Clara n'a pas totalement acquis cette phase : en effet, elle ne possède pas une connaissance totale de la topographie du corps humain.

C'est pendant cette période que l'enfant apprend à organiser son corps dans l'espace. « Au niveau proprioceptif, l'enfant va sentir à l'intérieur de son corps, par l'intermédiaire de ses muscles et articulations, la position de ses membres les uns par rapport aux autres. Il placera de plus en plus spontanément les bras dans la bonne direction et à la bonne amplitude » (Le Lièvre, Staes, 2004).

Nous remarquons une fois encore que Clara ne maîtrise pas cette composante. Nous pouvons prendre exemple de la passation du test d'Évaluation de la Motricité

Gnosopraxique distale de Vaivre-Douret : « le but du test d'imitation de geste est d'évaluer la mise en place du schéma corporel et coordination motrice du jeune enfant » (Albaret, 2018).

Durant cette épreuve, Clara ne parvient pas à reproduire les gestes de l'examineur, parfois même sur les postures les plus simples (Mars 2024). Cela témoigne, en partie, de difficultés praxiques, mais également, d'un engagement limité de son corps, avec un déficit proprioceptif. Clara peut situer la posture de l'autre dans l'espace et décrire cette dernière, mais elle ne parvient pas à la reproduire avec son propre corps.

Cela témoigne des difficultés d'investissements corporel que subit Clara, et de la faible acquisition du schéma corporel présent chez elle.

e- Le corps exprimé

Puis vient le stade du corps exprimé : « Le corps, dans ses attitudes et ses mouvements, est ce par quoi j'apparais et m'exprime à autrui » (De Lièvre, Staes, 2004).

Durant cette période, l'enfant comprend les émotions et peut les traduire corporellement. Le corps peut exprimer une situation : le mime devient possible.

Clara peut exprimer des émotions corporellement, toutefois, celle-ci ne sont pas toujours en adéquation avec la situation. Par exemple, elle peut rire de façon immotivée dans des situations n'évoquant en aucun cas de l'humour, et est alors incapable d'expliquer pourquoi elle réagit de cette façon. Ainsi, nous pouvons percevoir un retard d'acquisition du corps exprimé.

Durant les séances de psychomotricité, un travail de verbalisation du vécu est entrepris. De même, Clara apprend à réagir de manière plus adaptée aux situations et à prendre conscience de ses émotions.

f- Le corps maîtrisé

Enfin, le stade du corps maîtrisé. « Un des instruments de l'être humain est son corps. Il doit pouvoir répondre correctement aux désirs de l'individu. Il doit pouvoir s'adapter au contexte environnant » (Le Lièvre, Staes, 2004). Cette maîtrise passe par différentes

composantes : le tonus, l'ajustement postural, l'inhibition, l'équilibre, l'ensemble des coordinations corporelles, la respiration, la sensibilité...

Cette phase apparaît en dernier puisqu'elle nécessite l'acquisition des étapes précédentes. Celle-ci n'est pas acquise par Clara, puisque cette dernière ne maîtrise en aucun cas son corps.

Le bilan psychomoteur montre de grandes difficultés de coordinations. Sa motricité est très coûteuse en raison d'une non-adaptation de son tonus. D'importants troubles d'équilibres également sont présents, plaçant Clara en difficultés au quotidien. Elle est maladroite, vacille, se cogne, et n'est pas stable dans la marche et dans la posture debout.

Globalement, nous pouvons dire que Clara a beaucoup de mal à ajuster sa gestuelle et à maîtriser son corps. Ce corps ne peut alors pas répondre correctement à ses désirs et être adaptés quotidiennement.

En conclusion, Clara possède un schéma corporel non aboutit, mettant en difficulté l'habitation de son corps. Toutefois, nous pouvons nous demander si ce dernier sera aboutit un jour pour Clara. Ainsi, quel serait le rôle du psychomotricien : accompagner Clara vers l'acquisition d'un corps maîtrisé ? Nous pouvons également nous questionner sur les conséquences de ce schéma corporel non aboutit sur l'image du corps.

2) Image du corps

Concernant l'image du corps, Paul Schilder, psychiatre et psychanalyste, déclare : « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». Au contraire du schéma corporel, l'image du corps n'est pas simplement acquise ou non « l'image du corps peut être labile et changeante. Elle peut se dilater et se rétrécir ; elle peut abandonner certains de ses éléments au monde extérieur ; elle peut en incorporer d'autres » (Schilder, 1935). L'image du corps est nourrie d'affects, « c'est le schéma corporel libidinalisé » (Guiose, 2024).

A l'adolescence, l'image du corps prend une dimension « d'image sociale » (Schilder, 1935). Durant cette période, on cherche à être le plus calqué aux autres aussi bien au niveau du comportement et du physique.

Clara est adolescente, pourtant c'est sa mère qui décide de la manière dont elle s'habille. Clara a pu nous verbaliser que ceci lui pose un problème. Sa façon de s'habiller ne correspond pas à l'image qu'elle souhaite renvoyer. Clara veut être la plus conforme aux jeunes filles de son âge, tester de nouvelles choses, montrer davantage son corps... Au contraire, sa mère lui propose des vêtements couvrants et larges. Nous pouvons mettre en lumière le conflit qui se joue alors en cette période pour Clara. De même, une nouvelle fois la question de l'autonomie se pose : pourquoi ne pas laisser Clara décider ?

Par ses formes et sa puberté, son corps renvoie qu'elle devient une femme. Cependant, elle ne se représente pas en tant que tel. Une équation est produite : son corps change, et Clara souhaite peut-être créer une relation miroir avec ses camarades de classe. Toutefois, la présence de sa mère semble vouloir encore la protéger et limiter ce que son corps donne à voir. Ainsi, un écart se creuse une fois de plus avec les jeunes filles de son âge.

3) Concept de l'intime

« L'intime, c'est ce qui est contenu au plus profond d'un être, qui lie étroitement par ce qu'il y a de plus profond, qui est tout à fait privé et généralement tenu caché aux autres. Quant à l'intimité, c'est l'agrément, le confort d'un endroit où l'on se sent tout à fait chez soi » (Kohn, 2002).

Abordons désormais cette question de l'intime chez Clara au travers d'une situation qui s'est produite au collège.

Quelques mois après son entrée en sixième, deux garçons ont abordé Clara en lui demandant de lui toucher la poitrine. Clara a accepté, sans comprendre l'intention qu'il pouvait y avoir derrière cela. La même semaine, lors de sa séance de Psychomotricité, Clara confie « ils étaient bêtes, ils ont voulu me toucher les seins, j'ai dit oui car je n'ai pas compris ce qu'ils voulaient » en rigolant. À la suite d'un questionnement de la part du thérapeute, elle dit ne pas savoir ce qu'est « l'intime ».

Au-delà du fait de ne pas connaître le mot, c'est autre chose de ressentir et protéger ce qu'est « l'intime », et Clara ne semble pas en être à ce stade. Mais, comment se construire une intimité en étant constamment accompagnée, même pour la toilette ?

De plus, il semble important d'aborder le sujet des menstruations. En effet, Clara est réglée depuis plusieurs années. Toutefois, cette dernière ne sait pas ce qu'est ce liquide qui quitte son corps, ni ce qu'il représente. Clara indique n'avoir pas eu de réponse à ses questions auprès de ses parents. De même, elle répond à la question « comment fait-on pour avoir un enfant ? » par « je ne sais pas, je crois qu'il y a une histoire de petite graine, mais maman ne veut pas m'en parler ».

Cette situation met en lumière un nouveau conflit en elle, avec un système de pensée qui rencontre des difficultés à intégrer différents facteurs de la réalité, et une mise à distance de ses questionnements de son entourage.

Clara n'a pas conscience de cet aspect de limite qui borde et fait frontière entre ce qui lui est propre, ce qui lui appartient, qui est privé, et au contraire de ce qui est de l'ordre du social et qui est partageable (Guiose, 2024).

Pour revenir sur l'épisode s'étant produit au collège, cette intrusion dans son intimité questionne quant aux répercussions que cela pourrait avoir. Qu'en est-il de la construction corporelle et psychocorporelle de Clara ? *

Peut-être est-il du devoir du psychomotricien d'accompagner son patient vers la création d'une intimité, notamment grâce au concept d'enveloppe ?

4) Enveloppe psycho-corporelle

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), « enveloppe » vient du verbe « envelopper » et signifie une « matière ou objet souple s'adaptant à la forme de l'objet ». Ainsi, une limite se crée entre un espace interne, un intérieur, et un espace externe, un dehors.

Anne-Marie Latour, psychomotricienne, indique : « il ne suffit pas d'avoir une peau tout autour pour se sentir enveloppé, un squelette pour s'imaginer solide, des organes sensoriels pour communiquer et des orifices corporels pour se sentir capable de maîtriser et d'apprécier les échanges avec son environnement. Le « sentiment d'être » est cette part imaginaire qui doit s'intriquer avec le somatique propre à chaque individu ». (s.d.)

L'enveloppe psycho-corporelle correspond à la symbiose de deux types d'enveloppes : l'enveloppe corporelle et l'enveloppe psychique.

a- Enveloppe corporelle

L'enveloppe corporelle correspond à la peau, l'enveloppe cutanée. Celle-ci s'ajuste à ce qu'elle contient, constituant une interface qui entoure la globalité du corps afin d'en délimiter les contours (Marion, 2020).

Selon Ferrera & Caro, la peau est constituée de trois couches :

- L'épiderme, correspondant à la première couche de la peau, visible et superficielle.
- Le derme, qui donne à la peau sa tonicité et son élasticité grâce à sa richesse en collagène et en élastine.
- L'hypoderme comme dernière couche, constitué d'adipocytes et faisant fonction d'isolant thermique.

Cet ensemble assure différentes fonctions :

- Une barrière protectrice et immunitaire contre les corps étrangers et les agressions extérieurs. La peau assure une limite réelle, physique, entre le dedans et le dehors, le moi et le non-moi (Marion, 2020).
- Une fonction de relation : c'est un organe sensoriel qui permet la découverte du monde par le toucher, elle forme une interface entre le sujet et autrui (Marion, 2020).
- Une fonction de cicatrisation, car elle peut se régénérer au quotidien ainsi qu'après une potentielle agression.
- Une fonction de thermorégulation, grâce à l'hypoderme, qui maintient et régule une bonne température corporelle
- Une sensibilité, grâce à ses nombreux récepteurs sensitifs qui acheminent l'information sensorielle au système nerveux (Marion, 2020)

Cette peau, cette enveloppe corporelle, est présente dès la naissance de l'enfant. Ainsi, nous pouvons affirmer que Clara possède bien cette enveloppe corporelle, mais en a-t-elle conscience ? De plus, l'enveloppe psychique n'est pas encore mise en place lors de la naissance de l'enfant, et va s'élaborer petit à petit comme nous allons le voir par la suite.

b- Enveloppe psychique

A. Le moi-peau d'Anzieu

« Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan

opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif » (Anzieu, 1995).

« La première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique s'étaye sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci. C'est ce que je propose d'appeler le Moi-peau. » (Anzieu, 1995)

Le Moi-peau est une « représentation dont le Moi de l'enfant se sert durant les phases précoces de son développement, pour se représenter lui-même, à partir de son expérience de la surface du corps, comme Moi qui contient les contenus psychiques. » (Chabert, Cupa, Kaes, & Roussillon, 2008, p. 81).

Le Moi-peau fait donc le lien entre la construction de l'appareil psychique et l'expérience du corps. Les représentations affectives et cognitives s'organisent progressivement au sens du toucher et du contact corporel peau à peau (Marion, 2020).

D'après D. Anzieu, chaque fonction psychique s'étaye sur une fonction organique. Il détermine huit fonctions au Moi-Peau, tout en affirmant que cette liste peut-être complétée, et que l'ordre qu'il indique « n'obéit à aucun principe classificatoire rigoureux » (Anzieu, 1995).

Ainsi, les huit fonctions du Moi-Peau sont les suivantes :

- *Fonction de maintenance du psychisme*

La peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, de même que le Moi-peau remplit une fonction de maintien du psychisme. La fonction biologique est exercée par ce que Winnicott a appelé le holding (1962), c'est-à-dire la manière dont la mère soutient de corps du bébé. Ainsi, le Moi-peau exerce une fonction de maintenance du psychisme par une intériorisation du holding maternel.

- *Fonction de contenance*

Le Moi-peau permet de contenir les excitations qui pourraient menacer l'intégrité du bébé. Il vise à envelopper tout l'appareil psychique et contient le noyau pulsionnel que Freud nomme le « ça ». La peau, elle, recouvre la surface entière du corps.

- *Fonction de pare-excitation*

Le Moi-peau protège la psyché des excès de stimulations tandis que la couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci contre les agressions physiques, les radiations, les excès de stimulations.

- *Fonction d'individuation de soi*

Le Moi-peau assure une fonction d'individuation du Soi et apporte un sentiment d'être un être unique. La membrane des cellules protège l'individualité de la cellule en distinguant les corps étrangers auxquels elle refuse l'entrée et les substances semblables auxquelles elle accorde l'admission ou l'association. Par son grain, sa couleur, sa texture, la peau humaine présente des caractéristiques individuelles différentes.

- *Fonction d'intersensorialité*

La peau contient des poches, des cavités, où sont logés les organes des sens autre que le toucher. Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originnaire qu'est l'enveloppe tactile.

- *Fonction de soutien de l'excitation sexuelle*

La peau du bébé fait l'objet d'un investissement libidinal de la mère. La nourriture et les soins s'accompagnent de contacts peau à peau qui préparent l'auto-érotisme et situent les plaisirs de la peau comme toile de fond habituelle des plaisirs sexuels. Le Moi-peau remplit la fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle, surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées et la différence des sexes reconnue.

- *Fonction de recharge libidinale*

Le Moi-peau maintient une tension énergétique interne du fonctionnement psychique comme la peau, surface de stimulation, maintient le tonus sensori-moteur par les excitations externes. (Marion, 2020)

- *Fonction d'inscription des traces*

Grâce à ses différents organes sensoriels, la peau fournit des informations sur le monde extérieur. Le Moi-peau aura une fonction d'inscriptions des traces sensorielles tactiles

B. L'enveloppe feuilletée de Houzel

Si Anzieu parle de deux couches concernant l'enveloppe psychique, Houzel choisit de parler de trois couches. Il décrit une « enveloppe feuilletée », constituée de trois feuillets.

Le premier feuillet correspond à « la pellicule ».

La pellicule est « l'effet de tension superficielle de la dynamique pulsionnelle elle-même. » (Houzel, 2010, p. 24). C'est la membrane du pare-excitation. C'est cette dernière qui fait filtre avec le monde extérieur. Elle permet, en outre, de se protéger de l'intrusion.

Chez Clara, cette membrane n'est pas encore construite. En effet, ce feuillet ne sélectionne pas et les « mailles de ce tamis sont encore ouvertes » (Guiose, 2024). Ainsi, la pellicule accueille toutes les informations extérieures, pouvant être bonnes, sans impacts, ou néfastes pour elle.

La situation vécue avec les garçons de son collègue illustre bien cela : Clara a accueilli une demande extérieure sans la filtrer (ou du moins, elle n'en a pas eu le temps). Cet événement n'a, d'après le retour oral de Clara en séance, pas eu d'impact négatif sur elle pour l'instant. Toutefois, il ne faut pas négliger que ce genre de situation, où l'enveloppe ne fait pas barrage, peut conduire au traumatisme, puisqu'il y a intrusion dans la sphère intime. Cependant, dans le cas de Clara, comment cela peut conduire à un traumatisme si elle n'a pas conscience de l'intime ?

Le second feuillet correspond à « la membrane ».

C'est le lieu qui inscrit le vécu. Tout ce qui est vécu et perçu est inscrit ici, transformant la pellicule en membrane. Ainsi, un stock d'inscriptions de notre expérience passée reste en nous, apportant de la solidité à la pellicule. Cette transformation aboutit à l'émergence de l'enveloppe psychique, avec le sentiment, pour le sujet, d'habiter l'espace interne de cette

enveloppe (Marion,2020).

Le troisième et dernier feuillet correspond à « l'habitat »

« Il est le résultat de ce qui précède, une enveloppe psychique constituée, avec la construction des limites du Soi et le sentiment d'identité » (Doduik,2013). Ce dernier feuillet permet de donner un sens à ce qui a été filtré dans la pellicule et inscrit dans la membrane. Il permet au sujet de donner du sens et de s'en faire une représentation.

Dans le cas de Clara, elle ne parvient pas à traduire les informations qu'elle a vécues et qui ont été inscrites. Ainsi, nous pouvons suggérer que ce feuillet n'est pas mature, et par conséquent que son enveloppe ne l'est pas non plus. Cette enveloppe pas encore construite rend difficiles la création et l'habitation de cet habitacle, puisque Clara ne se sert pas de ses expériences passées pour se construire.

L'habitat est un autre type de stabilité qui permet la construction des limites du Soi et du sentiment d'identité, l'enveloppe psychique est constituée. Il correspond aussi au lieu que l'on habite dans l'espace, qui doit être stable. (Marion,2020) « Quel que soit le degré d'indépendance que nous atteignons pour maintenir notre stabilité psychique et notre sentiment d'identité, nous restons toujours plus ou moins dépendant de notre environnement et de sa stabilité. » (Houzel, 2010, p. 35).

5) Pulsions

Pour Sigmund Freud, la pulsion désigne la présence « dans le psychisme les exigences d'ordre somatique » (Abrégé de psychanalyse, 1938). La pulsion, d'origine biologique, génère les forces à l'œuvre dans le psychisme, elle impulse une dynamique (Juignet,2022).

Si nous avons vu la construction de l'enveloppe psychique, Houzel ajoute que celle-ci est dynamique : elle prend la pulsion pour en faire quelque chose. Il utilise l'image d'une vallée avec des torrents qui ont une force. L'eau qui vient dans la vallée est emportée dans les torrents, qui vont lui donner une direction. L'eau est la métaphore de la pulsion. Alors, dans l'enveloppe psychique telle que Houzel la perçoit, la pulsion va aller dans l'enveloppe psychique et trouver une direction (Guiose,2024).

Dans le cas de Clara, une pulsion, celle des garçons, a été agi. Clara, n'ayant pas une enveloppe psychique mature a accepté celle-ci. Cette pulsion n'a pas été filtré et n'a pas pris sens, elle n'a pas donné lieu à une représentation (Guiose,2024). Cela n'a pas fait sens puisque cette pulsion ne s'est pas inscrite dans le feuillet d'inscription, car Clara n'a pas de représentation de convenance, notamment à cause de son handicap intellectuel : Clara ne possède pas les règles de bienséance et de société.

6) Miroirs

Il semble intéressant d'aborder le stade du miroir, comme Lacan l'a décrit, dans le cas de Clara. Dans ce stade, Lacan décrit le moment où l'enfant commence à se reconnaître dans le miroir et où il perçoit un rapport entre le reflet du miroir et lui-même.

Lacan affirme : « Il y suffit de comprendre le stade du miroir comme une identification au sens plein que l'analyse donne à ce terme : à savoir la transformation produite chez le sujet, quand il assume une image » (Lacan, 1949). C'est lors de cette période que la séparation entre le « je » et le « moi ».

On ne naît pas séparé, mais on devient séparé, et c'est grâce au stade du miroir que l'enfant s'identifie. Il existe en tant qu'individu et l'autre est une personne séparée, c'est-à-dire qu'il ne peut pas la contrôler. C'est là que l'individu a son premier contact avec la castration de la possibilité de confronter son narcissisme (Owens et Quinn, 2017).

Ici, Clara a conscience qu'elle est une individualité, et qu'elle est séparée de sa mère. Désormais adolescente, nous pouvons aborder l'importance de « l'effet miroir » :

En effet, Clara grandit avec comme exemple les jeunes filles de son âge dans la manière dont elles se comportent, la manière dont elles s'habillent et leur manière de s'exprimer... Le vêtement similaire aux autres filles de sa classe permet à Clara de s'identifier et de s'exprimer en tant que fille. Selon Catherine Potel, « le vêtement dit les événements de la vie, en cela il se fait emblème culturel, symbole [...]. Il est aussi un code social, a longtemps marqué de son sceau les appartenances, la place hiérarchique de chacun dans la société. Il rend compte des âges, des générations. » (2021, p.54).

Toutefois, Clara ne dispose pas l'autorisation parentale pour s'habiller comme ces jeunes et donc ne peut pas, malgré son désir, ressembler à elles.

Cette transformation du corps en effet miroir peut se faire par imitation avec les autres du même âge. Toutefois, comme Clara ne ressemble pas à celles-ci, nous pouvons imaginer qu'elle se sente en décalage.

De même, Clara a tendance à répéter des expressions ou des phrases dites par les

jeunes de son collègue. Cependant, elle ne sait pas leur sens, et les utilise dans un contexte totalement inapproprié. Nous percevons bien ici le désir de se calquer aux autres, d'évoluer en miroir avec les filles de sa tranche d'âge.

Ce déclin d'apparence, d'attitude, et même de facultés (au vu de son handicap) peut empêcher Clara de grandir en miroir avec ceux de son âge. Ainsi, Clara peut ressentir une mise à l'écart trop importante qui peut influencer ses émotions.

7) L'investissement corporel du psychomotricien

Si nous avons conclu dans les paragraphes précédents que Clara ne possède pas une enveloppe psycho-corporelle aboutie, quelle place le psychomotricien doit-il prendre pour l'aider?

Lors des séances avec Clara, la thérapeute prend la place de l'enveloppe, en la contenant oralement avec la voix, physiquement par le regard, mais également psychiquement, par la pensée. En effet, lorsque Clara raconte les différents événements pouvant être qualifiés de « problématiques » par la société, la thérapeute accueille ce discours, et le traduit, afin d'afficher à Clara ce que cela renvoie.

Lors de l'événement où les garçons avaient effectué des attouchements sur Clara, la thérapeute était dans une posture contenant : elle a accueilli le discours d'une pulsion qui aurait pu être destructrice, elle l'a travaillé en interne, puis a renvoyé à Clara un discours fait de représentations, afin d'aider Clara à construire son enveloppe psychique. (Guiose, 2024)

« La fonction à contenir s'appuie sur un travail psychique permettant de transformer des tensions en éléments éprouvés dans et par des processus intersubjectifs, groupaux, vivants. L'état des enveloppes psychiques traduit le résultat dynamique de ce travail. » (Mellier, 2005)

En réalité, Clara ne possède pas les fonctions nécessaires pour comprendre le danger. Cependant, la thérapeute le comprend : alors elle contient quelque chose de mauvais pour Clara (ce que Bion nomme éléments Beta) afin de lui renvoyer quelque chose de plus adapté pour elle (ce que Bion appelle les éléments Alpha).

Les éléments bêta sont des « éléments non-pensables, incapables de se lier entre eux, tout juste susceptibles de s'agglomérer en ce qu'il appelle un écran bêta. C'est le "contenu" ».

Ne sachant pas les contenir, Clara les projette sur son environnement maternel, ici, la thérapeute.

Concernant les éléments alpha, « Ces éléments sont traités par le psychisme de la mère, par sa capacité de rêverie, laquelle est inhérente à la mystérieuse fonction alpha, elle

joue alors le rôle de contenant » (Ducret,2011)

En prenant cette place de contenante et en ayant un discours protecteur, la thérapeute sert d'enveloppe psychique de substitution (Guiose,2024). Anzieu parlerait du Moi-peau auxiliaire. Dans le cas de Clara, la thérapeute, enveloppe psychique auxiliaire, l'aide notamment à différencier ce qui est de l'ordre de l'intime, et ce qui est de l'ordre du social.

CHAPITRE 3 : limites d'action du soignant.

1) Concept d'injonction de subjectivité

Depuis le début de la prise en charge de Clara en compagnie de ma maître de stage, je me pose la question du « pourquoi nous proposons cela, et vers quoi nous voulons que Clara évolue ». Plusieurs fois, je me suis demandé si la pousser dans les apprentissages était vraiment dans son intérêt, et si cela n'était pas le cas, pour qui cela était bénéfique. J'ai remarqué qu'à plusieurs reprises, il était question de faire entrer Clara dans une norme.

Selon le Larousse, la norme correspond à « une règle, un principe, un critère auquel se réfère tout jugement » mais également à « un ensemble de règles de conduite qui s'imposent à un groupe social ».

Cet essai d'inclusion dans la norme s'est premièrement ressenti lorsque j'ai souhaité que Clara aille plus vite dans l'exécution des dispositifs qui lui étaient proposés. Par exemple, lors de jeux de sociétés, Clara était très lente pour jouer son tour, ce qui pour moi représentait un problème. Alors, j'ai premièrement voulu intervenir sur sa rapidité d'exécution. Toutefois, après réflexion, ce n'était pas un problème que Clara joue lentement, sauf pour la faire rentrer dans une norme, celle d'une vitesse d'exécution plus habituelle. L'essentiel ici n'était pas forcément la manière dont Clara agissait, mais le fait qu'elle réussisse à agir, et il était alors question de la valoriser sur ce point.

De même, cette volonté de la faire « entrer dans la norme » est présente chaque jour, et notamment dans les apprentissages scolaires. Clara se trouve actuellement en classe de sixième SEGPA, et de nombreuses difficultés sont déjà présentes. Clara est constamment en échec scolaire : elle ne comprend pas ses leçons et ses notes sont bien en dessous de ses camarades de classe. En raison d'attentes trop élevées au vu de ses capacités, l'estime d'elle-même de Clara est très impactée.

Clara affectionne tout particulièrement le dessin, ne pouvons-nous pas imaginer que la pousser dans ce domaine ne serait que bénéfique pour elle ? Toutefois, oui, Clara ne rentrerait pas dans la norme attendue d'une adolescente qui suivrait un parcours scolaire dit « normal ». Cela dit, Clara pourrait potentiellement s'épanouir et évoluer dans un domaine valorisant pour elle. Ainsi, cela mettrait en lumière ses capacités, et non ses incapacités.

Nous pouvons alors aborder le sujet d'injonction de subjectivité de Jean-Marie Barbier. « L'injonction de subjectivité est un outil d'analyse des actions de sujets visant à obtenir d'autres sujets une activité de construction de sens autour de leur propre activité » (Jean-Marie Barbier, 2023).

Selon lui, elle concerne toutes les situations au cours desquelles nous pouvons observer une « pression sociale à l'autonomie et à l'individualisation, un intérêt pour la notion de sujets n'émanant pas des sujets eux-mêmes, mais des institutions et des organisations qui les encadrent » (2023). Dans le cas de Clara, cette dernière citation m'a énormément parlé. En effet, en aucun cas, l'envie d'être autonome et de s'individualiser vient de Clara. Cette poussée vers la notion de sujet à part entière est régie par sa famille, et ses soignants. Clara est passive de cette situation, et ne montre de l'intérêt que pour ce qui l'anime. Cependant, ce n'est pas l'envie de devenir sujet qui l'éveille, alors si nous voulons l'animer, pourquoi la pousser dans une activité contraire à sa volonté ?

2) Psychomotricien et enseignant

Bien que dans cette partie j'ai décidé d'associer les métiers de psychomotricien et d'enseignant, il ne faut pas pour autant occulter que chaque métier à ses compétences et ses spécificités. Le terme enseignant est ici utilisé au sens où il vise à développer le potentiel de chacun, et de lui fournir les clés nécessaires à son parcours.

α- Apprendre et Enseigner

Premièrement, il est important de distinguer les deux termes suivants : apprendre et enseigner.

Pour Maria Teresa Sá, apprendre, c'est accueillir des contenus dont nous supposons qu'ils nous seraient utiles pour résoudre certaines questions sur le monde ou encore sur nous-même (2002). De fait, le désir d'apprendre correspond donc au désir de modifier la dimension de notre monde mental et de notre relation avec le monde qui nous entoure.

« Enseigner, c'est faire de la place pour que l'autre puisse grandir, en lui présentant quelques-unes des découvertes que nous avons faites tout au long de notre parcours »(Maria Teresa Sá, 2002).

Ainsi, en tant que psychomotricien, dans notre rééducation, nous enseignons aux patients, de par notre expérience personnelle et nos connaissances acquises, diverses clés pour l'aider et l'accompagner. Le patient, lui, se saisit de ce qu'il juge nécessaire et qui est possible d'apprendre pour lui, afin d'être plus à l'aise au quotidien.

De fait, le thérapeute se doit de fournir le maximum de clés dont il dispose afin que son patient se saisisse au mieux de celles-ci.

b- L'école et l'apprentissage

Dans le cas de Clara, la famille est très demandeuse qu'un accompagnement à la scolarité soit effectué durant les séances de psychomotricité. Au-delà de la question de sens dans la thérapie de cette action, cela pose de nombreuses questions quant à l'acceptation de son échec scolaire.

Lors de son entrée en classe de sixième en septembre 2023, l'espoir que Clara réussisse et s'épanouisse dans cette scolarité adaptée semblait conséquent pour sa famille. Clara nous relatait durant les séances l'appui quotidien de sa famille sur le fait de faire ses devoirs, d'avoir de bonnes notes...

L'école, et plus globalement l'institution scolaire, nous concerne tous. Elle fait partie à part entière de notre avenir et de celui de nos proches. Selon le Robert, elle correspond à « un établissement dans lequel est donné un enseignement collectif (général ou spécialisé). » Ainsi, par définition, cela suggère une égalité des chances en termes de perspectives d'évolutions puisque l'ensemble du groupe y suit les mêmes enseignements.

Toutefois, l'école se veut adaptée à chacun, avec la création de classe spécialisée comme celle où se trouve Clara. Cette adaptation se veut accompagnante afin d'une fois encore donner à tous le plus de chance de réussir. Cependant, en étant dans une classe spécialisée, une inégalité commence déjà à se montrer. En effet, il n'est pas sans preuve que dans une grande partie des cas, un élève réussissant dans un parcours général à plus de perspectives d'évolution qu'un élève réussissant dans un parcours spécialisé.

Aujourd'hui, il y a une multitude d'aménagement scolaire visant « à lutter contre l'échec scolaire, comme s'il était un problème. En réalité, l'échec scolaire n'est pas le problème de l'école, c'est la solution au problème de la sélection » (Philippe Meirieu, 2015).

Pour Philippe Meirieu, il y a une forme de double langage dans l'institution scolaire : « On prétend faire réussir tout le monde, et on veut la réussite de tous, mais en même temps, si tout le monde réussissait, cela poserait un vrai problème » (2015). En effet, il n'y a pas de place pour tout le monde en haut de la hiérarchie, mais alors il n'y a pas également de la place pour tous en bas de la hiérarchie. Pour autant, même si nous pouvons percevoir une

hiérarchisation des situations professionnelles, chacune de ces dernières est essentielle au fonctionnement de notre société.

Dans ce cas-là, pourquoi ne pas accepter que potentiellement Clara ne puisse pas réussir, qu'elle ne puisse pas atteindre le haut de cette hiérarchie ? L'important, ne serait-il pas, en tant que thérapeute, d'accompagner Clara et ses proches dans une acceptation de cela ? D'autant qu'il serait question de revaloriser Clara, et de mettre en lumière ses capacités, qui certes ne rentrent pas dans un schéma scolaire ordinaire, mais qui n'en sont pas moins gratifiante.

Nous savons que Clara présente une faible estime d'elle-même. Mettre en avant ses compétences et lui permettre de les exploiter au maximum semblent représenter un accompagnement thérapeutique pertinent. Par exemple, Clara affectionne le dessin, il s'agirait par exemple de travailler sur la régulation tonique afin de lui permettre un résultat plus harmonieux.

En mettant en avant ses capacités, qui peut-être ne rentrent pas dans la norme attendue, il s'agirait de redonner à Clara l'image d'une jeune fille capable et talentueuse, en dépit de l'image actuelle d'une jeune fille en difficulté scolaire.

3) Le pari de l'éducabilité

Nous pouvons relier ces derniers propos à la notion du « pari de l'éducabilité » de Philippe Meirieu.

Selon lui, l'école peut avoir un rôle essentiel, « celui de faire mentir toutes les formes de fatalité, faire mentir toutes les formes de reproduction, faire mentir toutes les formes de déterminisme ». Ainsi, cela irait faire barrière avec ce que nous avons dit précédemment, et il s'agirait de remettre en question la destinée presque toute tracée de chacun.

Le postulat de l'éducabilité, « c'est de postuler que tout le monde, même celui qui a été identifié comme le plus en difficulté, peut s'en sortir, peut apprendre, peut grandir ».

En tant que psychomotricien, nous pouvons adopter ce postulat concernant nos patients. Il s'agit d'avoir la croyance que chacun d'eux peut se développer, et de lutter contre cette fatalité qui s'affiche parfois face à nous.

Par définition, cela est un postulat et Philippe Meirieu insiste sur le fait que ce n'est pas une vérité absolue et que peut-être chacun ne peut pas évoluer à la même hauteur. Toutefois, nous nous devons de ne pas faire le postulat qu'un patient n'y arrivera pas.

Dans le cas de Clara, même si la situation scolaire actuelle semble vouée à l'échec, que ses progrès en séance et dans son quotidien sont moindres, nous nous devons, si nous faisons le pari de l'éducabilité, croire en cette potentielle évolution. Ainsi, nous pouvons nous présenter comme un appui, et fournir à Clara toutes les clés possibles, en espérant qu'un jour elle s'en saisisse.

Cette croyance permanente en l'évolution positive de Clara peut, je pense, changer la façon dont on se positionne face à elle, peut changer les propos que nous lui tenons, et les propositions que nous lui faisons. Croire en son développement, c'est lui offrir la possibilité de ce dernier, ne pas la restreindre, mais la soutenir dans cette voie.

4) Le talent d'Achille

Malgré cette volonté que chacun de nos patients se développe, nous faisons parfois face à des situations où les choses ne progressent pas. Ainsi, il est important de se questionner sur cela et de ne pas voir cet arrêt comme un échec.

Dans la prise en charge de Clara, une certaine redondance dans les séances se fait ressentir, ce qui m'a vraiment donné une impression d'inutilité, comme si cette prise en charge en psychomotricité, où je suis une des actrices principales, était un échec. Plusieurs fois, je me suis sentie impuissante face à cette situation qui me dépassait : celle d'une prise en charge où je donnais tout pour que les choses changent, et où malheureusement, cela ne portait pas ses fruits.

Cette sensation d'impuissance se ressent par exemple lorsque Clara explique ses relations avec ses camarades, et où je peux percevoir du danger (comme par exemple l'agression sexuelle qu'elle a subi). Lorsque Clara relate des faits de ce type, je tente de lui expliquer mon point de vue, et de la conseiller pour la protéger. En séance, j'essaye de faire en sorte que Clara soit plus adaptée dans ses relations avec les autres, en passant par la parole et le jeu de faire semblant. Malheureusement, durant ces séances et en dehors, son comportement n'évolue pas, ce qui m'a vraiment questionné.

Pour la première fois dans une prise en charge, je ne suis pas parvenue à mettre mes affects et mes inquiétudes personnelles de côté. Accepter que Clara ait peut-être toute sa vie des relations non-conventionnelles avec les autres était inenvisageable pour moi. J'ai pendant longtemps eu très peur de l'impact que cela pourrait avoir pour elle, alors que dans les faits, cela semblait beaucoup plus m'affecter qu'elle.

Par définition, un thérapeute est « une personne qui soigne les malades » (Le Robert). Cela suggère que l'unique vocation du soignant est de guérir son patient. Or, si nous ne parvenons pas à faire évoluer notre patient comme nous le souhaitons, où que ce dernier n'évolue plus, cela veut-il alors dire que nous ne sommes pas thérapeutes ?

Dans le cas de Clara, cette non-possibilité de la réajuster corporellement et psychiquement aux autres fait-elle de nous des mauvais soignants, et au-delà de ça, des « non-thérapeute » ?

Marc Guiose, dans son livre « Soins Palliatifs et Psychomotricité » sorti en 2007, aborde le sujet du « Talent d'Achille ». Selon lui, chaque soignant s'investit pleinement dans chacune de ses prises en charge, et se donne à elles pour que ces patients se soignent. Cet engagement peut faire ressentir de la souffrance au thérapeute, si les choses n'évoluent pas comme il le souhaite. En ce sens, ce dévouement au travail est la faiblesse du thérapeute, et donc son talon d'Achille. Toutefois, ce don de soi est également la force du soignant. Alors, le talon d'Achille, devient le « Talent d'Achille » : un mélange de force et de faiblesse.

5) Mise en place d'un projet de soin, seule ?

Lors de la première partie de cet écrit, j'ai fait le choix d'insister et de décrire en détail le cadre du libéral (cf partie 1).

Ma réflexion sur le cas clinique de Clara m'a poussée à faire l'hypothèse que le fait d'une prise en charge en libéral dans son cas était une limite vis-à-vis de son évolution. En effet, ma maître de stage est la seule thérapeute que Clara voit régulièrement. Pour autant, Clara possède de nombreuses difficultés dans une multitude de domaines.

Dans des cas aussi sévères que celui de Clara, la mise en place d'un projet de soin avec les autres soignants est d'autant plus importante puisqu'elle permet une prise en charge plus complète. De même, travailler en lien avec d'autres professionnels permet de se remettre en question sur son travail et de se réajuster encore plus sur les besoins du patient. Cela permet également de cibler nos objectifs personnels avec ce patient dans le cadre de notre profession.

Comme évoqué précédemment, le cadre du libéral impose certaines difficultés de liens entre les différents thérapeutes d'un même patient. Alors, bien que Clara ait vu occasionnellement un neuropsychologue et un neuropédiatre, aucun échange n'a pu être possible entre ces derniers et la psychomotricienne. De plus, la psychomotricienne est la seule thérapeute que Clara voit chaque semaine, c'est son lieu de prise en charge le plus fréquent.

De fait, la psychomotricienne doit savoir prioriser ses objectifs avec Clara. Cela est d'autant plus difficile face à la multitude de difficultés qu'elle possède. Clara semble avoir besoin d'un suivi orthophonique, mais aussi éducatif, et encore psychologique. L'absence de ces suivis constitue une limite dans une prise en charge purement psychomotrice puisque ces troubles non traités sont envahissants.

6) Alliance thérapeutique entre patient, famille, et thérapeute

Aujourd'hui, l'alliance thérapeutique est décrite comme « une complexité multidimensionnelle et dynamique, car elle est dépendante d'une implication mutuelle des deux partenaires. Il s'agit du lien établi entre le thérapeute et son patient sur lequel ce dernier peut se reposer et s'appuyer pour poursuivre et évoluer dans la prise en charge. La mise en place de cette relation permet la survenue d'un sentiment de confiance dans laquelle les deux partenaires s'engagent. Elle est nécessaire, car l'efficacité de toute intervention thérapeutique et l'aboutissement du suivi reposent sur cette alliance thérapeutique (Bioy & Bachelart, 2010).

D'après Elizabeth Zetzel, l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de toute thérapie, et c'est cette dernière qui déterminera l'efficacité du soin plutôt que les outils thérapeutiques utilisés (1966).

L'alliance thérapeutique résulte d'un processus progressif influencé par différents facteurs. Nous pouvons citer par exemple la communication entre le patient et le psychomotricien, la confiance qui s'instaure entre les deux individus, ou encore le sentiment de sécurité que le psychomotricien peut amener dans sa séance, grâce à sa posture et le cadre qu'il propose.

Dans le cas de Clara, nous pouvons ressentir une bonne alliance thérapeutique entre elle et la psychomotricienne. En effet, durant les séances, Clara est en confiance, et se laisse pleinement aller dans les propositions qui lui sont faites. De même, Clara peut se livrer sur certains de ces ressentis, ou sur ses difficultés.

Toutefois, nous ne pouvons pas occulter l'importante implication de ses proches dans son quotidien et dans son développement. Clara est pleinement liée à eux. L'alliance thérapeutique doit alors se créer également avec ses proches, car ils font partie de son environnement familial, et son indispensable à son évolution.

Ici, nous nous intéresserons le plus à l'alliance thérapeutique avec la mère de Clara, bien que ses grands-parents et son père sont également très présents pour elle.

Du fait que Clara et sa mère soient deux sujets bien distincts, il va de soi que l'alliance thérapeutique entre la psychomotricienne et celles-ci sont à différentes échelles.

Bien qu'une réelle alliance thérapeutique soit présente entre Clara et la psychomotricienne, il semble que l'alliance entre la psychomotricienne et la mère de Clara peine à être créée. En effet, le dialogue entre elles est difficile : la mère de Clara ne vient pas chercher Clara à la sortie de ses consultations, et ne répond ni aux appels téléphoniques, ni aux mails de la psychomotricienne. Ces difficultés d'échanges rendent laborieuse la création d'un lien entre la thérapeute et la mère de Clara.

De plus, la psychomotricienne a demandé à plusieurs reprises à Clara d'effectuer divers exercices entre les séances, en compagnie de sa mère, afin de minimiser l'impact de l'écart entre ces derniers. Cependant, Clara affirme à chaque fois que sa mère a refusé de les faire.

Outre cela, la psychomotricienne a demandé à plusieurs reprises d'être mise en lien avec le professeur principal de Clara et avec sa neuro-pédiatre afin de s'accorder avec eux sur les objectifs attendus avec Clara. Malheureusement, aucun lien n'a pu être créé puisque sa mère a refusé l'établissement de celui-ci.

Enfin, au vu des difficultés de Clara, la thérapeute a orienté cette dernière et sa mère vers des structures plus adaptées afin de l'accompagner au mieux dans son quotidien. Malheureusement, cela n'a pas eu de suite.

Malheureusement, ces difficultés d'accordage entre la mère de Clara et la psychomotricienne ont un impact considérable sur Clara. Clara, n'étant pas autonome, ne peut pas travailler seule sans étayage. En ayant si peu de soin dans la semaine, il est primordial de continuer à s'exercer, et ce, même à la maison. L'ensemble de ce désaccordage pose question sur la présence d'une alliance thérapeutique avec la mère de Clara.

7) Durée de la prise en charge

Clara consulte en psychomotricité avec la même psychomotricienne depuis qu'elle a 7 ans, ayant 13 ans aujourd'hui, cela veut dire qu'elle consulte le même thérapeute depuis 6 ans.

Bien que la durée de prise en soin en psychomotricité soit très variable d'un patient à l'autre et d'un psychomotricien à l'autre, il est presque certain que la prise en charge de Clara s'est trop étendue dans le temps. De plus, depuis environ deux ans, Clara ne plus de progrès. Alors, face à une prise en charge qui stagne, que devons-nous faire ?

Si nous repartons du point de départ de la prise en charge de Clara, et que nous enlisons les objectifs, il était indiqué : « Une prise en charge englobant toutes ces difficultés a été mise en place. Un travail autour de la régulation tonique, d'un réinvestissement corporel, de ses difficultés praxiques et de sa motricité fine et générale a vu le jour, incluant également ses difficultés attentionnelles et cognitives de Clara » (2018).

Toutefois, après toutes ces années, nous arrivons dans une impasse : certes, Clara s'est améliorée dans sa motricité, mais il est impossible de faire progresser cette dernière dans ses capacités attentionnelles et cognitives.

De plus, l'objectif actuel est d'accompagner Clara vers une scolarité plus efficiente. Cependant, au vu du handicap envahissant dont souffre Clara, nous pouvons nous demander si cette piste est vraiment pertinente. Malgré la mise en place de différents dispositifs, elle ne progresse pas, et cette multitude d'échecs ne fait qu'attaquer son estime d'elle-même.

Nous nous devons de nous demander pourquoi la thérapeute persiste dans cette prise en charge, et quels pourraient être les impacts d'une prise en charge si étendue dans le temps.

Premièrement, suivre un patient depuis si longtemps, et d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un enfant, remet en doute, à mon sens, notre place en tant que thérapeute. En effet, l'enfant grandit à nos côtés et nous pouvons imaginer qu'il y a un attachement important qui se crée autant du côté du thérapeute que du patient. Mais alors, est-ce que l'enfant nous identifie

encore en tant que soignant, ou détenons-nous une place plus « intime » dans sa vie ?

Cela remet en question la qualité du cadre : peut-être n'avons-nous pas été « Suffisamment contenant ? Le patient n'a peut-être pas encore assez fait l'expérience de la sécurité pour pouvoir se risquer à l'autonomie » (Bolgert, 2006). De plus, peut-être n'avons-nous pas été « Suffisamment adaptable : savoir-faire confiance au « besoin » exprimé par le patient sans en éluder l'ambivalence » (Bolgert, 2006).

Dans le cas de Clara, il s'agit surtout des besoins exprimés par ses parents, puisque Clara n'exprime pas les siens. Mais alors, à quel point nous sommes nous acharner dans un apprentissage sans but précis ? Comment aurions-nous pu mettre en place un suivi plus adapté à Clara afin qu'elle puisse de manière plus autonome s'épanouir ?

Peut-être nous nous sommes trompés de voie dans cette prise en charge, amenant ainsi le sentiment de stagner, puisque la direction prise était une voie sans issue.

Ainsi, passer le relais à un autre thérapeute permettrait de redémarrer une relation soignant-patient sans tout ce bagage affectif bien trop présent dans la prise en charge actuelle de Clara. Un nouveau regard sur les difficultés de cette dernière permettrait peut-être aussi de permettre aux parents d'accepter que leurs attentes à l'égard de leurs filles soient trop hautes pour ses capacités.

Pour la thérapeute, il s'agirait aussi de s'accepter ses limites, d'une prise en charge qui n'avance plus.

Conclusion :

Les limites font partie à part entière de notre métier. Elles peuvent être personnelles : des compétences que nous n'avons pas, une impossibilité de mise à l'écart de nos ressentis, un phénomène de transfert... Mais elles peuvent aussi être extérieures : refus de soin, manque de moyens, incapacité du patient...

Le cas de Clara présente de nombreuses limites, que je vivais avant avec beaucoup de frustration. Grâce à cet écrit, j'ai pu les accepter, et mettre de côté l'image du soignant « sauveur » que je pouvais avoir au début de ma formation.

Au début de l'année, je voulais absolument que Clara habite ce corps. Mon mémoire m'a permis d'entendre qu'elle ne l'habitera probablement jamais au degré que je souhaitais. Il est, au contraire, de mon devoir de m'adapter à elle, et à sa manière de vivre, pour la pousser dans les domaines où elle pourrait s'épanouir. Je pense qu'en poussant Clara dans cette voie, cette dernière pourrait s'éveiller, et se construire son identité.

Cet écrit m'a également fait comprendre que reconnaître ses limites, ne correspond pas à une faiblesse, mais à une force. La connaissance de ses limites représente un atout puisqu'elle permet de nous connaître en tant que soignant et donc de forger notre identité professionnelle. Apprendre à laisser sa place lorsque la situation dépasse nos limites fait de nous de vrais aidants, puisque cela permet de ne pas rester dans une situation vouée à l'échec, et de devenir un frein pour son patient.

Cette situation m'a permis de me questionner sur quelle psychomotricienne je voudrais être plus tard. Grâce au cas de Clara, je sais aujourd'hui que je ne voudrais pas continuer une prise en charge si je ne suis plus en accord avec le projet de soin établi : ici pousser Clara dans les apprentissages.

Je me pose des questions quant à l'établissement du projet de soin dans le cas d'une prise en charge mono-disciplinaire : Quand doit-il être fait ? Dans le cas de Clara, où les aidants ont une place plus qu'importante au vu de sa dépendance, l'avis de ces derniers doit-il être pris en compte ?

Nous pouvons nous questionner sur l'évolution qu'aurait pu avoir Clara si sa prise en charge n'avait pas été centrée sur les apprentissages. Cependant, si cela avait été le cas, l'avis

de la famille n'aurait donc pas été pris en compte. Mais quelles auraient été les conséquences ?

Je conclurais cet écrit par la citation suivante :

« Accéder à sa propre singularité, suivre ses élans et ses intuitions, ouvrir les portes de sa pensée, est important, quand on a choisi, dans sa vie, d'aider l'autre à se construire » (Potel, 2021).

Bibliographie :

- Albaret, J.-M., Marquet Doleac, J., Dollet, M., & Lefranc, A. (2018). Evaluation psychomotrice des praxies gestuelles. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 109 à 117).
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 26-30.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.
- Anzieu, D., Chabert, C., Cupa, D., Kaës, R. & Roussillon, R. (2008). *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites*. Éres
- Barbier, J.-M. (2023). *Devenir soi-même comme les autres : l'injonction de subjectivité*.
- Bioy, A. & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49, 317-326.
- Brun, D. (2006). Avant-Propos : Habiter son corps. *Recherches en psychanalyse*, 6, 7-10.
- Carric, J.-C. (2000). *Le développement psychomoteur de l'enfant normal* (Edition 2000). Editions Vernazobres-Gregio.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 81-102.
- Doduik, M. (2013). *Le concept d'enveloppe psychique*.
- Dolto, F. (1992). *L'image inconsciente du corps*. Éd. du Seuil.
- Féline, A., & Lépine, J. P. (1982). Encyclopédie médico-chirurgicale: Vol. Sémiologie des conduites d'inhibition.
- Ferrera, R., & Caro, D. (2007). Clés de biologie humaine. Décines: Alpha pict.

- Fourchard, F & Courtinat-Camps, A. (2013). L'estime de soi globale et physique à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61 (6) 333-339.
- Freud, S. (2009). *Abrégé de psychanalyse* (J. Laplanche, Éd.; A. Berman, Trad.; [14e éd.] revue et corrigée.). Presses universitaires de France.
- Guiose, M. (2024). *Entretien à propos d'Habiter son corps*.
- Gaucher-Hamoudi, O., & Guiose, M. (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité*. HdF, Heures de France.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique* (2e éd. actualisée et augmentée).
- Jaricot, B. (2006). Du corps à corps à sa propre verticalité. *Enfances & Psy*, n(33), 80-91
- Joly, F. (2023). Corps et Esprit. Habiter son corps, Hors-séries Sciences Humaines(28).
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2, 185-194
- Juignet, P. (2022). *Pulsion*.
- Kohn, M. (2002). *La construction éthique de l'intime*. 405-407.
- Lièvre, B. de, & Staes, L. (2004). *La psychomotricité au service de l'enfant : Notions et applications pédagogiques* (3e éd). De Boeck.
- Marion, L. (2020). *La psychomotricité : Une réponse singulière au défaut d'enveloppe corporelle*. IFP Bordeaux.
- Meirieu, P. (Réalisateur). (2015). *La pari de l'éducabilité* [Youtube].

- Mellier, D. (2005). La fonction à contenir: Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant*, 48, 425-499
- Perot, L. (2017). *Le temps d'une vie, le temps du soin*. Médecine Sorbonne Université.
- Pireyre, Éric W. « Chapitre 4. L'enveloppe : la peau dans l'image du corps », , *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, sous la direction de Pireyre Éric W. Dunod, 2021, pp. 57-71.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Éres.
- Rigal, R. (s.d.). *Développement psychomoteur de l'enfant : Motricité Fine* [Cours].
- Sá, M. (2002). Enseigner et apprendre: Espaces de croissance. *Enfances & Psy*, n(19), 146-150.
- Saint Ges, L. (2019). Le psychomotricien en libéral. Dans *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (p. 475 à 477).
- Salbreux, R. & Misès, R. (2005). La notion de déficience intellectuelle et ses applications pratiques. *Contraste*, 22-23, 23-47.
- Schilder, P., & Gantheret, F. (2009). *L'image du corps : Étude des forces constructives de la psyché*. Gallimard.
- Schwartz, Y. & Echternacht, E. (2009). Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre ?. *Corps*, 6, 31-37
- Unité 1. (2004). Historique des approches de la déficience intellectuelle. Dans : P. Fortin & P. Parent (Dir), *Le souci éthique dans les pratiques professionnelles : Guide de formation* (pp. 101-126). Paris: L'Harmattan.
-

Résumé :

Dans ce mémoire, j'ai décidé d'aborder le sujet d'une prise en charge qui m'a particulièrement questionné : le cas de Clara.

Clara est une adolescente atteinte de déficience intellectuelle. Si nous savons qu'un handicap aussi lourd nécessite un accompagnement au quotidien, notamment dans un IME ou un IMPro, ce n'est pas le cas de Clara, qui consulte uniquement une psychomotricienne à raison d'une fois par semaine depuis plusieurs années en cabinet libéral.

Bien que notre volonté en tant que psychomotricien est d'accompagner nos patients vers un bien être psycho-corporel, comment faire en étant le seul thérapeute dans un cas aussi complexe ? Que devons-nous prioriser : la volonté du patient ? la volonté de l'entourage ? la volonté du psychomotricien ? De même, quelles sont les limites face à ces volontés-là ? Ce sont toutes ces problématiques que nous allons aborder.

Mots clés : Volonté – Projet de soin – Corps – Alliance thérapeutique – Limites

Summary :

In this research paper, I have decided to approach the subject of a take care that particularly questioned me: the case of Clara.

Clara is a teenager that is affected by intellectual disability. We know that a handicap that much heavy need a daily monitoring, especially in a medical educational institute or a professional medical educational institute, which is not the case of Clara, that only consult a psychomotor therapist one time a week since many years in a liberal cabinet.

Although our will of psychomotor therapist is to guide our patients toward a well being body psychology, how shall we do it by being the only therapist in this complex case ? We do need to prioritize : the will of the patient ? the will of the ones around him ? the will of the psychomotor therapist ? As far as, what are the limitations face to those wills ? This are all the problematics that we are going to get into.

Key words: Will - Health Project – Body - Therapeutic alliance - Limitations