



**Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation  
Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-  
NC-ND 2.0)**

**<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>**

**UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I**  
**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION**

---

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

**Une alternance présence-absence qui fait lien.**

Réflexions autour de la mise en place d'un jeu de cache-cache  
avec un adolescent polyhandicapé en séances de  
psychomotricité.

**Mémoire présenté pour l'obtention  
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

**par**

**DESCHAMPS Nathalie**

**Juin 2011**

**N° 1065**

Directeur du Département Psychomotricité  
**Jean Noël BESSON**

Président  
**Pr. BONMARTIN Alain**

Vice-président CEVU  
**Pr. SIMON Daniel**

Vice-président CA  
**Pr. ANNAT Guy**

Vice-président CS  
**Pr. MORNEX Jean-François**

Secrétaire Général  
**M. GAY Gilles**

## **Secteur Santé**

U.F.R. de Médecine Lyon Est  
  
Directeur  
**Pr. ETIENNE Jérôme**

Institut des Sciences  
Pharmaceutiques et Biologiques  
Directeur  
**Pr. LOCHER François**

U.F.R de Médecine Lyon-Sud  
Charles Mérieux  
Directeur  
**Pr. GILLY François Noël**

Institut des Sciences et Techniques de  
Réadaptation  
Directeur  
**Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des  
Etudes Médicales (C.C.E.M.)  
  
**Pr. GILLY François Noël**

Département de Formation et Centre  
de Recherche en Biologie Humaine  
Directeur  
**Pr. FARGE Pierre**

U.F.R d'Odontologie  
Directeur  
**Pr. BOURGEOIS Denis**

## **Secteur Sciences et Technologies**

U.F.R. Des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives  
(S.T.A.P.S.)

Directeur

**Pr. COLLIGNON Claude**

Institut des Sciences Financières et d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur

**Pr. AUGROS Jean-Claude**

IUFM

Directeur

**M. BERNARD Régis**

IUFR de Sciences et Technologies

Directeur

**M. GIERES François**

Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon (EPUL) et IUT LYON 1

Directeur

**Pr. FOURNIER Pascal**

Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique de Lyon (CPE)

Directeur

**M. PIGNAULT Gérard**

*Je souhaiterais, en premier lieu, remercier Mme LEPLAT,*

*pour le temps qu'elle m'a consacré, pour ses conseils et pour le soutien qu'elle m'a offert et qui ont permis l'élaboration de ce mémoire.*

*Je remercie également mes maîtres de stage de première et de deuxième année,*

*pour leurs encouragements qui m'ont beaucoup portés tout au long de ces trois années de formation.*

*Je remercie Anne-Cécile et Bastien,*

*pour l'enrichissant partage de leurs expériences.*

*Un merci tout particulier à Mathilde,*

*nos échanges, au-delà du simple rapport « professionnel », m'ont soutenue toute cette année.*

*Merci à Farid et à Anna,*

*à travers eux, je remercie tous les patients dont j'ai croisé la route au cours de ma formation. Je les remercie, de m'avoir tant appris.*

*Une pensée toute particulière pour mes parents, Stéphanie, Pierrick et Marie,*

*pour leur soutien inconditionnel, leur présence indispensable et tous les rires partagés.*

*Merci à Edouard,*

*pour m'avoir supporté (dans tous les sens du terme !) tout au long de ces années et pour tous nos projets.*

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
<b>PARTIE 1 – THEORIQUE</b>	
<b>Le jeu de cache-cache de l'enfant polyhandicapé.....</b>	<b>11</b>
<b>I. <u>LE JEU</u>.....</b>	<b>12</b>
<b>1. <u>Définitions du jeu</u>.....</b>	<b>12</b>
<i>a. Dans le dictionnaire...</i>	12
<i>b. Dans la littérature...</i>	13
<b>2. <u>Fonctions et rôles du jeu</u>.....</b>	<b>16</b>
<b>3. <u>Le jeu de cache-cache dans le développement de l'enfant</u>.....</b>	<b>18</b>
<i>a. Avant 2 ans : la période des activités pré-ludiques</i>	18
• Dès la naissance	19
• A partir de 2 mois	20
• A partir de 6 mois	22
• A partir de 8-9 mois	23
• A partir de 12 mois	24
• A partir de 18 mois	25
<i>b. Après 2 ans : la période des activités ludiques</i>	26
• A partir de 2 ans	26
• A partir de 5 ans	27
• A partir de 6 ans	28
• A l'adolescence	29
<b>II. <u>LE POLYHANDICAP</u>.....</b>	<b>30</b>
<b>1. <u>Définitions</u>.....</b>	<b>30</b>
<b>2. <u>L'infirmité motrice cérébrale</u>.....</b>	<b>31</b>
<i>a. Les causes de l'IMC</i>	32
<i>b. Les manifestations de l'IMC</i>	33
<i>c. Les évolutions de l'IMC</i>	34
<i>d. La prise en charge</i>	34
<b>3. <u>Jeu et polyhandicap</u>.....</b>	<b>34</b>
<i>a. Les entraves au jeu possibles</i>	34
• Au niveau du corps physique	34
• Au niveau de la cognition et du corps psychique	35
• Au niveau du corps relationnel	36
<i>b. Quand le jeu apparaît... Le jeu en présence du polyhandicap</i>	37
<b>Conclusion de la partie</b>	
<b>Le jeu de cache-cache de l'enfant polyhandicapé.....</b>	<b>39</b>

## **PARTIE 2 – CLINIQUE**

**La mise en place d'un jeu de cache-cache.....40**

### **I. LE CADRE DU STAGE..... 41**

***1. L'institution.....41***

***2. La psychomotricité dans l'IME..... 43***

***3. Ma place de stagiaire..... 44***

### **II. FARID : VIVRE AVEC UN POLYHANDICAP.....45**

***1. Présentation de Farid..... 45***

***2. Anamnèse, histoire de Farid.....46***

### **III. FARID : LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITE..... 52**

***1. Une première rencontre..... 52***

***2. Un nouveau dispositif à trois..... 53***

***3. Et si on jouait à cache-cache ?.....54***

***4. Le temps des cabanes..... 56***

***5. Le temps du jeu..... 58***

**Conclusion de la partie**

**Quand l'aire du jeu se met en place.....60**

## **PARTIE 3 – THEORICO-CLINIQUE**

**Fonctions et sens du jeu de cache-cache en thérapie psychomotrice..... 61**

**I. FONCTIONS DU JEU DE CACHE-CACHE..... 62**

**1. Le jeu de cache-cache comme facteur de relation..... 62**

**2. Le jeu de cache-cache comme facteur d'explorations  
psychomotrices..... 63**

**a. Au niveau du schéma corporel 63**

**b. Au niveau du temps 64**

**c. Au niveau de l'espace 66**

**II. SENS DU JEU DE CACHE-CACHE..... 69**

**III. QUAND LE JEU NE PEUT SE METTRE EN PLACE...**

**PSYCHOPATHOLOGIE DU JEU..... 71**

**Conclusion de la partie**

**Le jeu avec l'enfant polyhandicapé, rôle du psychomotricien..... 73**

**CONCLUSION DU MEMOIRE.....74**

**BIBLIOGRAPHIE..... 75**

*« L'important dans le cache-cache, ce n'est pas de rester caché tout le temps, ni d'inviter les autres à partager votre cachette. Non, la règle d'or du cache-cache, c'est de décider du moment où on permet aux autres de nous trouver. »<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> HONORE C., LE GAC G. (2010), *La règle d'or du cache-cache*, Actes Sud Junior, 2010.

## INTRODUCTION

Dans ce mémoire de fin d'études, j'ai souhaité évoquer le stage que j'effectue cette année dans un Institut Médico-Educatif accueillant des enfants et adolescents polyhandicapés.

La question de la rencontre avec ces enfants s'est posée dès les premiers jours de mon stage. Multiples rencontres avec des enfants souffrant de nombreuses pathologies différentes.

Et plus particulièrement, rencontre avec Farid, cet adolescent avec lequel s'est progressivement mis en place un jeu de cache-cache.

Seule prise en charge dans ce stage dans laquelle nous jouons, je me suis très vite questionnée sur la valeur de ce jeu. Que vient signifier le fait de se dissimuler au regard de l'autre ? Ou de s'empêcher de regarder l'autre ? Que cela peut-il venir me raconter de cette relation qui s'installe ? De cet adolescent qui ne peut s'empêcher de se cacher les yeux dans les séances de psychomotricité, comme au sein de son groupe de vie ?

Quels sont les fonctions et les sens de ce jeu de cache-cache effectué en séance de psychomotricité ?

« Cacher » vient du latin populaire *coacticare* : comprimer, resserrer et du latin classique *coactare* : contraindre ; il signifie « *soustraire, dérober à la vue, mettre dans un lieu où on ne peut pas trouver. Empêcher de voir, dissimuler, masquer* ». « Se cacher » signifie « *faire en sorte de n'être pas vu, trouvé. Se mettre à l'abri, en lieu sûr* » et quelque chose de « caché » est quelque chose qui « *n'est pas visible, ce qui est secret, non exprimé ; impossible à déceler, à comprendre, intime, profond.* »<sup>2</sup>.

Ainsi la langue française a fait le chemin de ce qui est comprimé à ce qui est dissimulé.

Qu'en est-il pour cet adolescent ? Cherche-t-il à se « comprimer » en sentant les limites de son corps ? A se dissimuler au regard de l'autre ? Ou encore à se mettre à l'abri, dans un espace intime ? Ou peut-être tout cela à la fois ?

---

<sup>2</sup> Dictionnaire, *Le Petit Robert*, 2010, p. 321.

Ce travail sera articulé en trois parties.

La première viendra proposer le décor théorique de ma réflexion, nous verrons l'importance que prennent cette notion de se cacher et les jeux de cache-cache dans le développement psychomoteur de l'enfant. Nous étudierons ensuite les particularités du polyhandicap et principalement l'infirmité motrice cérébrale ainsi que ses conséquences sur la mise en place du jeu.

Dans la deuxième partie, je vous présenterai Farid et la mise en place de notre jeu de cache-cache.

Enfin, la troisième partie, discussion sur les fonctions et les sens de ce jeu en thérapie psychomotrice, viendra conclure ma réflexion.

## **PARTIE THEORIQUE**

### **LE JEU DE CACHE-CACHE DE L'ENFANT POLYHANDICAPE.**

## **I. LE JEU.**

« Comme de vrai il faut noter que les jeux des enfants ne sont pas des jeux, et les faut juger en eux comme leurs plus sérieuses actions. »

Michel de MONTAIGNE.<sup>3</sup>

Je souhaite débiter ma réflexion par l'étude de la notion de jeu. Chacun pourrait en donner une définition personnelle en fonction de sa propre expérience, mais finalement, de quoi s'agit-il réellement ?

### **1. Définitions du jeu.**

#### **a. Dans le dictionnaire...**

En me plongeant dans le dictionnaire pour y trouver une définition du « jeu », la vue des deux pages de définitions est une première prise de conscience de l'importante signification de ce mot.

La première définition que je trouve est : « *Action de jouer, de s'amuser. Activité physique ou mentale purement gratuite, qui n'a, dans la conscience de la personne qui s'y livre, d'autre but que le plaisir qu'elle procure. [...] "Ce n'est qu'un jeu" : cela ne tire pas à conséquence.* »<sup>4</sup>.

Ainsi le jeu serait, à l'opposé de l'apprentissage scolaire ou du travail, quelque chose de distrayant, de non sérieux, voire de futile ? Je poursuis ma lecture, les définitions s'enchaînent et montrent le nombre de sens variés de ce mot qui représente aussi bien :

- Une activité ludique organisée selon des règles définissant succès et échecs, gains et pertes (compétition sportive incluse).
- Une manière de procéder dans une relation « jouer franc jeu », un dénouement inattendu « être pris à son propre jeu », une façon de séduire « sortir le grand jeu » ou encore une façon d'exprimer le fait d'être démodé « vieux jeu ».
- Une contrainte « c'est le jeu » et son contournement « ce n'est pas du jeu ! ».
- Un rapport dans l'espace « il y a du jeu entre ».
- Une plaisanterie « jeu d'esprit, jeu de mot » ou encore l'activité amoureuse « le jeu de l'amour ».

---

<sup>3</sup> Michel de MONTAIGNE, Essais, 1580, cité par SOULAYROL R., MYQUEL M., GUILLEMAUT J. (1984), *et al, Le jeu, l'enfant*, Expansion Scientifique Française, 1984.

<sup>4</sup> Dictionnaire, *op.cit.* 2, p. 1389.

Ces nombreuses définitions enrichissent la première, très réductrice, de l'activité de jouer. Et je commence à apprécier l'importance de ces utilisations dans de nombreuses expressions de la langue française, ce qui me paraît exprimer tout le sérieux de cette activité et son impact dans nos vies.

Il est à noter que le mot français « jeu » est issu du mot latin *jocus* et non pas de *ludus* qui, lui, a donné « ludique ». *Jocus* a le sens de « jeu en parole », badinage ou plaisanterie, tandis que *ludus* a le sens de « jeu en acte » et traduit les jeux à caractère officiel et rituel. Probablement par son utilisation populaire plus étendue, *jocus* a fini par absorber toutes les valeurs rattachées au jeu quel qu'il soit. Ainsi, comme le soulignent René SOULAYROL et Nicole CATHELIN-ANTIPOFF<sup>5</sup>, la langue française nous incite donc à envisager le terme de « jeu » au sens de « faire comme si ».

*b. Dans la littérature...*

Dans l'un de ses articles, Fabien JOLY reprend Aristote : « *on devrait proposer le jeu comme on prescrit des médicaments* » pour soutenir son idée selon laquelle le jeu est une conduite pluridimensionnelle articulant l'exercice sensori-moteur, la croissance psychique et le développement cognitif. Le jeu serait donc pour l'enfant tout autant un moyen d'explorer et de mettre au travail ses capacités corporelles (motrices et sensorielles) qu'une possibilité de développer ses capacités psychiques et cognitives. C'est ainsi qu'il propose l'expression, qui peut paraître paradoxale, de « travail de jouer » par laquelle il soutient l'idée que « *le jeu est un travail psychique et psychomoteur complexe, un parcours, une trajectoire subjective et un processus expérientiel, qui ne va jamais de soi* »<sup>6</sup>.

Dans *La création littéraire et le rêve éveillé*, Sigmund FREUD explique que « *le contraire du jeu n'est pas le sérieux, c'est la réalité* ». D'après lui, le jeu est l'occupation préférée et la plus intensive de l'enfant. Dans le jeu, l'enfant « *se crée un monde à lui, ou, plus exactement, il transpose les choses du monde où il vit dans un ordre nouveau tout à sa*

---

<sup>5</sup> SOULAYROL R., MYQUEL M., GUILLEMAUT J. (1984), *et al*, *Le jeu, l'enfant*, Expansion Scientifique Française, 1984, p. 32.

<sup>6</sup> JOLY F., 2000, « Le travail du jouer... et ses déclinaisons », *Thérapie psychomotrice et recherches* n°124, p. 4-41.

*convenance. Il serait alors injuste de dire qu'il ne prend pas ce monde au sérieux ; tout au contraire, il prend très au sérieux son jeu, il y emploie de grandes quantités d'affect »<sup>7</sup>.*

D'après Donald Woods WINNICOTT, le jeu est un phénomène transitionnel.

Pendant la grossesse et à la naissance de son bébé, la mère développe ce que D.W. WINNICOTT appelle la « préoccupation maternelle primaire » qui désigne un état de dévouement total au nouveau-né. La mère s'adapte dans une adéquation parfaite à son bébé pour répondre à ses besoins de manière adaptée et dès leur apparition. Quand l'enfant commence à avoir faim, la mère s'en aperçoit et lui propose le sein. Le bébé reçoit donc la satisfaction de son besoin dans une telle immédiateté qu'il a alors l'illusion que c'est précisément ce qu'il lui fallait et qu'il a lui-même créé ce sein qui est donc à la fois trouvé et créé. Cela donne à l'enfant « *l'illusion qu'il existe une réalité extérieure qui correspond à sa propre capacité de créer.* »<sup>8</sup>.

Mais progressivement la mère s'adapte moins parfaitement à mesure que l'enfant devient capable de le supporter. Cette inadaptation progressive de l'environnement permet à l'enfant de faire l'expérience de la frustration, ce qui, d'après D.W. WINNICOTT, « *rend les objets réels, c'est-à-dire, aussi bien haïs qu'aimés.* »<sup>9</sup>. L'enfant fait l'expérience de la réalité. C'est dans ce contexte que vont pouvoir apparaître et se développer les phénomènes transitionnels.

Les phénomènes transitionnels sont au fondement des activités de penser et de fantasmer, ils désignent un ensemble d'activités d'expérimentation du bébé décrit par D.W. WINNICOTT pour désigner les mécanismes permettant le passage de l'omnipotence subjective à la réalité objective. Ces phénomènes se développeraient dans un espace transitionnel, il s'agit d'un espace potentiel et paradoxal, qui se situe entre la mère et l'enfant, qui n'est donc ni dehors ni dedans, entre « soi » et « non-soi ». Cet espace n'est pas la réalité psychique ni la réalité extérieure et c'est à l'intérieur de celui-ci que se développerait l'aire de jeu et de créativité où l'enfant se voit offrir la possibilité de faire les expériences fondamentales pour sa maturation psychique, « *l'objet et les phénomènes transitionnels donnent dès le départ à chaque individu quelque chose qui restera toujours important pour lui, à savoir une aire d'expérience neutre qui ne sera pas contestée.* »<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> FREUD S., 1908, *La création littéraire et le rêve éveillé*.

<sup>8</sup> WINNICOTT D. W., 1969, « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, p. 182.

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 180.

<sup>10</sup> *Ibid.*, p.183.

Dans cette aire, le jeu relie le fonctionnement corporel et la vie des idées. Par là, l'enfant cherche à contrôler les objets réels, le jeu de la bobine décrit par S. FREUD en est un exemple bien explicite.

Rémy BAILLY poursuit cette réflexion en expliquant qu'il ne s'agit pas uniquement de mettre en acte la réalité psychique interne de l'enfant, mais beaucoup plus généralement d'une expérience vitale, c'est-à-dire qui est essentielle à l'enfant car elle lui procure « *le sentiment d'exister réellement, ou encore le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue* »<sup>11</sup>.

Toutes ces définitions du jeu me paraissent essentielles en ce qu'elles donnent, à cette activité banalisée et considérée comme futile dans la pensée populaire, un rôle fondamental dans le développement de l'individu.

Ainsi donc, le jeu prendrait naissance dans les premières relations entre le bébé et sa « mère » (terme que j'utiliserai tout au long de ce travail pour désigner l'environnement maternel) et serait, pendant la petite enfance, l'activité principale en dehors des temps d'alimentation et de repos.

Je garde à l'esprit cette citation : « *jouer, c'est [...] toujours une expérience créative, une expérience qui se situe dans le continuum espace-temps, une forme fondamentale de vie* »<sup>12</sup> car elle me rappelle que le jeu n'est pas uniquement présent dans les conduites ritualisées et régulées comme il est plus souvent pensé. En effet, le travail du jouer est déjà actif dans les premiers mouvements du bébé, dans ses premières expérimentations sensori-motrices, car, dans celles-ci, peut déjà être entrevue l'émergence d'une personnalité unique.

Voyons maintenant l'importance de cette activité dans l'étude de ses fonctions et de ses rôles.

---

<sup>11</sup> BAILLY R., 2001, « Le jeu dans l'œuvre de D.W. WINNICOTT. », *Enfances & Psy* n°15, p.41-45.

<sup>12</sup> WINNICOTT D. W. (1971), *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 2007, p.103.

## 2. Fonctions et rôles du jeu.

Le jeu est une activité dans laquelle on s'engage pour elle-même, et présuppose des besoins déjà satisfaits (besoins vitaux d'alimentation et de régulation de température, par exemple). Il ne se produit que dans des situations de détente où l'individu est libéré des principales peurs et contraintes externes et internes.

Dans le jeu, on retrouve les mécanismes psychiques de déplacement, de condensation et de projection. Dans le déplacement, un affect initialement associé à une représentation va s'attacher à une nouvelle représentation, dans la condensation plusieurs représentations seront associées en une seule et, dans la projection, les représentations internes seront projetées sur un élément extérieur. Ces mécanismes donnent à l'activité ludique un de ses aspects capitaux : son caractère symbolique, grâce à cela, un objet pourra servir de support à la représentation, l'enfant peut alors jouer avec cet objet sans risque et de manière détournée, ne se trouvant pas réellement face à ce qu'il symbolise. Ainsi, il peut casser un objet sans pour autant avoir l'impression de détruire ce qu'il symbolise.

Le jeu permet donc « *une décharge représentée de ses fantasmes et un contrôle relatif de cette décharge* »<sup>13</sup> et c'est en cela qu'il est investi par l'enfant.

C'est par ces systèmes de déplacement, de condensation, de projection et donc de symbolisation que le jeu s'apparente au rêve. Il traduit sur un mode symbolique les fantasmes, les désirs et les expériences vécues. C'est sur ce postulat que Mélanie KLEIN a basé sa technique de psychanalyse des enfants sur le jeu, qui est, d'après elle, l'équivalent des associations libres chez l'adulte. Le jeu est donc conçu comme le rêve et M. KLEIN propose d'en observer le mécanisme pour pouvoir interpréter son contenu manifeste et son contenu latent.

A partir de cela, on peut distinguer certains rôles de l'activité de jeu pour l'enfant :

- Le jeu est un moyen d'appréhension et de découverte de la réalité externe, de l'autre, du monde extérieur.
- Il permet au jeune individu de faire ses premières expériences dans des conditions relativement inoffensives et détendues. Il l'aide à résoudre des problèmes qui s'opposent à lui en entraînant ses compétences et en offrant la possibilité d'expérimenter différentes

---

<sup>13</sup> SOULAYROL R., MYQUEL M., GUILLEMAUT J., *et al*, *op.cit.* 5, p. 150.

réponses comportementales vis-à-vis de l'environnement physique et social. Le jeu trouve son intérêt, non pas dans son résultat, mais dans l'activité elle-même. Ainsi, il diminue le risque d'échec et de frustration. Il peut, de par son caractère d'improvisation, mieux que n'importe quel autre moyen, conduire à l'innovation et à la création de solutions de problèmes en rendant possible l'intégration de schèmes comportementaux dans des séquences inhabituelles.

- Il permet aussi l'expression des désirs et est une source de plaisir pour l'enfant.
- Le jeu est aussi un organisateur de la personnalité parce qu'il favorise les mécanismes d'identifications aux images parentales et au groupe social.
- L'enfant joue aussi pour exprimer son agressivité. En effet, dans le jeu, les pulsions agressives peuvent s'exprimer sans retour de haine et de violence de l'environnement. Le déplacement permet à l'enfant et à l'adulte d'ignorer (ou de faire semblant d'ignorer) vers qui l'agressivité est dirigée. Ainsi, les pulsions agressives pourront être acceptées, intégrées au Moi sans qu'elles ne détruisent l'objet ou l'enfant en retour.
- Enfin, le jeu permet de maîtriser l'angoisse et offre les possibilités d'une activité compensatoire de la perte d'objet et du sentiment d'impuissance infantile. « *Pour M. KLEIN, l'action ludique constitue un des mécanismes de défense les plus primitifs contre l'angoisse. Le jeu est donc envisagé comme une activité protectrice et réparatrice qui vise à restituer l'objet maternel total menacé et agressé.* »<sup>14</sup>. Les mécanismes psychiques de déplacement et de projection permettent, dans le jeu, l'expression de la pulsion sans qu'elle soit reconnue. Le jeu est donc toujours à même de transformer quelque chose d'effrayant et cet aspect effrayant est tenu à distance par la tentative de ritualisation des jeux.

Il semble donc que le jeu ait une valeur particulière dans la constitution de la relation objectale et dans l'évolution de l'organisation du Moi de l'enfant. Poursuivons cette réflexion en étudiant maintenant comment évoluent les situations de « cacher-montrer » au cours du développement de l'enfant.

Le développement psychomoteur est très personnel et variable d'un individu à un autre, c'est en prenant cela en compte que, volontairement, les âges auxquels je me réfère dans la suite de ce travail ne sont que des moyennes.

---

<sup>14</sup> *Ibid*, p. 26.

### **3. Le jeu de cache-cache dans le développement de l'enfant.**

« *L'enfant joue toujours* »<sup>15</sup> d'après René SOULAYROL, Martine MYQUEL et Josiane GUILLEMAUT. Ces auteurs soutiennent l'idée de D.W. WINNICOTT selon laquelle le jeu est synonyme de bonne santé et est indispensable à l'enfant. L'activité ludique fait partie intégrante de sa vie et de son développement.

Toute approche du jeu chez l'enfant se doit de tenir compte de la maturation du système nerveux et du développement psychomoteur dans son ensemble. En effet, le développement de l'enfant se fait de façon simultanée et intriquée sur les plans moteur, cognitif et affectif. Le jeu prend donc différentes formes en fonction du développement tout en étant, de manière importante, contributeur de ce même développement.

L'un des enjeux du développement de l'enfant est l'acquisition de la capacité à accepter la réalité extérieure, en engageant des expériences, des confrontations et des liaisons entre ces réalités internes et externes. Comme nous l'avons vu plus tôt, l'aire du jeu, définie par D.W. WINNICOTT, est un espace d'illusion, un élément intermédiaire entre ces deux réalités, dans lequel l'enfant se meut lorsqu'il joue, faisant alors l'expérience de la séparation de ces deux réalités.

#### **a. Avant 2 ans : la période des activités pré-ludiques.**

Nous devons cette notion d'activités pré-ludiques au psychiatre et psychanalyste français, Philippe GUTTON. D'après lui, cette première période du développement de l'enfant est basée sur le principe de plaisir. En effet, avant 2 ans, l'enfant tenterait de maintenir à tout prix cet état de plaisir que donne la satiété pour éviter le déplaisir que fait éprouver le besoin. Le jeu s'inscrit donc dans ce manque et tente de le combler. « *Le jeu est le gardien de l'éveil en l'absence de la mère* »<sup>16</sup>, pendant celui-ci, l'enfant met en place un comportement auto-érotique compensatoire du manque d'apports narcissiques lié à l'absence de la mère.

Cette période des activités pré-ludiques s'étend de la naissance à 2 ans, date du début de la symbolisation. Elle peut être subdivisée en plusieurs étapes, chacune reposant sur la maturation des fonctions psychiques et motrices. Au fil des mois, les capacités psychomotrices s'affinent, permettent à l'enfant un plus grand éventail de capacités de

---

<sup>15</sup> *Ibid*, p. 142.

<sup>16</sup> GUTTON P. cité par SOULAYROL R., MYQUEL M., GUILLEMAUT J., *et al*, *Ibid.*, p. 38.

mouvement et de positionnement qui lui offre la possibilité d'avoir un champ de vision élargie et un champ d'action plus vaste. L'enfant peut attraper de plus en plus facilement l'objet de son environnement qui l'intéresse, le jeu évolue.

- Dès la naissance.

La communication entre le nouveau-né et sa mère s'établit sur une intersensorialité mêlant le tonus, la voix, les regards, le toucher et les odeurs. L'instauration d'un « dialogue tonico-émotionnel » permet une communication des affects par le biais du tonus corporel. André BULLINGER<sup>17</sup> explique que par ce dialogue tonique le bébé ressent les modulations de son état tonique et celles-ci vont pouvoir prendre sens dans le partage avec l'adulte. Ces variations vont, dans la répétition, prendre peu à peu une valeur émotionnelle représentable pour l'enfant.

Dans cette relation, la fonction alpha de la mère, décrite par Wilfried BION, lui permet d'analyser et de traiter psychiquement les réactions du bébé. Dans un échange, la mère renvoie à l'enfant les sensations brutes (bêtas) qu'il lui avait projetées, en éléments alphas, diminués de leur angoisse initiale et donc supportables et représentables. La mère, par le prêt de son appareil à penser, remplit le rôle de pare-exciteur externe de l'appareil à penser du bébé qui ne peut encore assumer ce rôle.

Le dialogue tonique émerge dans le holding et le handling, notions théorisées par D.W. WINNICOTT et qui sont des « *processus de fond de la relation précoce infra-verbale, et qui confirment et renforcent le sentiment d'identité de chacun des partenaires.* »<sup>18</sup>.

Le holding est la façon dont la mère va porter, tenir, maintenir, son enfant, physiquement et psychiquement. Il permet à la mère de reconnaître « *la valeur communicationnelle et affective de la motricité du bébé* »<sup>19</sup>.

Le handling est la façon dont la mère va manipuler le corps de son enfant pendant les soins. Il permet, au bébé d'apprendre « *la valeur communicationnelle et affective de la gestuelle de sa mère* »<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, érès, 2008, p. 36.

<sup>18</sup> ROBERT-OUVRAY S. (1993), *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*, desclée de brouwer, 2010, p. 135.

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 135.

<sup>20</sup> *Ibid.*, p. 135.

Le partage entre la mère et son bébé dans ces temps d'échanges se fait donc dans une importante intersensorialité. Prenons l'exemple de la tétée, elle associe le portage du bébé dans un contact corporel entre lui et sa mère, un lien visuel, olfactif et auditif dans un échange souvent intense en parallèle de la satisfaction d'un besoin et donc d'une baisse du tonus.

D'un point de vue moteur, le bébé subit son corps qui présente une hypotonicité axiale et une hypertonicité segmentaire, sa motricité est réflexe, involontaire. Les jeux du nourrisson sont sensori-moteurs lui permettant d'éprouver et d'entraîner ses capacités corporelles. D'abord instincts essentiels, par exemple la succion réflexe, ils deviendront prémices du jeu car en étant présents en l'absence de l'objet, ils viendront représenter un plaisir connu. Les activités pré-ludiques évoluent vers un « plaisir fonctionnel » dans lequel l'enfant « *reproduit les choses pour le plaisir* »<sup>21</sup>.

D'un point de vue psychique, le bébé vit ce que Margaret MALHER a décrit et appelé la « phase autistique normale ». Il perçoit ce qui l'entoure dans une indifférenciation entre ce qui est de lui et ce qui ne l'est pas, les corps sont confondus et les objets de l'environnement sont des parties de lui. Frances TUSTIN décrit cet autisme primaire normal comme « *un état où les objets ne sont pas distingués du flot de sensations qu'ils produisent et qui donnent à l'enfant le sentiment de son existence* »<sup>22</sup>. Néanmoins, si l'environnement n'est pas perçu et reconnu comme extérieur, il n'en est pas moins investi, comme l'explique D.W. WINNICOTT, avec sa notion d'objet « créé ».

- A partir de 2 mois.

Au niveau moteur, le tonus s'équilibre progressivement, libérant les membres supérieurs et inférieurs tout en permettant la tenue de l'axe. Les réflexes archaïques vont peu à peu laisser place à la motricité volontaire. L'enfant découvre la préhension volontaire dans une pince digito-palmaire encore grossière et peu habile.

L'enfant entre dans la « phase symbiotique » de M. MALHER, et commence à élaborer la séparation entre lui et sa mère. Le Moi est encore peu construit et s'identifie adhésivement à l'objet. « *L'enfant se comporte et fonctionne comme si lui et sa mère*

---

<sup>21</sup> SOULAYROL R., MYQUEL M., GUILLEMAUT J., *et al*, *op.cit.* 5, p. 145.

<sup>22</sup> CICCONE A. et LHOPITAL M. (1991), *Naissance à la vie psychique*, Dunod, Paris, 2001, p.99.

*formaient un système tout puissant, une unité duelle à l'intérieur d'une seule frontière commune.* »<sup>23</sup>. Le fantasme d'une peau commune, d'un corps pour deux, protège l'enfant d'une prise de conscience trop brusque de l'altérité.

M. KLEIN explique que cette étape est marquée par la mise en place des processus de clivage. Il s'agit d'un phénomène de séparation d'un même objet en deux parties considérées comme différenciées : le bon objet, gratifiant, d'un côté et le mauvais objet, frustrant et menaçant, de l'autre. Devant ces objets clivés, le Moi a tendance à chercher la fusion avec le bon objet (dans le rapport avec la mère il s'agit du « bon sein ») et le rejet du mauvais objet (« mauvais sein ») qu'il détruit fantasmatiquement (le mord, le pince...).

Comme le dit D.W. WINNICOTT, au départ c'est la mère qui initie les jeux partagés dans une même aire. Elle joue devant et pour son enfant, en étant à sa portée et en pouvant garder un œil sur ses réactions. Elle peut ainsi « *s'adapter aux activités de jeu de son enfant. Tôt ou tard, cependant, elle introduit sa propre activité de jeu [...]. Ainsi la voie est-elle toute tracée pour qu'un jeu commun s'instaure au sein d'une relation.* »<sup>24</sup>.

Plus l'enfant gagne en autonomie et plus ces jeux partagés vont être à l'initiative de l'enfant lui-même. L'enfant avec lequel sa mère jouait va alors aller à la rencontre de sa mère pour jouer avec elle.

L'alternance présence-absence va être mise en scène dans les jeux d'apparition-disparition, introduits par l'entourage du bébé. La mère commence à proposer à son enfant des jeux de « coucou » qui sont les prémices du jeu de cache-cache.

Ils apparaissent dans la relation mère-enfant, la plupart du temps « *entre deux moments de soins* »<sup>25</sup>, une fois les besoins fondamentaux satisfaits. La mère, devant son enfant, se cache le visage avec ses mains puis le dévoile brusquement, avec un important soutien vocal. Le bébé y répond corporellement par une élévation importante de son tonus, et de grands éclats de rire quand sa mère montre son visage à nouveau.

Ces petites séquences de jeux, outre leurs importances dans la proposition de support à la structuration de la temporalité de l'enfant, permettent de consolider le lien de l'enfant à sa mère et d'aborder la question de leur séparation.

---

<sup>23</sup> MALHER M. citée par CICCONE A. et LHOPITAL M., *Ibid*, p.120.

<sup>24</sup> WINNICOTT D.W., *op.cit.* 12, p.99.

<sup>25</sup> MARCELLI D. (2000), *La surprise, chatouille de l'âme*, Albin Michel, 2000, p. 35.

- A partir de 6 mois.

Suzanne ROBERT-OUVRAY parle du stade du 6<sup>ème</sup> mois comme l'étape de la première différenciation observable entre le champ moteur et le champ psychique ainsi que l'étape d'unification de ces deux champs.

P. GUTTON explique qu'entre 6 et 15 mois les activités pré-ludiques se diversifient vers des activités de manipulation d'objets substitutifs, les pré-jouets, qui vont représenter la mère en son absence, et qui servent à combler le manque. L'objet a alors valeur signifiante de bonne mère au moment où l'enfant se trouve dans la détresse de l'absence de la mère.

Les activités pré-ludiques vont donc venir mettre en scène la problématique de l'incorporation orale de l'objet perdu. Elles se jouent dans la relation avec la mère et mettent en scène l'alternative rythmée entre la présence et l'absence de celle-ci. On voit apparaître les comportements de sucer, mordre, se cacher et cacher les objets. En parallèle, les premières manipulations des sons, reliées aux gestes, vont constituer les « pré-mots ».

Cette période est généralement considérée comme l'entrée dans le stade sadique oral décrit par S. FREUD dans sa théorie de la sexualité infantile. Cette étape du développement psychique correspond aux prémices d'unification du Moi de l'enfant. La relation d'objet est passée d'un narcissisme primaire où la mère n'est pas différenciée du bébé à une relation d'objet partiel.

D'après M. KLEIN, la période des 6 mois marque le paroxysme de l'angoisse de perte de l'objet pour l'enfant. La position dépressive théorisée par cet auteur s'installe et le clivage diminue, l'enfant va progressivement établir des relations avec un objet total et non plus avec des objets partiels. Avec l'essoufflement du mécanisme de clivage, l'enfant va rencontrer la notion d'ambivalence dans la possibilité de ressentir des sentiments contradictoires envers un même objet. Il éprouve un désir de réparation consécutif au sentiment de culpabilité qu'il ressent face à l'objet total dont il a voulu détruire une partie par le passé.

Les jeux de « coucou » sont toujours présents et l'enfant y participe par ses réactions corporelles et son rire. Le plaisir est pris dans la répétition de l'action qui permet d'anticiper le plaisir et d'intégrer les notions de rythmicité et de succession.

On peut remarquer, qu'en parallèle, l'enfant commence à éprouver beaucoup de plaisir à jeter les objets au loin. D.W. WINNICOTT assimile le jet d'un objet à une mise en scène des pulsions agressives que l'enfant ressent envers sa mère, mais aussi à la recherche de maîtrise de l'angoisse provoquée par l'absence de celle-ci. En effet, « *lorsque la mère quitte l'enfant, il a le sentiment d'avoir perdu non seulement une personne réelle, mais aussi la contrepartie qu'il a dans son esprit, car la mère dans le monde extérieur et la mère dans le monde intérieur sont encore étroitement liées l'une à l'autre dans l'esprit de l'enfant.* »<sup>26</sup>. Cette action lui permet de rejouer le départ et l'absence de sa mère. En jetant l'objet au loin, l'enfant met en scène une extériorisation de la mère intérieure dont l'enfant craint la perte. Par cet acte il se prouve que celle-ci n'est pas détruite par ce rejet, l'enfant « *se démontre à lui-même que cette mère intérieure, représentée maintenant par le jouet sur le sol, n'a pas disparu de son monde intérieur* »<sup>27</sup>. Quand l'objet lui est rendu par l'adulte, sa joie est grande et l'enfant peut se réassurer, il trouve là le symbole des retrouvailles avec sa mère.

- A partir de 8-9 mois.

L'enfant va commencer à ramper puis marcher à quatre pattes, peu à peu il accède à la verticalité en se tenant debout avec un appui. La préhension s'affine avec la nouvelle disponibilité de la pince supérieure, l'enfant peut pointer du doigt pour se faire comprendre et est donc capable d'attention conjointe, avec un autre vers un même objet.

L'autonomie de locomotion acquise par ses progrès moteurs confère à l'enfant une nouvelle capacité, celle de pouvoir s'éloigner ou se rapprocher seul de sa mère.

A ce moment là, l'enfant éprouve et montre une angoisse importante à l'approche d'une personne inconnue. René SPITZ a théorisé ce comportement qu'il a appelé « angoisse de l'étranger » et qu'il a considéré comme le second organisateur du développement psychique. L'enfant montre alors qu'il peut différencier les visages familiers des visages étrangers et il éprouve de l'appréhension face à un visage inconnu qui le renvoie à l'absence de sa mère. L'altérité de sa mère est saisie de plus en plus finement, tout comme leur séparation, la mère étant perçue comme capable de s'éloigner. Cette réaction témoigne de l'accession au stade objectal.

---

<sup>26</sup> WINNICOTT D. W., 1969, « L'observation des jeunes enfants dans une situation établie », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, p. 55.

<sup>27</sup> *Ibid*, p. 55.

La perte progressive de l'illusion de la peau commune permet la mise en place de l'aire paradoxale décrite par D.W. WINNICOTT, l'aire de jeu. Cet espace potentiel « *qui se situe entre la créativité primaire et la perception objective basée sur l'épreuve de la réalité* »<sup>28</sup> vient faire le lien entre la mère et le bébé, pont entre le principe de plaisir et le principe de réalité. Il se matérialise dans l'objet transitionnel, décrit par D.W. WINNICOTT et souvent simplifié dans l'image du « doudou » que le jeune enfant emmène partout avec lui et qui représente pour l'enfant à la fois une mère intérieure et la mère extérieure absente. Cet objet permet de maintenir la continuité de la présence de la mère dans le psychisme de l'enfant.

L'enfant entre dans la « phase de séparation-individuation » décrite par M. MALHER, elle se poursuit jusqu'aux 3 ans de l'enfant et achève sa construction en tant que sujet unique et différencié de ses premiers objets parentaux. L'enfant peut alors tester cette séparation dont il prend peu à peu conscience grâce à l'autonomie nouvelle dont il bénéficie grâce à ses progrès moteurs.

Il continue à jeter les objets au loin avec grand plaisir. Il regarde où ils tombent et va peu à peu lier ces différentes informations sensorielles. En les intégrant, il va pouvoir commencer à élaborer les premières représentations de son corps.

L'enfant devient aussi de plus en plus actif dans les jeux de « coucou » et le grand plaisir réside à présent dans l'inversion des rôles quand le bébé est invité à se cacher à son tour et à disparaître du regard de sa mère. Dans ces moments là, l'accompagnement vocal de la mère est important car il permet de garder une continuité de la présence de la relation. Dans ce geste volontaire de diminuer son champ de vision jusqu'à ne plus rien voir, il expérimente sa maîtrise de l'angoisse que provoque l'absence de sa mère : il est maintenant capable de la faire disparaître tout seul.

- A partir de 12 mois.

L'enfant marche sans aide et commence à parler, il jette moins les objets mais ses grands progrès au niveau psychomoteur lui confèrent le pouvoir important de gérer lui-même la distance avec sa mère. La séparation entre eux est plus nette et l'enfant est alors

---

<sup>28</sup> WINNICOTT D.W., *op.cit.* 12, p. 44.

capable de mettre en jeu une alternance proche-loin là où le fait de jeter les objets lui permettait d'expérimenter l'alternance présence-absence.

Avec le passage du stade oral au stade anal, l'enfant est progressivement confronté à la question de la maîtrise de ses sphincters. Cette recherche de maîtrise va se retrouver dans tous les domaines de la vie de l'enfant qui va maintenant chercher à faire « tout seul ». La conscience de l'existence d'objets à l'extérieur de soi est maintenant acquise, la frontière entre le dedans et le dehors se consolide. La volonté de maîtrise se retrouve dans une manipulation relationnelle des objets extérieurs.

Il reprend maintenant à son initiative des jeux de « cacher-montrer ». Pouvant se déplacer seul, il va se cacher non plus juste devant sa mère mais plus au loin. Par contre, il ne se cache que le visage, et principalement les yeux, avec ses mains, se pensant invisible puisque lui ne voyant plus rien. La répétition de ce jeu le sécurise et le rassure par la maîtrise qu'il a de la situation. Par l'anticipation des retrouvailles avec sa mère, il sait que cela ne durera pas.

C'est à ce moment qu'apparaissent les jeux autour du miroir. L'enfant est depuis plusieurs mois attiré par cette image qui bouge dans le miroir mais il peut maintenant constater que lorsqu'il bouge, l'enfant qu'il voit dans le miroir bouge aussi. Il exerce ce nouveau pouvoir en faisant disparaître et réapparaître cette image qu'il ne considère pas encore comme son reflet.

- A partir de 18 mois.

Au niveau moteur l'enfant fait beaucoup de progrès, sa démarche est stable, il commence à sauter, l'acquisition de la propreté progresse.

Au niveau du langage, il dit quelques mots. Troisième organisateur du développement psychique selon R. SPITZ, le « non » apparaît, venant permettre à l'enfant d'expérimenter l'affirmation de sa personnalité unique.

Ces progrès psychomoteurs de l'enfant impliquent une plus grande distance entre les corps, l'obligeant, lui et son entourage, à passer à une relation de plus en plus gestuelle et langagière, et de moins en moins tactile. Cela marque l'accès de l'enfant à des relations sociales plus diversifiées.

L'enfant est dans la phase rétentionnelle du stade anal, dans laquelle il expérimente les notions de garder pour soi, de possession. L'acquisition de la propreté a un nouvel enjeu et, cadeau ou moyen de pression, les selles prennent un nouveau pouvoir.

Le « cacher-montrer » est particulièrement investi, mais reste maladroit, l'enfant peut se cacher plus longtemps, il peut donc garder un plus long moment une image psychique de sa mère. Cependant, il ne se cache qu'en fermant ses yeux ou n'utilise qu'une variété très limitée de cachettes. Le schéma corporel est encore peu intégré et l'enfant ne fait pas encore de différence entre voir et être vu. Le lien auditif à celui qui le cherche est encore important, par celui-ci l'enfant est rassuré sur le fait que l'adulte le cherche et il peut ainsi rester caché plus longtemps.

En parallèle, les jeux dans lesquels l'enfant cache un objet se développent, ils permettent de mettre en jeu symboliquement la disparition, puis la réapparition contrôlée de l'objet. Exemple bien connu, le petit Hans avait 18 mois lorsque S. FREUD observe le jeu de la bobine.

D'après Jean PIAGET, l'enfant est maintenant à la fin de la période sensori-motrice, la permanence de l'objet est acquise et les jeux d'exercice qui spécifient cette période vont pouvoir laisser leur place à de nouvelles activités de jeu.

*b. Après 2 ans : la période des activités ludiques.*

- A partir de 2 ans.

Les progrès moteurs se poursuivent, l'expression des émotions se fait plus fine au travers de la gestuelle et des mimiques. L'enfant se socialise et devient propre le jour.

L'enfant passe du stade anal au stade phallique et, au contact d'autres enfants, il découvre peu à peu la différenciation sexuelle. Le petit garçon vit l'angoisse de la castration alors que la petite fille connaît le manque.

La connaissance du corps se fait plus fine, notamment par l'expérience de la reconnaissance de son corps dans le miroir, et on peut assister à une unification du schéma corporel symbolisée dans le dessin par l'apparition des bonhommes têtards aux alentours des 3 ans de l'enfant.

Pour J. PIAGET, l'enfant entre dans la période représentative, l'objet est devenu permanent et l'enfant accède peu à peu au symbolisme. Il n'a désormais plus besoin de l'objet pour jouer et peut imaginer sa présence. Pour cela, il peut la recréer au moyen d'un objet quelconque qui pourra être, pour un temps, investi du rôle de son choix. L'enfant a la capacité de représenter par des gestes une réalité pourtant non présente sur le moment, c'est-à-dire non perceptible : c'est le jeu du « faire semblant ».

De la même façon, les progrès importants au niveau du langage, et son développement dans les relations interpersonnelles, vont permettre à l'enfant de comprendre que l'on peut ne pas tout dire. C'est l'apparition des premiers mensonges par lesquels l'enfant vient tester le caractère hermétique du psychisme. Il peut cacher ses pensées aux autres.

L'acquisition de la fonction symbolique et l'intégration plus fine du schéma corporel vont permettre une grande évolution dans les jeux de « cacher-montrer » qui commencent à ressembler aux jeux de cache-cache à proprement parler. L'enfant a conscience qu'il doit cacher son corps en entier pour ne pas être vu, c'est à partir de 4 ans qu'il sera capable de dissimuler entièrement son corps.

A partir de 2 ans et demi, et l'acquisition de la permanence de l'objet libidinal, il peut se cacher plus longtemps car il peut convoquer psychiquement l'image de l'objet dès qu'il en a besoin. Mais il a toujours besoin d'user de stratégies (faire du bruit, laisser une partie de son corps apparente, bouger pour provoquer le mouvement des éléments derrière lesquels il est caché...) grâce auxquelles il sera assuré de ne pas être oublié.

- A partir de 5 ans.

L'entrée dans le complexe d'Œdipe vient remettre en question la triangulation familiale, l'enfant se rend compte que quelque chose lui échappe dans la relation particulière qu'entretiennent ses parents entre eux. De nombreux auteurs s'accordent pour dire que cette problématique est un organisateur central de la structuration de la personnalité.

Le petit garçon entre en rivalité avec son père dans le désir de posséder la mère en tant qu'objet d'amour. En même temps, ce père devient celui à imiter pour « séduire » la mère. C'est l'angoisse de la castration qui fait se détourner l'enfant de cette rivalité pour finalement s'identifier à son père.

La petite fille, elle, se détourne de son objet d'amour initial (la mère) principalement par la déception de ne pas avoir reçue de pénis. Elle se tourne donc vers son père et, comme une réparation, désire un enfant de lui. La petite fille entre en rivalité avec sa mère. Mais la peur de perdre son objet d'amour va la contraindre à se détourner de l'inceste et de s'identifier à sa mère.

Dans cette problématique posée par le complexe d'Œdipe l'environnement maternant, auparavant peu différencié, se distingue maintenant entre la mère et le père. Ce dernier va pouvoir intervenir en tant que représentant de la Loi, et donc des interdits universels, dont l'interdit de l'inceste qui sous-tend la structure familiale.

En parallèle, l'enfant a acquis une meilleure connaissance des différentes parties de son corps qu'il peut nommer même sans contrôle visuel et qu'il peut aussi se représenter. Le dessin du bonhomme évolue avec l'apparition du tronc mais il ne peut pas encore représenter un corps en mouvement.

Au niveau du jeu de cache-cache, on peut remarquer la disparition du besoin de lien auditif pour l'enfant qui peut alors rester caché en silence pendant un long moment en attendant d'être trouvé. La répétition des bonnes expériences et le développement de la fonction symbolique l'aide à diminuer l'angoisse d'être caché et à être assuré que l'autre pense à lui, même si rien n'est dit. L'enfant sait qu'il est vivant dans la tête de l'autre et il peut faire l'expérience tranquille d'être seul.

- A partir de 6 ans.

Après la résolution de la question œdipienne, l'enfant d'âge scolaire entre dans la phase dite « de latence », pendant laquelle l'énergie psychique précédemment investie dans la régulation du conflit œdipien pourra être sublimée dans les apprentissages scolaires.

Les jeux imaginaires apparaissent pour échapper à l'impuissance infantile en maintenant un espace d'illusion. Ils ont lieu « *hors de la présence des parents* »<sup>29</sup> qui sont les référents de la réalité, rappels du Surmoi et témoins de la castration de l'enfant.

A partir de 7 ans et selon la théorie de la naissance du jeu de J. PIAGET, l'enfant entre dans la « période sociale » qui inaugure la période des jeux de règles qui sont de

---

<sup>29</sup> SOULAYROL R., MYQUEL M., GUILLEMAUT J., *et al*, *op.cit.* 5, p. 117.

« véritables institutions sociales et culturelles, se transmettant de génération en génération »<sup>30</sup>. Le jeu de cache-cache évolue dans ce sens en permettant la compétition entre plusieurs enfants, avec l'enjeu de gagner ou de perdre.

- A l'adolescence.

L'adolescence est une phase de remaniement psychologique, affectif, identitaire, sensoriel et corporel. Donc de bouleversement radical et rapide de l'appareil psychique imposé par les modifications morphophysiologiques de la puberté (modifications anatomiques par la maturation des caractères sexuels primaires et l'apparition et le développement des caractères sexuels secondaires, modifications endocriniennes ...).

L'adolescence doit permettre au sujet de s'individualiser et de se vivre tout entier dans son unité, de façon autonome. Elle offre la possibilité à l'individu de se construire en tant que personne pensante, agissante et désirante. Le sentiment d'identité est extrêmement bouleversé, l'adolescence est donc une crise narcissique et identificatoire générant des angoisses intenses concernant l'authenticité et l'intégrité du soi, du corps et du sexe. Dans cette période charnière, le corps manque de limite et le psychisme manque de frontière.

L'adolescent souffre donc d'être partagé entre un souhait d'indépendance et un besoin de repères qu'il rejette pourtant car faisant parti de son identité passée.

La notion d'intimité devient tangible, l'adolescent ne supportant plus de se montrer à ses parents.

On peut remarquer des situations rappelant les jeux de cache-cache, bien qu'ils ne soient plus vraiment présents sous cette forme ludique. Par exemple, dans le jeu amoureux entre deux adolescents, dans le partage d'un secret qui sera révélé ou non, ou encore dans le fait de se cacher pour écouter aux portes ou pour faire peur à quelqu'un qui ne s'y attend pas.

---

<sup>30</sup> *Ibid.*, p. 32.

## **II. LE POLYHANDICAP.**

Etant en stage dans un établissement spécialisé dans l'accueil des enfants polyhandicapés, il me semble important de vous proposer tout d'abord une définition de ce qu'est le polyhandicap. Après cela nous pourrions nous intéresser plus précisément à l'infirmité motrice cérébrale, la pathologie dont souffre l'enfant dont je vais vous exposer le suivi lors de la partie clinique.

### **1. Définitions.**

Le polyhandicap est « *un handicap grave à expression multiple, associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations. Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale.* »<sup>31</sup>.

Cette définition, tirée d'un texte de loi, inscrit le polyhandicap dans un cadre législatif qui reconnaît l'importance d'une prise en charge spécifique à la fois médicale et éducative.

Le terme « polyhandicap » est donc générique et recouvre des profils d'individus très différents. « *Les exemples des enfants polyhandicapés sont nombreux : quadriplégie plus épilepsie, infirmité motrice cérébrale plus déficience mentale, quadriplégie plus troubles de la croissance et maladies broncho-pulmonaires...* »<sup>32</sup>.

Leur accompagnement au quotidien montre que parmi toutes les classifications possibles il y en a une qui s'impose<sup>33</sup> :

- Les enfants lourdement handicapés sur le plan moteur qui subissent passivement les soins et exigent une « mise en sécurité » permanente.
- Les enfants libres de leurs mouvements qui présentent des troubles du comportement et exigent une « surveillance » permanente.

---

<sup>31</sup> Nouvelles annexes XXIV ter du Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989.

<sup>32</sup> TOMKIEWICZ S., 1993, Emergence du concept de « polyhandicapé », *Evolutions Psychomotrices* n°20, p. 3-7.

<sup>33</sup> Tiré du document de présentation de l'I.M.E.

Il est important de noter que ce n'est que depuis 1975 qu'une loi<sup>34</sup> reconnaît la personne polyhandicapée comme sujet de droit.

## **2. L'infirmité motrice cérébrale (IMC).**

L'infirmité motrice cérébrale touche environ un enfant sur 1000 naissances en France. Aujourd'hui, la communauté scientifique française utilise le terme de « paralysie cérébrale » déjà adopté dans de nombreux pays.

C'est le neurologue Guy TARDIEU qui a proposé cette appellation d'Infirmité Motrice Cérébrale dans les années 50, pour désigner les troubles moteurs prédominants non évolutifs et dus à une lésion cérébrale.

L'IMC est donc un syndrome lié à une lésion du système nerveux central non héréditaire, non progressive et définitive survenue sur un cerveau en développement (de moins de 2 ans selon G. TARDIEU). L'IMC présente un trouble de la posture et du mouvement, plus ou moins associé à des troubles cognitifs de sévérité variable.

La lésion précoce entraîne une atteinte (voire une destruction) de certaines cellules nerveuses. Ses conséquences sur les fonctions motrices, sensorielles et intellectuelles seront donc fonction de la localisation ainsi que de l'étendue de cette lésion. Des troubles épileptiques sont aussi fréquemment associés.

Au niveau du handicap moteur, les parties du corps touchées seront donc celles correspondant à l'emplacement cérébral de la lésion. On peut observer des hémiplésies (atteintes d'un hémicorps), des diplésies ou paraplésies (atteintes des membres inférieurs), des triplésies (atteintes de trois membres du corps) et des quadriplésies ou tétraplésies (atteintes des quatre membres), à des degrés qui peuvent être très différents.

On peut observer trois troubles moteurs principaux :

- la spasticité, qui correspond à une raideur permanente des muscles causée par une atteinte des voies nerveuses responsables de la motricité réflexe et est augmentée par la fatigue et l'émotion. L'arc réflexe myotatique est hyperexcitable et entraîne une augmentation du réflexe d'étirement, la contraction réflexe du muscle en réponse à son étirement dure un certain temps et cette réaction limite toute mobilisation passive. En empêchant la détente volontaire des muscles, elle entraîne une fatigue, des difficultés de

---

<sup>34</sup> Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

coordination et des troubles de la posture importants. Elle apparaît après une lésion du cortex moteur.

- l'athétose, qui correspond à une perte de la motricité volontaire en parallèle d'une apparition de mouvements incontrôlables. Elle est due à la variation brusque et incontrôlée du tonus musculaire. Les saccades musculaires non volontaires, augmentant avec la fatigue et l'émotion, parasitent les gestes et gênent la coordination. L'athétose est due à une atteinte des neurones des ganglions de la base.
- l'ataxie cérébelleuse, qui correspond à un défaut dans les processus de coordination volontaire et de maintien de l'équilibre. De plus, une hypotonie importante ajoute aux difficultés de contrôle de la posture et des mouvements. La personne tremble, est lente et maladroite. L'ataxie est un syndrome cérébelleux résultant d'une atteinte des cellules nerveuses du cervelet.

En parallèle, les séquelles sensorielles peuvent prendre différents aspects et sont principalement des troubles neurologiques, sensitifs, auditifs, visuels. Ces atteintes touchent l'outil sensoriel lui-même et altèrent « l'utilisation » dont peut en faire la personne porteuse d'une IMC.

Quant aux troubles associés, ils représentent les atteintes des fonctions supérieures ce qui va avoir pour conséquence une gêne des apprentissages. Elles sont variables d'un enfant à l'autre et, si la plupart du temps les enfants souffrant d'une IMC conservent des capacités intellectuelles d'un bon niveau, il arrive que certains présentent une déficience mentale sévère à profonde, ils seront alors considérés comme polyhandicapés<sup>35</sup>.

#### *a. Les causes de l'IMC.*

Les lésions responsables d'une IMC sont secondaires à un trouble circulatoire provoquant une ischémie (réduction ou arrêt de l'apport sanguin artériel et donc d'oxygène au cerveau) ou une hémorragie. Il a été remarqué que les localisations de ces lésions sont différentes si l'enfant est né à terme (au niveau du cortex cérébral) ou s'il est né prématuré (autour des ventricules cérébraux).

Les lésions surviennent aux alentours de la naissance de l'enfant, les causes sont donc anténatales (avant la naissance), néonatales (pendant l'accouchement ou dans les

---

<sup>35</sup> TOMKIEWICZ S., *op.cit.* 32.

premiers instants après la naissance) ou postnatales (survenant dans les deux premières années de la vie de l'enfant).

Les causes anténatales sont principalement des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou encore des malformations cérébrales survenues pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Les causes néonatales sont représentées principalement par la prématurité et la souffrance fœtale.

Il y a prématurité dès lors que l'accouchement a lieu avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) soit en principe 8 mois de grossesse. Plus la prématurité est importante, plus le poids de naissance est petit et plus le risque de lésion cérébrale par ischémie est important.

La souffrance néonatale est un traumatisme obstétrical (donc subi lors de l'accouchement) lors duquel le fœtus souffre d'hypoxie (c'est-à-dire d'une diminution de la quantité d'oxygène distribuée par le sang aux tissus et donc au cerveau).

Les causes postnatales peuvent être multiples : des infections (méningite...), des traumatismes crâniens, les traitements d'une tumeur cérébrale (chirurgicaux ou chimiothérapeutiques) ou encore des maladies métaboliques.

#### *b. Les manifestations de l'IMC.*

Parce que le tableau clinique dépend énormément de l'emplacement et de l'étendue des lésions, les signes révélateurs remarqués par les parents vont être repérés à un âge qui peut être très variable.

Les premiers signes faisant suspecter une IMC sont des difficultés dans le développement de la motricité : un enfant qui ne tient pas sa tête, qui ne tient pas assis seul, voire qui n'utilise qu'une main ou encore qui ne se sert presque pas de ses membres inférieurs.

Un peu plus tard dans le développement, il s'agira principalement des signes d'un contrôle moteur anormal : une tenue du tronc asymétrique, une main toujours fermée, une raideur au niveau des membres inférieurs.

### *c. Les évolutions de l'IMC.*

Comme il a été remarqué plus haut, le terme d'IMC s'applique à une lésion cérébrale qui n'évolue pas. Cependant, comme elle est survenue sur un cerveau en pleine maturation elle va entraver le développement de l'enfant, entraînant des conséquences sur les possibilités de contrôle moteur (paralysies, mouvements involontaires...), l'appareil orthopédique (apparition de rétractations musculaires, de déformations squelettiques...), les capacités d'apprentissages scolaires, l'équilibre psychoaffectif.

Une évaluation régulière des capacités de l'enfant dans tous ces domaines est donc indispensable.

### *d. La prise en charge.*

La prise en charge doit être précoce. Après le dépistage, un suivi régulier doit permettre d'accompagner l'enfant et sa famille, il peut avoir lieu en milieu hospitalier ou en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et pourra se poursuivre, avec l'avancée en âge de l'enfant, dans des structures spécialisées.

La prise en charge doit être pluridisciplinaire et basée sur un projet personnalisé à l'enfant. Elle doit aussi constituer un partenariat entre les rééducateurs et les parents car l'avenir de l'enfant pourra être fonction de son quotidien au domicile familial.

Elle dépendra grandement de la nature des troubles de l'enfant (troubles moteurs, sensoriels, cognitifs...) et aura pour but l'épanouissement de l'affectivité et de la personnalité de l'enfant tout autant que le développement maximal de ses capacités d'autonomie, en agissant par exemple sur des outils de communication adaptées et sur l'apprentissage des déplacements en fauteuil roulant.

## **3. Jeu et polyhandicap.**

### *a. Les entraves au jeu possibles.*

Nous venons de le voir, les enfants souffrant d'un polyhandicap, telle qu'une IMC aggravée d'une déficience mentale, présentent de nombreuses atteintes pouvant entraver ou limiter l'apparition du jeu. Nous allons maintenant les étudier plus précisément.

- Au niveau du corps physique.

Les enfants porteurs d'une IMC souffrent d'atteintes sérieuses du corps physique dues à la lésion cérébrale (défaut de régulation tonique, difficulté d'alimentation,

démantèlement sensoriel, épilepsie...). Ces atteintes peuvent aussi être dues aux différentes opérations que ces enfants ont pu subir depuis leur diagnostic, parfois pour traiter les déformations orthopédiques.

De plus, les différents appareillages tels que les fauteuils-coquilles ou les verticalisateurs, utilisés pour prévenir ces déformations autant que pour proposer à l'enfant un maintien lui offrant une possibilité d'autonomie et de mouvement plus grande, peuvent, au fil du temps, devenir partie intégrante du corps de l'enfant.

« *Tous les handicapés ont en conséquence une réduction de leur capacité d'exploration, d'interaction et de domination sur l'environnement.* »<sup>36</sup>. Mais alors comment jouer avec de telles entraves corporelles ?

- Au niveau de la cognition et du corps psychique.

Le développement de l'enfant se faisant de façon imbriquée sur les plans moteur, cognitif et psychoaffectif, nous pouvons donc en déduire que les atteintes du corps soma pourront avoir de lourdes répercussions sur le développement du psychisme. Mais de plus, les lésions cérébrales, causes de l'IMC, ont des conséquences directes sur le développement intellectuel de l'enfant, au même titre que l'épilepsie, orage électrique se déployant dans le cerveau et venant brusquement modifier l'état de conscience de l'enfant. Tout cela aura pour effet une difficulté d'accès aux raisonnements abstraits, représentationnels et symboliques qui sont constitutifs des jeux les plus élaborés.

L'enfant handicapé étant dépendant de son entourage, va établir un lien symbiotique avec lui. Il s'agira alors d'une symbiose secondaire qui « *est au service du maintien à tout prix de la non-séparation, pour éviter le retour des effets désintégrateurs dus à l'expérience traumatique de l'altérité absolue.* »<sup>37</sup>. On peut imaginer les angoisses catastrophiques qui ont pu donner lieu à un tel mécanisme.

« *Ce qui détourne du jeu, c'est moins la maladie que le traumatisme de séparation d'avec la mère. On trouve ici confirmation de la précarité du jeu lorsque le champ de la conscience est envahi d'une angoisse trop prégnante et qui requiert toute l'énergie du patient [...] La réalité interne est trop forte et la fantasmatisation anxieuse et*

---

<sup>36</sup> SOULAYROL R., MYQUEL M., GUILLEMAUT J., *et al*, *op.cit.* 5, p.157.

<sup>37</sup> CICCONE A., 2007, « La tyrannie chez l'enfant porteur de handicap », *Champ psychosomatique* n°45, p. 35-51.

*culpabilisante interdit au jeu le champ où il devrait se développer.* »<sup>38</sup>. Comment peut se mettre en place le jeu lorsque le développement du psychisme est à ce point entravé ?

- Au niveau du corps relationnel.

Nous avons vu que le jeu émerge dans la relation entre l'enfant et ses parents. Mais qu'advient-il lorsque cette relation est bouleversée par l'annonce d'un handicap ?

« *Le diagnostic qui permet de désigner le handicap d'un enfant conjure les aspects terrifiants d'une anomalie d'origine inconnue. Les mots protègent de la terreur sans nom en la maîtrisant par le langage.* »<sup>39</sup>. Mais l'annonce de l'étrangeté de l'enfant vient toujours provoquer un état de choc chez les parents, Michèle VIAL-COURMONT parle d'une « *surdité psychique* »<sup>40</sup> empêchant les parents d'entendre ce qui leur est dit, de saisir la véritable gravité de ce désastre qu'on leur apprend.

« *En pratique, il n'est pas possible de définir une « bonne façon » d'annoncer une mauvaise nouvelle.* »<sup>41</sup>. Mais Jean-René NELSON évoque l'importance de cet instant crucial, qui selon lui doit réunir les conditions humaines, empathiques et contenantantes qui pourront permettre « *que le handicap se transforme en enfant* »<sup>42</sup>.

Cette annonce prend d'autant plus d'importance quand elle se déroule dans les instants qui suivent la naissance. Un accouchement est un évènement d'une incroyable intensité. En effet, il représente la rencontre entre un enfant et ses parents qui l'ont imaginé, aimé, attendu tout au long de la grossesse. L'enfant réel, qui est de toute façon différent de celui qui aura été imaginé, va obliger les parents à faire le deuil de cet enfant idéal.

Dans le cas de la naissance d'un enfant porteur d'un handicap le deuil imposé aux parents devient un deuil impossible. « *Cet enfant là est loin, très loin de l'enfant espéré. Loin de l'enfant que tous les parents ont porté en eux pendant les neuf mois de grossesse, et rêvé depuis bien plus longtemps encore.* »<sup>43</sup>. Les parents ne se reconnaissent pas dans l'image déformée de ce « miroir brisé » que leur envoie l'enfant handicapé.

---

<sup>38</sup> SOULAYROL R., MYQUEL M., GUILLEMAUT J., *et al*, *op.cit.* 5, p. 155.

<sup>39</sup> KORFF-SAUSSE S. (1996), *Le miroir brisé*, Hachette littérature, 2009, p.82.

<sup>40</sup> VIAL-COURMONT M., 1997, « Accueil d'un nouveau-né à la maternité », in *Naître différent*, érès, 2009, p. 34.

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 36.

<sup>42</sup> NELSON J.R., 1997, Introduction de *Naître différent*, érès, 2009, p. 7.

<sup>43</sup> KORFF-SAUSSE S., *op.cit.* 39, p. 43.

Simone SAUSSE nous explique que « *le caractère étrange du handicap casse le fil des identifications nécessaires.* »<sup>44</sup>. Or, la préoccupation maternelle primaire se met en place sur les bases de cette identification de la mère à l'enfant et va permettre l'accordage entre eux. Les parents d'un enfant handicapé sont alors perdus dans cette relation et leurs comportements et leurs réactions perdent toute spontanéité. L'exemple donné par S. SAUSSE de la mère ne sachant quel jouet acheter à son enfant<sup>45</sup> illustre bien les répercussions de ce désaccordage dans la relation de plaisir que représente le jeu.

Dans ces conditions, comment l'aire du jeu transitionnelle entre l'espace maternel et l'espace de l'enfant, peut-elle se mettre en place ?

*b. Quand le jeu apparaît... Le jeu en présence du polyhandicap.*

Mais alors, est-ce que l'enfant porteur d'un polyhandicap, telle qu'une IMC aggravée d'une déficience mentale, peut jouer ?

Les conclusions de nombreuses études montrent que « *tous les enfants jouent, même les plus handicapés sur le plan mental ou sur le plan du langage à l'exception des autistiques.* »<sup>46</sup>.

Cependant ce jeu paraît nécessiter certains aménagements, tel qu'un matériel adapté aux déficiences instrumentales des enfants, mais aussi et principalement, que la personne en relation avec l'enfant soit prête à respecter « *la lenteur, l'imprécision, la fuite de l'attention, la pauvreté d'improvisation et de création que le handicap introduit et puisse solliciter l'enfant à jouer, l'encourager au moindre résultat et développer chez lui le plaisir de jouer.* »<sup>47</sup>.

Le jeu est donc bien présent malgré toutes ces entraves. S'il est fréquent, il apparaît néanmoins dans la conclusion d'une étude (C.A. OUNSTED, 1955) qu'il est découpé en séquences brèves et donc qu'un même résultat est atteint en une fois et demie plus de temps que chez un enfant ne présentant pas de handicap. Il faut donc être assez patient et attentif pour pouvoir voir le jeu apparaître.

---

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 47.

<sup>46</sup> SOULAYROL R., MYQUEL M., GUILLEMAUT J., *et al*, *op.cit.* 5, p. 161.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 161.

M. VIAL-COURMONT explique que les parents, suite à la profonde blessure narcissique qu'ils ont subie à la naissance de leur enfant, « *ont besoin d'être rassurés dans leur compétence à être parents et donc à prendre en charge un enfant malgré les difficultés* »<sup>48</sup> et que cela doit passer par l'implication des parents dans le soin de leur enfant.

Cependant comme « *il y a des situations où malheureusement le jeu est complètement occulté, il doit être réinventé, recréé, pensé comme acte volontaire et non plus comme activité spontanée, libre* »<sup>49</sup>, il me semble important que les parents puissent être accompagnés dans la rencontre avec leur nouveau-né. En leur montrant que « *la fonction de jeu est aussi importante à développer que les exercices moteurs ou ceux de langage* »<sup>50</sup>, cela pourrait permettre d'éviter l'émergence d'une relation qui serait uniquement fondée sur un désir de réparation, dans le seul investissement médical et physique de leur enfant.

---

<sup>48</sup> VIAL-COURMONT M., *op.cit.* 40, p. 38.

<sup>49</sup> HIVEAUD M., 2000, « Ce n'est pas de jeu !!! », *Thérapie psychomotrice et recherches* n°124, p. 112-116.

<sup>50</sup> SOULAYROL R., MYQUEL M., GUILLEMAUT J., *et al, op.cit.* 5, p. 160.

## **Conclusion de la partie – le jeu de cache-cache de l'enfant polyhandicapé.**

Dans cette partie théorique, nous avons vu dans un premier temps comment les situations de « coucou » et de « cacher-montrer », qui donneront lieu aux jeux de cache-cache, sont liées au développement psychoaffectif de l'enfant. Ces jeux, en venant mettre en scène la présence et l'absence dans l'alternance entre l'apparition et la disparition, ouvrent la voie à la différenciation progressive de l'enfant et de son environnement. Cette ouverture à la fonction symbolique, liée au développement du langage, permet d'évoquer dans les mots et donc dans la pensée un objet absent et de se le représenter mentalement. Ces jeux sont de même très imbriqués dans le développement des fonctions psychomotrices de l'enfant, permettant leur exploration, leur exercice puis leur maintien.

Nous avons vu aussi que les enfants polyhandicapés souffrant d'une IMC associée à une déficience mentale connaissent depuis leur enfance un parcours de vie fait de ruptures. Cette discontinuité peut se retrouver dans la relation avec leurs parents qui peine à se mettre en place, dans leur développement psychique, cognitif et dans leurs performances motrices qui subissent directement les conséquences des rétractations musculaires et des déformations squelettiques, ainsi que dans leur quotidien s'ils souffrent d'épilepsie.

Cependant, au même titre que tous les enfants, les enfants polyhandicapés jouent, à leurs manières et en fonction de leurs capacités cognitives, psychiques et motrices.

Nous avons vu que le jeu a une fonction, un rôle pour la personne qui le met en place. Ainsi, que pourrait venir nous raconter dans son jeu de cache-cache un adolescent souffrant d'une IMC accueilli dans un établissement spécialisé dans l'accueil des enfants polyhandicapés ?

## **PARTIE CLINIQUE**

### **LA MISE EN PLACE D'UN JEU DE CACHE-CACHE.**

## **I. LE CADRE DU STAGE.**

### **1. L'institution.**

J'effectue l'un de mes stages dans un Institut Médico-Educatif (IME) accueillant des enfants et des adolescents, de 6 à 20 ans, présentant un polyhandicap.

*« Les Instituts Médico-Educatifs sont des établissements médico-sociaux. Ils sont agréés pour dispenser une éducation et un enseignement spécialisés pour des enfants et adolescents atteints de déficience à prédominance intellectuelle. Les tranches d'âges varient selon les établissements. Les IME sont spécialisés selon le degré et le type de handicap du public accueilli. [...] Ils sont financés par la sécurité sociale. L'orientation vers ces établissements médico-sociaux est proposée par la CDAPH de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). »<sup>51</sup>.*

Dans cette institution, la trentaine de jeunes accueillis est répartie sur cinq groupes de vie en fonction de leur âge. L'organisation des groupes par classes d'âge permet aux enfants de bénéficier d'un encadrement et d'un accompagnement au plus près des spécificités de leur catégorie d'âge.

Les enfants résident chez leurs parents, ils sont confiés à l'IME en externat, en internat ou en internat séquentiel, en fonction de leurs besoins et de leurs projets. Ainsi, certains enfants ne dorment jamais à l'IME alors que d'autres y passent, au maximum, deux semaines d'affilée en internat complet. Ils passent donc tous au minimum un week-end sur deux au domicile familial.

Les enfants sont encadrés au quotidien par une équipe pluridisciplinaire, éducative et soignante, constituée par des éducatrices spécialisées, des monitrices éducatrices, des aides médico-psychologiques et des auxiliaires puéricultrices. Cinq professionnelles sont rattachées à chaque groupe, sur lesquels l'encadrement est représenté par deux binômes, l'un présent le matin et l'autre l'après-midi. Leurs demi-journées de présence sont stables, ce qui leur permet de prendre en charge les enfants de façon régulière. Leur rôle est

---

<sup>51</sup> <http://profil.action-sociale.org/>

d'accompagner les enfants dans les activités quotidiennes comprenant les repas et les toilettes, tout autant que dans l'organisation d'ateliers éducatifs rythmant la journée des enfants.

La nuit, deux veilleuses (auxiliaires puéricultrices) sont présentes dans l'IME pour assurer la sécurité, l'encadrement et le suivi des enfants qui passent la nuit dans la structure.

L'équipe soignante de l'IME est composée :

D'un médecin généraliste, présent deux demi-journées par semaine pour les consultations médicales. D'un médecin de rééducation fonctionnelle intervenant dans l'établissement à raison d'une journée par mois, qui s'occupe d'évaluer le développement orthopédique des enfants et de l'éventuelle mise en place d'aides techniques appropriées. Et d'un médecin psychiatre qui anime une réunion hebdomadaire autour de l'analyse de la pratique.

De deux infirmières se relayant sur la semaine, elles assurent le suivi de l'état médical des enfants et les premiers soins.

D'un psychologue intervenant une journée et demie par semaine pour soutenir la réflexion des équipes lors des diverses réunions, il garantit la qualité du travail institutionnel.

D'une orthophoniste à mi-temps, qui a un rôle dans la mise en place des repas spécifiques à chaque enfant. Elle effectue aussi des prises en charge individuelles ou groupales pour évaluer, maintenir et développer les capacités de communication des enfants.

De trois kinésithérapeutes qui se relaient sur la semaine, pour la rééducation fonctionnelle et les bilans articulaires et musculaires.

D'un ergothérapeute à mi-temps, qui s'occupe des appareillages, des aides techniques et de leurs adaptations en fonction de l'évolution de l'enfant. Il assure aussi les visites au domicile familial, pour préconiser les aménagements appropriés, et des prises en charge individuelles.

D'une psychomotricienne à mi-temps, Mme B., ma maître de stage.

Une assistante sociale est présente dans la structure pour accompagner les familles dans les différentes démarches administratives liées au handicap. Son rôle est d'aménager

l'admission des enfants, assurer la médiation entre l'établissement et la famille et préparer la sortie de l'institution.

L'IME ne dispose pas d'une équipe d'enseignement spécialisé. Nous avons vu dans la première partie de ce travail que le terme de « polyhandicap » sous-entend des pathologies lourdes, tant au niveau fonctionnel que cognitif, empêchant le suivi d'une scolarité.

C'est la MDPH qui oriente l'enfant vers l'IME en fonction de son handicap. A son arrivée, les professionnels de l'institution se laissent une période d'accueil et d'observation de 2 à 3 mois pendant laquelle sont faits les bilans des professionnels rééducateurs. A l'issue de ces 3 mois, les rééducateurs, les infirmières, l'assistante sociale, le psychologue, les éducateurs du groupe dans lequel l'enfant est accueilli et le directeur adjoint de l'IME se réunissent autour de la création du projet individualisé de l'enfant.

Les projets des enfants sont réévalués et redéfinis une fois par an, lors d'une réunion hebdomadaire des professionnels de l'IME. Les professionnels paramédicaux assistent à toutes ces réunions de bilan-projet, qu'ils prennent en charge ou non l'enfant dont il est question. Par leur présence ils peuvent apporter leur compréhension et leur vision spécifique dans la constitution du projet.

## **2. La psychomotricité dans l'IME.**

La psychomotricité est une spécialisation reconnue dans l'institution, elle est représentée par un poste à 50 % depuis la création de l'IME en 1975.

La psychomotricienne exerce sur prescription des médecins généraliste et de rééducation fonctionnelle. Après une observation psychomotrice (les bilans plus directs étant rarement possibles aux vues des capacités des jeunes accueillis à l'IME) permettant la mise en place d'un projet de soin adapté, elle peut choisir d'axer ses prises en charge grâce aux installations de l'institution. Une balnéothérapie et une salle Snoezelen sont à sa disposition, ainsi qu'à celle des autres professionnels.

Les prises en charge sont groupales ou individuelles en fonction des objectifs de soin des enfants et elles peuvent être effectuées en co-thérapie, la psychomotricienne et un autre professionnel de l'établissement encadrant une prise en charge.

La salle de psychomotricité est située au cœur de l'institution. Au milieu d'un couloir desservant les différents groupes de vie des enfants, ainsi que tous les bureaux des professionnels paramédicaux et médicaux.

Cette grande salle est séparée en deux espaces. Le premier est balisé par des tapis colorés, sur lesquels se déroulent les séances de psychomotricité. On y trouve un miroir suspendu à un mur et dissimulé derrière un rideau, de gros ballons, un gros coussin, un hamac mais aussi plusieurs armoires et une grande table qui permettent de ranger les nombreux matériels à disposition pour les séances. Le second espace, matérialisé par un bureau et un lavabo, est l'espace d'entrée et d'accueil dans lequel les enfants se préparent à la séance, enlèvent leurs chaussures, quittent leur fauteuil roulant avant d'aller sur les tapis, il sert aussi d'espace de travail pour la psychomotricienne.

### **3. Ma place de stagiaire.**

Je suis présente dans l'institution à raison d'une journée hebdomadaire.

Ce stage représente ma première rencontre avec le polyhandicap. Ainsi, durant les premières semaines de mon stage, je suis restée dans une position plus observatrice des séances et de ce qui s'y déroulait. Cela m'a laissé le temps de prendre contact avec les enfants et le fonctionnement de l'institution.

Cependant, j'ai très vite commencé à accompagner ma maîtresse de stage au cours de sa journée, participant aux différentes prises en charge en tant que « co-thérapeute ».

La réunion hebdomadaire ne se déroulant pas lors de mon jour de stage, la psychomotricienne y expose les idées que nous avons eues lors des séances et me fait un compte-rendu sur ce qui a été discuté à propos des prises en charge auxquelles je participe.

Au moment du repas de midi, je rejoins un groupe de vie pour aider l'équipe éducative. Cela me donne l'occasion d'accompagner les enfants et de partager la vie d'un groupe dans un temps de la vie quotidienne.

Mme B. ayant dû s'absenter deux journées au début de mon stage, j'ai pu participer à la vie de certains groupes de l'IME et découvrir les enfants dans un autre cadre, cela m'a aussi permis de découvrir le travail des équipes éducatives ainsi que d'installer auprès d'eux ma place de stagiaire psychomotricienne. En avril, à la demande de Mme B., j'ai assuré en son absence certaines prises en charge seule.

## **II. FARID : VIVRE AVEC UN POLYHANDICAP.**

### **1. Présentation de Farid.**

Farid est un adolescent de 17 ans, au moment où je le rencontre, en octobre 2010.

Il est grand et a des cheveux très noirs coupés courts et de grands yeux noirs. Il est habillé de façon adaptée à son âge, généralement avec un pull et un pantalon de jogging sombres et, aux pieds, ses baskets noires à bandes dorées.

Il ne marche pas mais il se déplace en autonomie grâce à son fauteuil roulant manuel en utilisant la propulsion bipodale, il le fait rouler grâce aux mouvements de marche de ses jambes. Au sol il se déplace, et parfois très rapidement, à quatre pattes.

Ses membres supérieurs sont plus hypertoniques, leur utilisation est donc limitée, Farid n'a pas accès à la pince fine pouce-index.

Son tonus de fond est très élevé, ses mouvements sont brusques et saccadés. Il supporte peu la proximité lorsqu'il ne l'a pas décidée et le montre avec des gestes agressifs.

Son vocabulaire est pauvre, du moins à l'IME, apparemment il utiliserait un vocabulaire plus important dans sa famille. Néanmoins il peut clairement dire « non » et pour dire « oui » il émet un son, une sorte de « hm » très bref.

Les consignes, les phrases complexes ou faisant appel à des notions abstraites ne sont pas comprises et Farid n'y répond pas. Hormis cela, sa compréhension est assez bonne, et, bien que ses réponses soient marquées par un temps de latence, Farid utilise les « hm » ou « non » à bon escient pour signifier ce qu'il veut ou ne veut pas. Il est capable d'une réelle écoute de ce qui lui est dit et peut donc y répondre avec sens et parfois même avec une pointe d'humour. Il est capable de demander de l'aide s'il se sent en difficulté.

Son contact est particulier. Quand Farid regarde il fixe intensément, ne cligne presque pas des yeux, l'air parfois interrogatif. Souvent ses lèvres forment un petit sourire, presque un rictus, qui donne un aspect singulier à son expression, un peu figée, que l'on pourrait interpréter comme « moqueuse ».

La relation directe est difficile pour Farid qui se détourne en se cachant le visage dans son pull si l'on s'adresse à lui, ou si on le questionne trop directement.

Lors des repas, il mange de tout et proprement. Il est autonome et bénéficie d'un set de table, un carton sur lequel sont collées des photos qu'il peut désigner en fonction de ce qu'il veut. Je remarque néanmoins qu'il engloutit son assiette rapidement et qu'il attend la suite du repas en fixant les personnes présentes à table.

## **2. Anamnèse, histoire de Farid.**

Farid est né en mai 1993. Il est le 3<sup>ème</sup> d'une fratrie de 6 enfants. Il a un grand frère et une grande sœur (nés en 1990 et 1991) et deux petites sœurs et un petit frère (nés en 1995, 1996, 1997). Je découvre dans le dossier que ses parents ont eu 8 enfants en tout, deux sont donc décédés aujourd'hui sans que j'aie pu avoir d'informations sur les conditions et les dates de ces événements.

Les parents de Farid sont jeunes (nés en 1969 et 1970) et sont cousins germains. Quand ils arrivent en France, en 1989, ils habitent chez la mère du père (donc la tante de la mère). Ils divorcent en 2004, dans un contexte de violence familiale (le père ayant fait une tentative de meurtre sur la mère de Farid).

Je remarque que le père n'est jamais mentionné dans les dossiers. Après avoir questionné l'équipe, il apparaîtrait qu'il continue d'exercer son droit de visite auprès de ses enfants mais qu'il ne s'occupe de Farid que de façon très irrégulière. Avant 2009, la mère et ses enfants, habitaient dans un appartement non adapté au handicap de Farid. Lorsque le père venait chercher ses enfants, il ne faisait pas toujours la démarche d'aider Farid à descendre les escaliers, Farid voyait donc partir ses frères et sœurs chez leur père qui ne venait pas toujours le saluer. Depuis leur déménagement, Farid a plus d'autonomie dans l'appartement et ses rencontres avec son père sont plus fréquentes.

Malgré mes recherches, je n'ai pu obtenir d'éléments sur la naissance de Farid, le diagnostic et l'annonce de son handicap.

Dans le dossier médical de l'IME, il est noté que Farid est atteint d'une infirmité motrice cérébrale et d'une microcéphalie. Il souffre d'une neuropathie périphérique, présente un retard mental, un retard de langage, des troubles autistiques, des troubles importants de la marche en triple flexion et une raideur de la flexion palmaire du poignet ce qui limite l'écart des doigts et l'opposition du pouce. Une épilepsie est suspectée.

Je n'ai pas non plus pu retrouver d'éléments sur ses prises en charge avant l'année 2004. A ce moment là, Farid avait 11 ans et était accueilli dans un IME spécialisé dans l'accueil d'enfants déficients intellectuels.

Dans cette structure, il était pris en charge en psychomotricité, en groupe, à partir de mars 2004. A la fin de cette année, la psychomotricienne note son évolution depuis le début du suivi. Ses réactions sont plus adaptées aux consignes, il peut mieux ajuster ses postures et mouvements et il est éveillé dans les situations de jeux. Mais il a des difficultés de compréhension aux consignes complexes ou multiples, il présente des lacunes au niveau des connaissances du schéma corporel et un manque d'appuis internes.

Dans un compte-rendu d'une réunion de synthèse datant d'octobre 2004, il est écrit que sa relation avec l'adulte est particulière, il est collé à l'adulte et « s'agrippe » à lui dans une relation duelle envahissante. Cependant, cette relation semble évoluer vers une relation d'échange et de jeux avec les adultes qu'il connaît.

Le compte-rendu d'une sortie, organisée cette même année par l'IME autour d'un camp cirque de plusieurs jours, montre à quel point Farid est sensible aux changements. Ses capacités motrices et son ouverture aux autres s'en trouvent affectées.

Au début de l'année 2006, un examen psychologique est effectué, le Termann Merrill. Il démontre le retard intellectuel important dont souffre Farid et la psychologue remarque sa grande anxiété face à quelqu'un qu'il ne connaît pas, que ses apprentissages sont limités et que Farid a besoin d'un fort étayage verbal et psychologique. De plus, l'équipe de l'IME note la dégradation importante des performances de Farid. Il ne peut plus tenir debout aussi longtemps qu'auparavant et s'assoit constamment, cela ajoute à sa dépendance déjà présente. En outre, ses comportements d'agrippement à l'adulte semblent toujours être très présents.

A partir de ces observations, l'orientation vers un établissement plus adapté aux pertes fonctionnelles de Farid est alors proposée.

Fin août 2006, Farid, qui a alors 13 ans, entre donc dans l'IME dans lequel il est aujourd'hui. A son arrivée l'équipe éducative constate une forte opposition de Farid refusant toute contrainte. Quelques mois après, pourtant, Farid est décrit comme un enfant souvent ouvert et souriant, joueur dans la relation avec l'adulte qu'il connaît, inquiet quand il ne connaît pas, mais passif dans l'ensemble.

*D'un point de vue kinésithérapeutique.*

Malgré un comportement d'opposition lors de la rencontre avec le kinésithérapeute, un bilan a pu être réalisé. Il montre d'importantes raideurs articulaires et une hypotonie axiale. La marche, effectuée en triple flexion, est difficile et peu tenue sur la longueur.

*D'un point de vue orthophonique.*

Le bilan orthophonique montre ses capacités au niveau de la compréhension et la possibilité d'utiliser des pictogrammes dans un code de communication adaptée.

Durant le bilan, plusieurs réponses de Farid interrogent l'orthophoniste sur la façon dont il vit son corps handicapé.

*D'un point de vue psychomoteur.*

Le psychomotricien, exerçant dans l'IME à ce moment là, rencontre Farid alors qu'il a 13 ans et 5 mois. Suite à son observation, il note l'ambivalence de Farid dans la relation. Entre recherche de cette relation et appréhension, Farid ne semble pas savoir comment se placer face à l'adulte.

Le jeu semble être un moyen majeur pour lui de faire état de son potentiel mais l'excitation provoquée paraît parfois difficile à gérer.

Quand il est à l'aise et en confiance, ses performances physiques et intellectuelles augmentent et la communication verbale se développe. Néanmoins, la motricité fine est limitée par la pince digito-palmaire et l'évaluation de l'intégration du schéma corporel est difficile.

La conclusion du bilan fait état de la problématique de Farid qui semble plus relationnelle que « mécanique » motrice et évoque la grande inhibition de Farid qui a pour conséquence une importante dépendance à l'adulte. Farid est en recherche d'une proximité physique qui devient rapidement oppressante et dérangeante.

Suite à ces bilans, il est proposé que Farid soit pris en charge en kinésithérapie, en orthophonie et en psychomotricité, pendant l'année scolaire qui commence.

L'importante opposition de Farid lors des séances de kinésithérapie provoque l'arrêt rapide du suivi. En parallèle, il intègre un groupe d'orthophonie autour de la « communication aménagée » une fois par semaine. Et le suivi en psychomotricité s'effectue dans un groupe hebdomadaire, autour d'une activité vélo, dans le but de travailler sur le sentiment archaïque profond, le besoin de réassurance par la confrontation

à l'autre dans un contexte ludique et contenu par la proximité rassurante de l'adulte, ainsi que l'ouverture vers l'extérieur de la structure.

Farid investit de façon positive les prises en charge en orthophonie et en psychomotricité qui seront donc reconduites chaque année.

Le projet éducatif de Farid est formulé autour de trois objectifs, l'amélioration de son autonomie en l'aidant à utiliser ses compétences, la prise de conscience de ses limites au travers d'un travail corporel et l'évolution de son comportement dans la vie en collectivité.

Pendant l'année scolaire 2006-2007, une Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) administrative est mise en place pour aider la mère de Farid qui, seule, se trouve dépassée dans l'éducation de ses six enfants dont elle a la garde. Farid paraît toujours très affecté par le départ de son père du domicile familial et par le manque de lien avec lui. L'internat séquentiel une nuit par semaine est alors décidé.

A l'IME, il est noté que Farid n'utilise pas spontanément ses compétences, il n'est actif que lorsqu'il est sollicité.

La dégradation orthopédique et fonctionnelle progresse et l'autonomie en fauteuil roulant est, à partir de là, privilégiée.

Son projet individuel est réévalué, l'autonomie et l'émancipation de Farid sont mises au premier plan. Il devient important de prendre en compte la période difficile que traverse Farid pour l'aider à faire émerger ses compétences.

En septembre 2007, l'arrivée de Mme B. en tant que psychomotricienne fait suite au départ du psychomotricien et la prise en charge en psychomotricité de Farid évolue. Il est désormais pris en charge en salle de psychomotricité, dans un groupe hebdomadaire ayant pour but d'offrir un temps d'interaction médiatisée entre les jeunes, dans un travail sur le rapport à l'autre et sur les limites sociales et temporelles. Son projet de soin en psychomotricité est toujours axé sur la confrontation à l'autre dans le cadre sécurisant du groupe et sur sa capacité à canaliser l'excitation provoquée dans les situations de jeux.

Dès la mise en place de cette prise en charge, il est remarqué que Farid est souvent dans la recherche d'exclusivité, recherchant préférentiellement les interactions duelles avec un adulte. De plus, il paraît être dans la reproduction des mêmes jeux, refusant toute nouvelle consigne.

Pendant l'année 2007-2008, sa mère est inquiète sur l'avenir de Farid et sa future entrée dans une institution pour adulte. Farid est, à partir de là, interne deux nuits par semaine et une augmentation progressive du nombre de nuits passées à l'IME est prévue d'ici ses 20 ans.

Ses difficultés de relation aux autres sont au premier plan, Farid se montre capable d'agressivité. L'équipe se demande s'il s'agit d'une réponse à la période d'insécurité qu'il traverse ou si ces comportements agressifs ont pour but de combler l'ennui.

Son projet individuel évolue vers un travail sur les relations sociales et sur l'apprivoisement du monde extérieur qui l'insécurise.

Pendant l'année 2008-2009, Farid ne partage toujours ses activités qu'avec les adultes et seulement dans des relations duelles. De plus, il semble ne pas pouvoir adapter la distance à l'autre et a du mal à gérer la séparation.

Son autonomie, la valorisation de l'émergence spontanée de ses compétences et de l'expression de ses choix sont placées au centre de son projet individuel.

Pendant l'année 2009-2010, sa mère éprouve des difficultés à gérer des situations familiales parfois compliquées avec des enfants adolescents difficiles. Faisant suite à la précédente, une AEMO judiciaire, ne concernant pas directement Farid, est mise en place.

Les dégradations orthopédiques et fonctionnelles de Farid sont majorées par une prise de poids importante qui a pour conséquence une nouvelle perte de mobilité.

Le suivi en psychomotricité en groupe se poursuit. Il est remarqué que Farid est toujours dans une recherche de proximité et de contact avec l'adulte, mais dans des situations qui peuvent être assimilées à des câlins. Il recherche toujours le contact et l'attention de l'adulte mais le collage adhésif semble peu à peu se transformer en une relation affectivée. Peu à peu, il intègre les règles du groupe et la place des autres, il se montre même capable d'établir une relation de complicité lors de jeux avec un autre jeune.

En parallèle, il est observé, sur son groupe de vie et dans les séances de psychomotricité, que Farid commence à s'enfermer dans un comportement difficile à tolérer pour les adultes encadrants, il se cache régulièrement le visage dans son pull ou dans son tee-shirt.

En raison de l'importante diminution de ses capacités motrices, le médecin de rééducation fonctionnelle établit une indication pour une prise en charge individuelle en

psychomotricité pour évaluer si cela est dû à un problème comportemental en plus de la régression physiologique.

Cette prise en charge débute en novembre 2009. La psychomotricienne repère que Farid a des difficultés au niveau de la régulation tonique, il présente le plus souvent un tonus axial très bas et un tonus périphérique élevé. Elle remarque qu'il semble éviter l'appui sur les pieds et les jambes, comme s'il les désinvestissait avant même d'avoir perdu toutes ses capacités, avec une sur-utilisation des membres supérieurs dont le tonus est très élevé. Cette hypertonie développée au niveau des membres supérieurs lui semble être une forme d'agrippement, une façon de se sécuriser en se regroupant sur lui-même.

A partir de ces observations, la psychomotricienne oriente la prise en charge sur la possibilité pour Farid d'éprouver les sensations d'équilibre et de déséquilibre, de sentir son axe, trouver des postures permettant une meilleure économie tonique dans le but de lui permettre de reprendre confiance dans ses appuis et dans les capacités de ses membres inférieurs.

Ce travail est de longue durée, Farid a besoin d'un long temps d'adaptation avant de se sentir en sécurité et être disponible. Mais il apparaît acteur pendant le suivi, qui représente un véritable travail pour lui, il se montre volontaire et s'applique tant que cela lui est possible. Peu à peu il semble redécouvrir la possibilité d'appuis sur ses pieds, acquérir un meilleur contrôle tonique et trouver une meilleure assurance dans le déséquilibre.

Pendant les séances, Farid fait des va et vient entre les exercices dans lesquels il s'implique et des temps où il part se cacher sous une couverture, interprétés par la psychomotricienne comme un besoin de s'isoler pour se retrouver et se reposer.

La poursuite de cette prise en charge au cours de l'année scolaire suivante est décidée, c'est donc dans ce cadre que je vais le rencontrer.

### **III. FARID : LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITE.**

Dans le souci de retranscrire les différentes étapes qui nous ont menées au jeu de cache-cache, je m'attacherai à décrire de façon chronologique ce qui s'est déroulé lors des séances de psychomotricité.

#### **1. Une première rencontre.**

Je rencontre pour la première fois Farid lors de mon premier jour de stage mi-octobre 2010. Ce jour là, notre rencontre se déroule dans un contexte un peu particulier. Mon arrivée, prévue et annoncée à Farid, survient après deux semaines d'interruption de la prise en charge. En effet, Mme B. était en formation les deux semaines précédant le début de mon stage et n'avait pas pu faire ses suivis à l'IME.

La prise en charge de Farid est la première de la matinée, c'est donc quand, avec ma maître de stage, nous allons le chercher sur son groupe de vie que je prends réellement conscience de la gravité des handicaps et des déformations dont souffrent certains enfants. J'avais visité la structure l'été dernier lors de mon entretien pour le stage, mais à ce moment là l'IME était presque vide, beaucoup d'enfants étant en vacances.

Nous arrivons sur le groupe de vie de Farid et dès que nous apparaissions il tire son encolure de pull avec sa main et se recouvre la tête avec. Je ne peux m'empêcher d'avoir l'impression qu'il est perturbé par ma présence. Il exprime clairement son refus de nous suivre dans la salle de psychomotricité par des « non » clairs et distincts. Je suis surprise en entendant sa voix et, tout à la fois, rassurée de l'entendre parler mais déstabilisée. A quoi, à qui dit-il non ?

Il faudra l'intervention d'une monitrice éducatrice pour l'aider à s'installer sur son fauteuil. En effet, il paraît s'enfermer dans cette situation de repli sur lui et semble avoir besoin d'un soutien extérieur pour en sortir. Nous pouvons alors nous rendre dans la salle de psychomotricité. Farid ne sort pas une fois la tête de sous son pull, il m'a à peine jeté un regard et, ne sachant pas quoi dire, je me sens vraiment de trop, gênante et intrusive.

Dans la salle de psychomotricité, Farid sort enfin la tête de son pull. Lui et la psychomotricienne me cherchent une place, il répond un « hm » très clair quand Mme B. lui propose que je m'installe au bureau. De cette place, j'observe donc cette première séance en ma présence.

La psychomotricienne commence à installer la salle comme ils en ont l'habitude (de gros ballons et des coussins d'air disposés à des endroits bien précis). Dès qu'une couverture est placée au centre de la salle, Farid descend de son fauteuil pour aller sur les tapis, il s'allonge sur le côté en position fœtale et tire la couverture sur sa tête.

Tout au long de la séance, le rituel habituellement mis en place lors des séances de psychomotricité est mis à mal par Farid qui répond clairement « non » à toutes les sollicitations de la psychomotricienne.

A un moment, Mme B. se glisse elle aussi sous une couverture et je vois Farid sortir la tête de sous sa couverture, me regarder puis se déplacer à quatre pattes vers la psychomotricienne, s'approcher très près d'elle mais sans essayer de la découvrir. Un court moment après il retourne s'allonger et cache son visage sous sa couverture.

A la fin de la séance, la psychomotricienne lui propose le temps de mobilisation passive qu'ils font habituellement pour terminer la séance, ce que Farid accepte, la tête toujours recouverte de la couverture. De ma place, je perçois son tonus élevé et sa grande difficulté à le faire diminuer.

Après ce temps, Farid a beaucoup de mal à sortir la tête de sa cachette puis retourne sur son fauteuil en me fixant du regard.

## **2. Un nouveau dispositif à trois.**

La semaine suivante, je suis à nouveau observatrice de ma place, au bureau. La séance se déroule sensiblement de la même façon, Farid refusant toutes les sollicitations habituelles de ma maître de stage. Il tire une couverture à lui et y cache son visage et, à nouveau, la psychomotricienne finit par faire de même. Cette fois, toujours en jetant des regards dans ma direction, Farid vient la découvrir et se cache avec la couverture qu'avait utilisée la psychomotricienne. Je me questionne sur cette situation de « cache-cache » qui semble émerger. Est-ce que Farid ne veut pas être vu ? Par qui ? Par moi ? Ou est-ce qu'il ne veut pas voir ? Qui ? Moi ?

C'est à partir de la semaine suivante que je commence à participer aux séances. Mme B. me propose de venir essayer un exercice qu'ils faisaient habituellement tous les deux. Farid est d'abord caché sous une couverture mais il finit par nous rejoindre et me regarde franchement alors que je suis assise sur un gros ballon cacahuète. Il s'agit de la

première fois que nous sommes tous les trois sur les tapis et que Farid ne se cache pas le visage.

Durant ces premières séances, premières prises de contact entre Farid et moi, je remarque à quel point il est en difficulté dans la relation directe. Les temps de transitions, par exemple lorsque nous allons le chercher sur son groupe de vie, sont plus rapides quand nos esprits sont occupés ailleurs et que nous ne sommes pas physiquement dirigés vers lui (quand nous discutons avec l'équipe de son groupe par exemple).

### **3. Et si on jouait à cache-cache ?**

Dès la semaine suivante et jusque fin janvier, les séances s'organisent autour d'une première situation de cache-cache dans laquelle nous reprenons, en proposant de le jouer, ce comportement de « cacher-trouver » que Farid amène dans les séances de psychomotricité.

Il s'agit d'un jeu de cache-cache que l'on pourrait qualifier « d'habituel », l'un attend pendant que les deux autres se cachent, puis il va les chercher. Farid y participe clairement en désignant qui se cache et qui cherche, entre chaque « tour » quand nous sommes assis tous les trois au centre de la salle. Quand c'est à notre tour d'attendre que les autres soient cachés, Mme B. ou moi, nous nous mettons généralement devant un mur, les mains sur les yeux pour ne pas voir où les autres se cachent. Quand c'est à son tour, Farid tire la couverture sur sa tête et reste ainsi allongé par terre jusqu'à ce qu'il vienne nous chercher.

Généralement, Mme B. et moi, nous cherchons des cachettes plutôt élaborées, dans lesquelles on ne nous voit plus du tout. Nous jouons aussi entre nous, par exemple je vais me cacher sous le bureau alors qu'elle compte juste à côté ou elle vient se cacher juste derrière moi et me suit dans mes déplacements. Dans ces moments là, Farid nous regarde surpris et souriant mais il me paraît toutefois figé, comme s'il ne savait pas comment y répondre. Dans ce jeu qui s'installe entre nous deux sous les yeux de Farid, nous cherchons à mettre du jeu dans cette situation de « cacher-trouver » qu'il amène.

Quant à Farid, je remarque qu'il se cache toujours uniquement la tête, dans son pull ou sous une couverture. De cette façon, il me fait penser à un petit enfant qui croit qu'on ne peut plus le voir quand il se cache les yeux avec ses mains. Mais est-ce qu'il s'agit réellement d'une mauvaise intégration du schéma corporel, comme une illustration du

désinvestissement du bas de son corps ? Ou une stratégie pour être sûr qu'on le trouvera bien ?

A plusieurs reprises, nous tentons de lui montrer que, caché de cette façon, nous pouvons quand même le voir. Quand c'est à l'une de nous de le trouver, nous touchons l'un de ses pieds ou une de ses mains que nous voyons puis nous remontons progressivement en nommant et mobilisant chaque partie de son corps, jusqu'à la tête avant de le découvrir, ce qui vient signer le fait qu'il a été trouvé.

Je constate aussi que Farid ne vient jamais me chercher directement. En effet, il va toujours chercher Mme B. en premier puis elle l'accompagne pour venir me trouver, comme s'il cherchait par là un soutien dans la présence connue et probablement rassurante de la psychomotricienne. Cette mise en jeu de son « cacher-trouver », par la possibilité qu'elle lui offre de maîtriser la relation, est-elle une solution pour lui de trouver un moyen d'être en relation avec moi ?

Quand c'est à lui de venir nous trouver, Farid a besoin d'un temps de latence, plus ou moins long, avant de venir nous chercher. Pendant celui-ci Mme B. et moi-même verbalisons l'attente d'être trouvées, la peur de ne pas être cherchées.

Cependant, une fois qu'il a sorti la tête de sous la couverture, il vient nous trouver très rapidement et à chaque fois qu'il découvre l'une de nous dans sa cachette, l'émotion est visible sur son visage dans ses grands sourires et dans ses regards francs. Farid va donc au plus direct dans sa recherche et s'il ne nous trouve pas, il reste figé sur place. A l'opposé, lorsque nous cherchons les autres, ma maître de stage et moi, nous jouons la recherche en regardant un peu partout, tout en sachant que l'autre n'y est pas forcément. « Mais où est-il ? Peut-être derrière le rideau, ah non, peut-être dessous le coussin, ah non ! ... ».

Lors d'une séance, c'est au tour de Farid de venir nous trouver et, lorsqu'il a le visage recouvert, je me mets comme lui, allongée sur les tapis, la tête recouverte par une couverture. Quand il sort la tête de sous sa couverture pour venir nous trouver, Farid me regarde sans pouvoir bouger, il reste assis et ne va pas non plus chercher Mme B.

Par la suite je me suis beaucoup demandée ce qui avait pu provoquer une telle réaction. Est-ce que, par le non respect du fait de se cacher réellement, j'ai fait effraction dans la situation de jeu qui se mettait en place ?

A cause de la neige et de la formation de Mme B. la prise en charge s'interrompt tout le mois de décembre et nous nous retrouvons début janvier.

La première séance de reprise est très particulière. Farid nous accompagne très facilement jusqu'à la salle de psychomotricité mais une fois la séance commencée il est très difficile d'être en lien avec lui. Farid se cache sous sa couverture, ne répondant plus aux sollicitations. La psychomotricienne propose alors que nous écoutions de la musique et que nous prenions chacun un temps pour nous, pour renouer le contact entre nous trois et avec ce dispositif après cette longue interruption.

Après cette séance de retrouvaille le jeu de « cacher-trouver » reprend sous la même forme que lors des séances précédentes.

#### **4. Le temps des cabanes.**

Dans le courant du mois de février, suite à une proposition que nous faisons à Farid, notre jeu initial évolue. Avant de commencer à jouer, Mme B. et moi construisons des cachettes. Notre idée est d'aider Farid à sortir de sa cachette unique, sous la couverture ou dans l'encolure de son pull, dans le but de lui offrir la possibilité d'expérimenter un espace sécurisant qui ne serait plus collé aux limites de sa peau.

La première séance pendant laquelle nous construisons ces cachettes, nous montrons à Farid comment les utiliser, l'une de nous l'accompagnant pour aller chercher celle qui est cachée, puis allant se cacher avec lui derrière une cachette.

Après avoir répété ces expériences plusieurs fois, nous finissons par nous cacher toutes les deux mais Farid ne vient pas nous trouver et je finis par sortir de ma cachette pour le rejoindre puis l'accompagner pour aller chercher la psychomotricienne. Ce faisant il rentre dans la cachette de Mme B. qui ressemble à une petite cabane. Elle propose alors de construire une cabane, ce à quoi Farid répond « hm ». Nous construisons donc toutes les deux une cabane autour de lui. A l'intérieur, Farid se cache dans son pull et ne répond plus à aucune question ou sollicitation jusqu'à la fin de la séance.

La séance suivante nous reprenons la construction des « cachettes-cabanes ». Quand cela est fait, Farid et moi allons nous cacher dans l'une d'entre elles. La psychomotricienne nous trouve facilement, nos « cachettes-cabanes » sont pleines de trous ! Comme Farid se met tout contre un élément de la cachette-cabane, nous lui proposons de construire à nouveau une cabane autour de lui qui n'aurait pas de trous cette

fois. Une fois la cabane finie nous faisons semblant de toquer à la porte pour entrer mais comme la semaine passée, Farid est caché dans son pull et ne répond plus.

La semaine d'après nous fabriquons une grande cachette-cabane dans laquelle nous entrons tous les trois, Farid s'allonge et glisse la tête dans son pull. Dans la pénombre de ce cocon, se développe une autre variante du jeu de cache-cache. Avec la psychomotricienne nous jouons à nous endormir et quand nous ne bougeons plus, Farid sort la tête de son pull, s'assoit et nous réveille, quand nous le regardons il se recouche et se recache. Tout se passe comme si la cachette-cabane n'était pas partageable, comme si nous ne pouvions l'habiter qu'en alternance et jamais tous ensemble dans le même temps. Le jeu de se réveiller fonctionne plusieurs fois mais, au bout d'un moment, Farid se cache à nouveau dans son pull et ne répond plus à aucune de nos sollicitations.

Nous nous questionnons beaucoup par rapport à ces « cachettes-cabanes » qui semblent le bloquer. Est-ce que ces cabanes ne l'enferment-elles pas plus ? Elles semblent être une carapace dans laquelle il se protège mais qui l'empêche d'être en lien. Nous cherchons à l'amener à y trouver refuge mais Farid ne semble pas dissocier la cachette-cabane d'une enveloppe corporelle, il nous montre que nous ne pouvons y pénétrer, comme si cela venait intruser son corps. L'absence de jeu vient nous questionner comme un dysfonctionnement, mais dans l'après-coup je m'interroge, comment jouer avec les autres alors qu'on est enfermé loin d'eux ?

Ce temps des cabanes est une période de tâtonnement, de recherche, nous faisons des propositions mais Farid ne se les approprie pas. Nous sentons alors qu'il est nécessaire de faire évoluer ce travail.

Fin février, lors d'une séance, nous reprenons le jeu de cache-cache initial, sans « cachettes-cabanes ». Ce jour là, je suis presque à chaque fois désignée par Farid pour être celle qui doit trouver les autres. Le rythme de la séance est lent, l'enchaînement des situations de cache-cache non dynamique, Farid a besoin de beaucoup de sollicitations pour être actif. Cette lenteur contraste avec ses comportements lorsqu'il est découvert. En effet, à plusieurs reprises il me surprend car quand je le trouve et que nous allons ensemble chercher la psychomotricienne, il ne va plus, comme avant, directement la trouver là où elle est. Avec un grand sourire il montre d'autres endroits, d'autres cachettes que nous avions l'habitude d'utiliser. Est-ce parce qu'il ne sait pas vraiment où est cachée la

psychomotricienne ou joue-t-il au jeu que nous jouions, de feindre ne pas savoir où il était caché ?

En outre, c'est la première séance où je le verrai se cacher entièrement. A ce moment là, je joue que je ne le trouve pas alors que je suis juste à côté de lui, cela le fait beaucoup rire mais il peut patienter sous sa couverture sans se découvrir.

### **5. Le temps du jeu.**

Dès le début du mois de mars, le jeu de cache-cache évolue à nouveau. Il devient un jeu de rivalité, dans lequel le but est alors de se cacher et de pouvoir le rester.

Ce jeu commence un début de séance, nous sommes tous les trois assis sur les tapis avec deux couvertures à côté de nous, Farid se cache sous l'une d'elle et Mme B. sous l'autre, je joue alors à voler la couverture utilisée par l'un d'eux pour pouvoir me cacher à mon tour. Le jeu s'enchaîne, celui qui est découvert tente de dérober la couverture d'un autre pour pouvoir rester caché.

Peu à peu le nombre d'objets permettant de se cacher augmente, nous nous saisissons des coussins, des matelas à portée de main pour nous cacher au mieux, jusqu'à ce que quelqu'un ne nous les vole.

Au fil des séances dans lesquelles nous jouons à ce jeu, Farid devient de plus en plus joueur. Il résiste quand on vient lui prendre sa couverture, il cherche à amasser les objets. Au bout d'un moment il commence à aller voler un objet alors qu'il en a déjà un en conservant son premier « objet-cache » pour ne pas le laisser derrière lui au risque de se le faire prendre. Il est aussi capable de faire des plaisanteries, une fois par exemple je me retrouve sans couverture, d'un coup Farid sort de sous la sienne et me la donne avant d'aller voler celle de la psychomotricienne. Lorsqu'il réussit à prendre l'objet de l'une d'entre nous il paraît réellement jubiler, le montrant du doigt en rigolant comme pour nous narguer, dans une attitude que l'on pourrait qualifier de défi.

Avec la répétition de ce jeu, nous avons commencé à nous amuser à cacher les objets qui nous servent de cachettes pour que les autres ne les trouvent pas et ne puissent pas nous les prendre. Farid investi ce jeu en se couchant sur les « objets-cachettes » qu'il amasse. Une séance il s'allie à Mme B. et ils cachent toutes les couvertures alors que je ne regarde pas. Farid nous étonne parce qu'il ne me révélera à aucun moment l'endroit où les couvertures sont cachées et nous finirons la séances en cherchant d'autres endroits pour

nous cacher, sous les coussins, derrière le rideau du miroir, en soulevant l'un des tapis de la salle... Au fil des séances, Farid se montre de plus en plus capable de nous faire ce genre de « blagues ».

Dans ces jeux, le rythme est plus soutenu, Farid est plus dynamique et acteur du jeu. L'émotion est bien plus présente, les rires sont importants, nous finissons généralement les séances fatigués et essoufflés.

Au fil des séances du mois de mars, je remarque que Farid passe moins de temps caché et nous regarde davantage. De plus, il se cache mieux, cherchant à utiliser plusieurs objets pour cacher à la fois sa tête et ses jambes. Dans son attitude et par ses réponses à nos questions, il peut aussi demander à ce qu'on l'aide à se cacher complètement.

Nous voyons aussi apparaître un nouveau comportement. Lorsque nous tardons à venir lui voler sa couverture, Farid se met à taper de la main sur le tapis ou émet un « houhou », que nous percevons comme des appels. Il me fait penser aux enfants qui font volontairement du bruit pour s'assurer que l'adulte n'oublie pas de les chercher.

## **Conclusion de la partie – quand l'aire du jeu se met en place.**

L'arrivée d'une tierce personne dans un cadre de soin déjà existant provoque toujours plus ou moins la redéfinition des séances et de leur contenu. En nous montrant sa difficulté à reproduire le contenu des séances habituelles après mon arrivée, Farid nous a forcé à repenser la prise en charge en psychomotricité. L'accroche a été trouvée dans la reprise, en jeu, de son rituel de « cacher-trouver » qu'il met en place dans son quotidien. A partir de là, nous avons pu cheminer, tous les trois, dans la mise en place de ce jeu.

Farid reste passif lors des séances, c'est donc l'observation de ses réactions à nos propositions qui nous permet d'orienter les séances suivantes. C'est ainsi que nous sommes partis de la mise en jeu de son rituel, en nous inspirant du jeu classique, correspondant aux représentations que Mme B. et moi nous faisons du jeu de cache-cache. Cependant, l'observation du manque de dynamisme des séances et de la difficulté pour Farid à être en lien nous ont poussé à aller explorer d'autres moyens de mettre en jeu l'alternance présence-absence, comme la mise en place des « cachettes-cabanes ». Mais, en venant provoquer chez Farid un renfermement sur lui-même, elles nous ont forcées à nous interroger. Nous n'étions pas dans le jeu, nous ne pouvions pas « mettre du jeu » entre ce que cela venait probablement évoquer pour Farid et les expériences nouvelles qu'il pouvait faire en séance. Nous avons dû nous adapter, proposer à nouveau. C'est l'apparition du plaisir partagé dans le dernier jeu mis en place qui nous indique qu'à partir de là nous sommes entrés dans une aire de jeu transitionnelle et partageable.

A chaque nouvelle tentative de jeu, Mme B. et moi-même avons tenté de décaler un peu Farid de son rituel et du jeu initial qu'il nous a fait mettre en place. Ces décalages ont permis progressivement, par tâtonnements, l'entrée dans cette aire du jeu permettant la rencontre et la relation dans un plaisir partagé autour de l'activité ludique. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, l'aire du jeu vient fabriquer une enveloppe commune, un espace de relation dans lequel la répétition de situations et d'expériences positives permettra leur retranscription dans le réel.

Dans cette partie clinique, l'écriture de mes observations m'a permis de mettre du sens dans ce qui se déroule au cours de ces séances de psychomotricité, de me représenter ce qui m'a paru irreprésentable au premier abord dans cette rencontre avec cet adolescent polyhandicapé. Cela m'a amenée à m'interroger sur ce que ce cache-cache peut permettre de mettre en « jeu ». Quels sont les fonctions et les sens de ce jeu ?

**PARTIE THEORICO-CLINIQUE**

**FONCTIONS ET SENS DU JEU DE CACHE-CACHE EN  
THERAPIE PSYCHOMOTRICE.**

## **I. FONCTIONS DU JEU DE CACHE-CACHE.**

### **1. Le jeu de cache-cache comme facteur de relation.**

Nous avons vu comment, entre présence et absence, le bébé apprend à être en lien avec les personnes de son entourage qui, progressivement, vont être assimilées au « non-soi », comme étant extérieures à lui. Le jeu de cache-cache permet à l'enfant de vivre symboliquement la séparation à l'autre, corporelle et psychique, et, peu à peu, de l'intérioriser.

En mettant en rituel cette alternance, Farid ne vient-il pas tenter de remettre en question, dans une répétition presque stéréotypée, cette intégration de la séparation entre le « soi » et le « non-soi » qui serait défaillante ?

Notre jeu de cache-cache est, au départ, la reprise du rituel de « cacher-trouver » que Farid met en place dans son quotidien et qui est apparu progressivement après l'arrêt de son comportement de collage adhésif aux adultes. Que vient nous raconter cette alternance présence-absence mise en acte ? Est-ce sa difficulté à aborder la relation à l'autre ?

Il me semble qu'il ne faut pas oublier que Farid est un adolescent et qu'il évolue dans un environnement quasi-exclusivement féminin, cette ritualisation du « cacher-trouver » ne vient-elle pas aussi dire son trouble ?

En observant ses difficultés dans la relation directe, je remarque qu'il ne peut qu'agir la relation et non pas la subir. Le « cacher-trouver » de Farid me paraît être un médiateur de la relation à l'autre, il lui permet d'instaurer la relation et de pouvoir la maîtriser.

Dès le début de nos séances partagées, Farid me regarde mais ne semble pas vraiment savoir comment venir à moi ou comment me laisser venir à lui. Quand nous mettons en place les premières situations de cache-cache, Farid me désigne souvent comme celle qui doit chercher et quand c'est à lui de chercher les autres il trouve invariablement la psychomotricienne avant de venir me trouver. Comme si dans son rituel, la question « brute » qu'il nous pose est celle de la maîtrise de la relation à l'autre.

Nous avons tenté de la mettre en jeu dans les séances de psychomotricité et par ce biais, nous avons pu lui permettre d'expérimenter, dans une aire de jeu partageable, cette alternance présence-absence et le fait d'aller vers les autres comme de se laisser approcher par l'autre.

## **2. Le jeu de cache-cache comme facteur d'explorations psychomotrices.**

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, le jeu de cache-cache apparaît de façon imbriquée dans le développement des notions de schéma corporel, de temps et d'espace. Le jeu permet l'exploration de ces notions dans un cadre ludique sécurisant, ce qui conduit, en parallèle, à une évolution des règles du jeu.

### **a. Au niveau du schéma corporel.**

D'après Françoise DOLTO, « *le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce* »<sup>52</sup>. Il est constitué par la combinaison des informations sensorielles intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives qui permet de donner une représentation mentale du corps.

Le schéma corporel est donc la connaissance que l'on a de soi en tant qu'être corporel, il permet de situer notre corps dans le temps et l'espace. C'est en cela qu'il est la base de notre sentiment d'unité.

Il se construit progressivement au cours du développement de l'enfant grâce à la perception puis l'intégration des multiples informations sensorielles telles que la vision, l'audition, le toucher, la proprioception... Ainsi, la manière dont l'enfant va être manipulé, porté, soigné par sa mère a un rôle primordial dans la prise de conscience de l'unité corporelle.

En permettant à l'enfant de différencier de plus en plus finement son corps de l'extérieur par l'intégration de ses limites corporelles, l'intégration du schéma corporel permet l'individuation et met fin à l'état de symbiose.

Dans le jeu de cache-cache, plus précisément dans les premières situations de « coucou » entre la mère et son nouveau-né, l'émotion ressentie est un moyen pour le nouveau-né de sentir son corps au travers de modifications corporelles, principalement du tonus et de la respiration. Plus tard dans les jeux de cache-cache à proprement parler, il s'agira de l'émotion de l'attente, puis de celle d'être trouvé ou bien de l'émotion de la recherche puis de la découverte de quelqu'un. Ainsi, dans le jeu, les émotions sont liées aux sensations, ce qui permet d'affiner la connaissance et la mise en sens des réactions corporelles et donc l'intégration du schéma corporel.

---

<sup>52</sup> DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Seuil, Paris, 1984, p. 22.

Dans les séances de psychomotricité, dès que nous avons commencé à mettre en jeu son rituel de « cacher-trouver », Farid se cachait uniquement les yeux en glissant la couverture sur sa tête. Quand nous allions le trouver, nous utilisions un contact tactile de proche en proche, des pieds ou des mains jusqu'à soulever la couverture qui lui recouvrait la tête, le tout soutenu par une verbalisation dans laquelle nous nommions les différentes parties du corps. Cela me fait penser au jeu de « la petite bête qui monte » entre une mère et son enfant, ce jeu permet à l'enfant d'intégrer la notion du lien qui existe entre les différentes parties de son corps.

A partir du mois de mars, dans le jeu de cache-cache mis en place, Farid semble percevoir peu à peu l'unicité de son corps et la différence entre voir et être vu. Sa façon de se cacher de mieux en mieux, me laisse à penser qu'il perçoit plus finement l'intégrité de son corps et le fait que nous puissions le voir s'il n'est pas dissimulé entièrement.

*b. Au niveau du temps.*

Théorisée par de nombreux auteurs, la notion de temporalité recouvre les concepts de rythme, de tempo et de durée.

Le temps est reconnu comme le moteur de toute dynamique psychique, « *c'est le temps qui signe la certitude de l'unicité de chacun, de sa conscience de son corps, corps dans sa finitude parce que corps changeant dans le temps.* »<sup>53</sup>.

Tout comme le schéma corporel, l'intégration de la temporalité est progressive et apparaît chez l'enfant en fonction de ses échanges avec l'environnement.

On peut imaginer que les premières structurations du temps se font dès la vie intra-utérine, pendant laquelle le fœtus vit la rythmicité du fonctionnement du corps de sa mère. Puis dès la naissance, le nouveau-né va pouvoir progressivement percevoir la rythmicité du fonctionnement de son corps dans, par exemple, l'alternance entre la tension corporelle créée par la faim et la détente provoquée par le sentiment de satiété. Il peut aussi saisir la rythmicité de son environnement, en particulier dans les temps de handling.

La ritualisation des soins maternels, tels que l'alimentation et les soins du corps, constitue les « macrorhythmes » qui ont un caractère régulier et stable. Se déroulant dans un temps cyclique, ces rituels deviennent donc des éléments structurants et sécurisants de l'environnement. Ils permettent la répétition de moments identiques, le partage de leurs

---

<sup>53</sup> COURBERAND D., 2002, « La côte d'Adam ou l'à côté du corps, espace des désordres psychomoteurs. », *Thérapie psychomotrice et recherches* n°129, p. 10-19.

significations puis l'identification et l'investissement du monde environnant. Ces macrorhythmes apparaissent comme essentiels au fonctionnement psychique du nourrisson en favorisant la mémorisation et donc le développement de la capacité d'anticipation.

Daniel MARCELLI propose, en parallèle de la notion de macrorhythmes, la théorisation de ce qu'il appelle les « microrhythmes » et qu'il définit comme des « *échanges interactifs entre le bébé et un partenaire qui se font à une distance rapprochée, échanges qui s'étendent sur une donnée brève de quelques secondes ou au plus de quelques minutes* »<sup>54</sup>. Les microrhythmes ont un caractère inattendu, aléatoire et incertain. Ils fondent la capacité d'attention, donnent lieu à des constructions en thèmes et variations, donnent un sens à l'excitation de l'attente et initie le bébé au plaisir des relations humaines, le jeu en est un exemple particulier. Dans ces moments d'échanges ludiques, comme la petite bête qui monte, le jeu de la chatouille ou le jeu du coucou, la mère crée les règles, puis s'amuse à les violer, à tromper les anticipations du bébé. Par la surprise ainsi créée, elle « *permet à son bébé de tolérer et même d'investir l'incertitude* »<sup>55</sup>.

Dans le jeu de cache-cache, les joueurs peuvent éprouver l'alternance de plusieurs phases. Celle où l'on se cache, puis celle où l'on attend d'être trouvé ou alors celle où on attend que les autres se cachent, puis celle où l'on cherche. Ces différentes phases peuvent provoquer différentes réactions corporelles (toniques, respiratoires...) que le joueur peut sentir et identifier en lien avec ce qu'il vit. C'est par ces différents ressentis corporels que s'inscrit la temporalité dans le corps de l'enfant, comme l'écrit Daniel COURBERAND, « *la permanence de l'objet n'est acquise que par le jeu de séparation-apparition, par l'attente où s'inscrit la temporalité dans le corps* »<sup>56</sup>.

Dans les différentes phases du jeu de cache-cache, les temps d'attente ont donc une importance particulière car ils permettent l'inscription de la temporalité, non seulement dans le corps, mais aussi dans le psychisme. En effet, « *les jeux de surprise se construisent autour de l'attente, qui est la première marque du temps dans l'esprit de l'homme.* »<sup>57</sup>. D'après D. MARCELLI, l'attente, ce moment particulier à la temporalité spécifique, crée

---

<sup>54</sup> MARCELLI D. cité par RODRIGUEZ M., 1995, « Penser le temps », *Thérapie psychomotrice et recherche* n° 102, p. 4-14.

<sup>55</sup> RODRIGUEZ M., *Ibid.*

<sup>56</sup> COURBERAND D., *op.cit.* 53.

<sup>57</sup> MARCELLI D., *op.cit.* 25, p. 127.

la pensée, il souligne l'importance de « *l'attente comme moment particulier d'investissement de la pensée* »<sup>58</sup> et il dit en reprenant S. FREUD que « *l'état d'attente [...] est le point de départ de toute pensée.* »<sup>59</sup>.

Dans les premières situations de « cacher-trouver » faites en séance de psychomotricité avec Farid, le rythme était lent et les séances peu dynamiques. L'enchaînement des différentes phases n'était pas fluide, Farid peinait à sortir de sous la couverture et à être en lien. Quand est arrivé le temps des cabanes, le temps de la construction des cachettes s'ajoutait au temps du cache-cache et le rythme des séances était encore plus lent. Dans le jeu qui se met en place depuis début mars la rythmicité est plus soutenue, les séances sont plus dynamiques et les enchaînements plus rapides. Nous avons trouvé ici un moyen d'être en lien dans une rythmicité commune, permettant le jeu.

A partir du moment où le jeu s'est mis en place, j'ai pu observer la capacité de Farid à faire varier son tempo. Le tempo psychique défini par Daniel STERN, et également nommé « *tempo moteur spontané* »<sup>60</sup>, se stabilise pour l'enfant aux alentours de 10 ans et peut être observé dans les jeux et en particulier dans les jeux de cache-cache. Le tempo de celui qui cherche peut être perçu, rapide ou plus lent, régulier ou non. Quand Farid nous cherche, il est d'abord très rapide dans les premières situations de « cacher-trouver », mais dès la mise en place du jeu il s'est, peu à peu, montré capable de modulation dans son rythme de déplacement pour venir nous chercher.

### *c. Au niveau de l'espace.*

Spatialité et corporéité sont indissociables, « *le corps se construit en se mouvant dans l'espace, la spatialité s'édifie par l'exercice du corps qui instruit ses limites* »<sup>61</sup>. L'espace est une notion acquise progressivement par l'enfant. Ses progrès moteurs en simultané de l'exploration de la sensorialité donne à l'environnement sa tridimensionnalité, l'espace est kinesthésique, visuel, sonore et tactile.

---

<sup>58</sup> *Ibid*, p. 143.

<sup>59</sup> FREUD S. cité par MARCELLI D., *Ibid*, p. 143.

<sup>60</sup> CELTAN M., 2002, « Rythme et tempo dans la structuration temporelle. », *Enfances & Psy* n°20, p. 118-120.

<sup>61</sup> LESAGE B., 2006, « Naître à l'espace. Prémices d'une clinique élargie. », *Enfance & Psy* n° 33, p.113-123.

L'enfant naissant arrive dans une immensité qu'il n'a pas connue lors de la gestation. Bien contenu dans le ventre de la mère, son espace était restreint, collé à son propre espace corporel.

La première notion d'espace ressentie est donc particulièrement liée à la notion d'espace corporel de l'enfant, contenu dans son berceau ou dans les bras de sa mère. Peu à peu l'enfant gagne en autonomie, peut se retourner, attraper un objet près de lui puis ramper, l'espace prend alors une nouvelle définition, en plusieurs dimensions. Puis, c'est l'acquisition de la marche qui permet la verticalité et l'ouverture sur un espace plus vaste.

Tout au long de ce développement, l'enfant va progressivement pouvoir jouer avec cette notion d'espace dans ce qu'elle comporte de distance. S'éloigner de la mère devient un enjeu qu'il peut maintenant réaliser, toutefois si la mère n'est pas loin pour lui permettre de se rassurer dès qu'il en ressentira le besoin.

Le collage adhésif que montrait Farid dans son enfance venait signifier que son sentiment d'exister était conditionné à cette présence, mieux, à ce contact avec un autre corps. Avec la mise en place du rituel de « cacher-trouver », il me semble que l'espace, celui de Farid, de son corps propre s'est élargi. Il me semble que, depuis ce moment là, c'est le regard de l'autre (et non plus son contact direct) qui est « *condition de son existence* »<sup>62</sup>.

D'une manière générale, l'espace de la salle est peu investi par Farid, sauf dans les moments où il vient nous trouver. Et s'il ne peut pas se cacher, ou très difficilement, autrement que sous la couverture et à peu près au centre de la pièce, je remarque qu'il vient nous chercher très rapidement et très précisément là où nous sommes. Ainsi les notions d'espace telles que haut, bas, derrière, devant, loin, près... sont investies dans ce jeu.

Dans les alternances entre attente et recherche, Farid peut expérimenter la « *double conception d'un espace : statique où l'on demeure, dynamique où l'on se meut.* »<sup>63</sup>. Et l'émotion visiblement ressentie lorsqu'il nous trouve nous permet de supposer qu'il est dans « *la découverte de la jubilation de l'exploration spatiale qui vient conjurer la perte.* »<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> Expression empruntée à ROITMAN-SAVARY E., 2002, « Vas-y ! Je te regarde... La fonction du regard dans la thérapie psychomotrice », *Thérapie psychomotrice et recherches* n° 129, p. 32 – 41.

<sup>63</sup> LESAGE B., *op.cit.* 61.

<sup>64</sup> COURBERAND D., *op.cit.* 53.

Dans le jeu de cache-cache, l'espace sonore est aussi mis en jeu. La psychomotricienne et moi, nous nous attachons à maintenir un lien auditif avec Farid dans les moments où il est caché, comme dans les moments où, seul, il doit venir nous trouver.

Farid, très silencieux dans les premiers jeux, est aussi devenu plus bruyant lors du jeu de cache-cache mis en place dès le mois de mars. Sont apparus les comportements d'appels, les « houhou » et la main qui tapote les tapis, lorsqu'il attendait d'être trouvé.

Cet investissement de l'espace sonore dans le jeu peut être facteur de réassurance dans les temps d'attente. En effet, « *le Soi se forme comme une enveloppe sonore dans l'expérience du bain de sons, concomitante de celle de l'allaitement. Ce bain de sons préfigure le Moi-peau et sa double face tournée vers le dedans et le dehors, puisque l'enveloppe sonore est composée de sons alternativement émis par l'environnement et le bébé.* »<sup>65</sup>. Cet investissement de l'espace sonore me paraît être aussi le signe d'un investissement adapté du lien à l'autre, de la distance relationnelle.

Dans ce jeu Farid s'est aussi montré capable de nous faire des « blagues ». Quand il cache, avec Mme B., les couvertures pendant que je ne les regarde pas, il ne me dit pas où elles sont cachées. Il me semble bien que dans cette situation la notion de complicité et donc d'espace relationnel différent en fonction des personnes est bien présente et que, au-delà, c'est la notion de l'intimité qui est mise en jeu. Intimité de l'appareil psychique dont les pensées ne sont pas partagées si l'on ne le décide pas, les limites d'un corps-psychique se consolident.

---

<sup>65</sup> ANZIEU D., 1976, « L'enveloppe sonore du soi. », *Nouvelle Revue de Psychanalyse* n°13, *Narcisses*, p. 161-179.

## II. SENS DU JEU DE CACHE-CACHE.

Les notions psychomotrices explorées dans le jeu de cache-cache, le schéma corporel, le temps et l'espace, représentent les fondements du sentiment de continuité d'existence. Elles permettent à l'enfant de savoir, de sentir de façon stable, qu'il est un corps unifié, présent et continu dans l'espace et dans le temps.

Si ce sentiment de base est défaillant, la conscience d'être n'est pas stable et peut à tout moment être remise en question. On peut donc imaginer combien les changements d'espace, l'augmentation de la distance corporelle à l'autre vont pouvoir provoquer des ressentis de perte de soi et donc de fortes angoisses de morcellement, de liquéfaction, en somme d'anéantissement du soi.

Dans sa théorie, D. STERN place le sentiment de base au centre du développement de l'enfant. D'après lui, le « sens de soi », apparaissant dans les interactions de l'enfant à son environnement, est présent dès la naissance dans une forme pré-verbale.

*« L'action prédominante entre parents et enfant, passe des actions et des évènements physiques aux évènements psychiques qui sous-tendent les conduites manifestes, puis au sens des évènements. »*<sup>66</sup>. En effet, avant deux mois, les aptitudes du nouveau-né sont tournées vers les interactions sociales. Celles-ci produisent des ressentis, des perceptions qu'il explore de même qu'il expérimente son environnement, son corps et ses capacités motrices. Il doit donc relier ces nombreuses expériences qu'il fait tous les jours et c'est dans ce lien que le sens du monde, comprenant le sens de soi, émerge. Puis, à partir de deux mois, le bébé fait l'expérience d'un « soi physique » comme *« une entité cohérente, volontaire, physique avec une vie et une histoire affective et singulière qui n'appartiennent qu'à lui. »*<sup>67</sup>. Cette expérience permet la modification des relations interpersonnelles de l'enfant. Peu à peu, il expérimente la séparation des psychismes, le sens de soi devient subjectif. Plus tard, avec les progrès de l'enfant au niveau du langage, il devient capable de communiquer sa conscience d'être aux autres, le sens de soi devient verbal et peut être partagé dans les relations interpersonnelles langagières.

Geneviève HAAG rejoint D. STERN en exprimant l'idée que le sentiment d'exister naît dès la vie intra-utérine dans les continuités et les discontinuités des expériences sensorielles, toniques et kinesthésiques du fœtus. En effet, la conscience d'exister serait

---

<sup>66</sup>STERN D. N. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Presse Universitaire de France, 2003, p. 46.

<sup>67</sup>*Ibid*, p. 43.

« issue tout d'abord de la perception différentielle son/silence des bruits rythmiques réguliers des battements cardiaques. »<sup>68</sup>. Après la naissance, le sentiment de base se stabilise grâce aux échanges sonores, visuels, toniques et kinesthésiques entre l'enfant et ses parents. S'il n'est pas stabilisé, l'enfant n'est pas protégé des vécus de dépression primaire, il est donc aux proies avec des angoisses archaïques de chute et de liquéfaction, provoquées pour tous par le traumatisme de la naissance mais non colmatée par un sens de soi stable.

Avant son arrivée dans l'IME, Farid était dans l'adhésivité à l'adulte. Or, G. HAAG fait l'hypothèse que lorsque le sentiment d'exister est défaillant on peut voir apparaître des défenses primaires d'ordre « *adhésif/ventouse* »<sup>69</sup> contre la dépression. Ces conduites adhésives peuvent donc apparaître lorsque le sentiment d'être est défaillant, l'enfant se colle à l'autre pour sentir quelque chose de lui-même.

Puis, après son entrée dans l'IME dans lequel je le rencontre, Farid quitte ce collage adhésif et met peu à peu en place ce rituel de « cacher-trouver » probablement en parallèle d'un sentiment de base qui évolue. En provoquant l'alternance entre la présence et l'absence, de soi comme de l'autre, ce rituel semble venir poursuivre l'exploration du sentiment d'exister sur une modalité plus évoluée. En effet, de l'adhésivité il semble être passé à une façon de percevoir cette séparation des corps et l'unité de son propre corps de façon moins archaïque. Mais le sentiment de base est encore défaillant et à consolider. Le jeu de cache-cache qui est mis en place dans les séances de psychomotricité vient se situer dans ce besoin de consolidation.

Farid me semble dans une constitution du sens de soi, du sentiment de continuité d'existence très défaillante. Son besoin d'étai de l'extérieur, sa fuite des relations directes comme si elles pouvaient devenir trop intrusives, me paraissent venir parler de ses angoisses importantes liées à son manque de solidité au niveau du sentiment de base. Dans les séances de psychomotricité, nous lui offrons la possibilité d'explorer en profondeur un jeu de cache-cache et donc lui permettre d'expérimenter, dans les allers-retours entre présence et absence, dans le fait que nous le cherchons lorsqu'il est caché, un sentiment d'existence plus stable.

---

<sup>68</sup> HAAG G., 2004, « Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique. », *Revue française de psychanalyse* Vol. 68, p. 1133-1151.

<sup>69</sup> *Ibid.*

### **III. QUAND LE JEU NE PEUT SE METTRE EN PLACE...**

#### **PSYCHOPATHOLOGIE DU JEU.**

C'est la prise de conscience de ce qui se joue en séance avec Farid qui m'a permis de mieux envisager et tenter de comprendre ce qui se joue (ou de ce qui ne se joue pas) dans la prise en charge en balnéothérapie d'une jeune fille polyhandicapée.

Anna est une jeune fille de 12 ans, souffrant du syndrome Lennox-Gastaud, une épilepsie sévère pharmaco-résistante et aujourd'hui encore non stabilisée. Ne pouvant garantir seule son équilibre debout, elle est maintenue par des sangles sur son fauteuil roulant et n'est pas autonome dans ses déplacements.

Anna présente plusieurs mouvements stéréotypés. Un premier, quasi-constant, de la tête dont les mouvements semblent tracer un « huit » couché accompagné d'un « mmmh » guttural. Ainsi qu'un second, présent par moment, quand un objet (surtout un tissu) passe à sa portée, Anna l'attrape et, le tenant entre ses mains, elle les frotte l'une contre l'autre. Ses mouvements de tête s'arrêtent, elle fixe l'objet et ses mains en mouvement, dans une attitude très tendue et très « concentrée ». Ce n'est que lors des séances en balnéothérapie que je l'ai vu reproduire ce mouvement stéréotypé en attrapant une main ou un bras de Mme B. ou moi.

Le suivi en psychomotricité s'effectue dans le cadre de la balnéothérapie dans le but de lui offrir un espace dans lequel elle pourrait explorer et expérimenter son environnement ainsi que son unité corporelle. Depuis mon arrivée, en tant que stagiaire psychomotricienne, je participe aux séances en tant que co-thérapeute aux côtés de la psychomotricienne. Dans ces séances, Anna marche dans le bassin, son équilibre parfois soutenu par une bouée.

Anna nous met en difficulté par ses mouvements de tête et donc du regard qui provoquent une relation discontinue, faite de ruptures et de redécouvertes. Elle croise parfois nos regards dans une intensité qui nous impressionne, accompagnée de grands sourires. La relation à trois est impossible. Anna semble « inaccessible » dans ses mouvements stéréotypés, alors qu'elle nous donne une impression de fusion quand elle nous regarde. Nous passons donc les séances entre tout ou rien, entre présence intense et absence complète.

Nous avons quelques fois tenté de jouer cette relation discontinue, en nous cachant les yeux, comme une mère pourrait le faire devant son enfant, ou en disparaissant dans son dos ou derrière des objets. Cependant, il nous semble que celle qui est cachée n'existe plus pour Anna, qui ne la cherche pas. Quand celle qui était cachée réapparaît, Anna ne manifeste pas de réaction ou d'émotion particulière.

Dans le cours de ma réflexion, je tenais à vous présenter cette jeune fille et vous donner un rapide aperçu du suivi en psychomotricité et des difficultés auxquelles nous nous heurtons.

L'épilepsie d'Anna et ses mouvements stéréotypés l'entraînent dans une relation aux autres et à son environnement marquée de discontinuité et de ruptures régulières.

Si elle subit son épilepsie, ses stéréotypies (vibratoires dans les « mmmh », vestibulaires dans les mouvements de tête, de rassemblement dans les mouvements des mains) semblent lui permettre de sentir quelque chose d'elle-même et ainsi de tenter de maintenir tangible un sentiment d'exister qui doit être mis à mal par ce vécu discontinu. Ce sentiment d'être ne peut rester qu'un « sentiment », dans le cas d'Anna il semble devoir être un ressenti physique et concret pour maintenir son rôle rassurant.

De la même façon que pour Farid, nous avons essayé de trouver une porte d'entrée dans le jeu. Anna, nous faisant vivre cette alternance présence-absence, nous avons tenté une entrée dans un jeu de « cache-cache » facilitant l'instauration d'une relation nous permettant de jouer cette alternance. Dans ce que nous observons des réactions d'Anna, cette tentative ne semble pas permettre la mise en place d'un jeu. Cette observation nous a permis de faire évoluer le suivi, en cherchant d'autres moyens d'entrer en relation, d'autres portes d'entrée dans le jeu.

## **Conclusion de la partie – le jeu avec l’enfant polyhandicapé, rôle du psychomotricien.**

*« A se vouloir thérapeutique, la psychomotricité doit pouvoir dépasser le stade de « l’agi », du « faire », de l’immédiat et proposer à travers une rencontre singulière, un espace qui soit déjà du « jeu », c’est-à-dire un espace de création où ce qui compte n’est pas tant l’acte lui-même, que ce que je peux moi en imaginer dans ce qui devient un entre-deux vivant de la rencontre »<sup>70</sup>. Il s’agit d’être dans le présent du jeu qui se déroule, d’être avec l’enfant, dans ce qui se joue pour lui, pour que le sens de ce qui est fait, de ce qui est mis en jeu, puisse être ressenti par lui. Dans le cas particulier de la rencontre avec un enfant polyhandicapé, il va d’abord falloir prendre en compte les nombreuses entraves au jeu qu’implique la lourde pathologie dont l’enfant souffre. En effet, nous avons vu combien le jeu avec l’enfant polyhandicapé, quand il peut se mettre en place, mérite une installation progressive et suivant la temporalité de l’enfant*

Avec la psychomotricienne de l’IME, nous avons fait le choix de partir de ce que nous montre l’enfant, ce qu’il semble vivre et ce qu’il nous fait vivre. Nous avons vu que parfois le jeu émerge et nous informe sur les fonctions et les sens que peuvent prendre les rituels ou les stéréotypies de nos patients.

*« Pour le psychomotricien, il me semble que ce qu’à travers nos actes, nous renvoyons au patient, c’est un premier support à symbolisation. C’est dans le « faire avec », dans ce que, dans la réalité, nous apportons à l’enfant que celui-ci va pouvoir expérimenter le passage de « l’agir » au « penser » »<sup>71</sup>. Dans la prise en charge de Farid, nous pensons que ce passage par le « faire avec » dans l’exploration poussée de son rituel va pouvoir lui permettre d’être assuré de sa continuité d’existence, socle nécessaire pour pouvoir être libre de faire d’autres expérimentations.*

D. MARCELLI nous explique que *« l’exploration des conduites ludiques présente une telle importance pour l’évaluation psychodynamique d’un enfant qu’il est indispensable d’y sensibiliser le clinicien. »<sup>72</sup>. Ainsi, est-ce que, par ce jeu impossible à mettre en place, Anna ne viendrait pas nous montrer que ce n’est pas ici que cela se joue pour elle ? Ainsi, quand il peut se déployer, le jeu serait alors l’indicateur de là où se situe notre patient, de là où cela se « joue » pour lui.*

---

<sup>70</sup> PASCAL I., 2000, « De l’immédiat à la médiation : la psychomotricité, clinique du passage. », *Thérapie psychomotrice et recherches* n°122, p. 50-63.

<sup>71</sup> *Ibid.*

<sup>72</sup> MARCELLI D. (1981), *Enfance et psychopathologie*, Masson, 2009, p. 256.

## CONCLUSION DU MEMOIRE

Les rencontres avec Farid et Anna m'ont permis d'explorer plus en profondeur les fonctions de la mise en place d'un « simple » jeu réalisé en séances de psychomotricité et de venir questionner la notion de jeu, en pratique dans ma clinique comme en théorie, véritable soutien dans mon parcours de formation. En effet, dans la plupart de mes autres stages, j'ai joué, le plus souvent sans trop me poser de questions. Et finalement c'est le jeu de Farid qui m'a interpellée. Unique dans mon stage auprès des enfants polyhandicapés de l'institution, il est venu me questionner sur la mise en place et les fonctions du jeu, et plus précisément du jeu de cache-cache, dans le développement psychomoteur et affectif d'un enfant.

La citation de *La règle d'or du cache-cache*, que j'ai choisie en préambule de mon mémoire, a réellement pris tout son sens dans ma rencontre et dans la mise en place du jeu avec Farid. En effet, par la possibilité de jouer ce rituel qu'il met en place, Farid nous a permis de le trouver là où il est.

Ce mémoire de fin d'études et la réflexion qui l'a porté, m'ont permis de relier la théorie et ma pratique de psychomotricienne en devenir autour de cette activité « banale » qu'est le jeu de cache-cache. J'ai concrètement pu percevoir la capacité créatrice, base du métier de psychomotricien. En s'intéressant au corps relationnel, au corps véhicule de l'être au monde, le psychomotricien est à même de se saisir des modalités de la rencontre, de les accueillir et de pouvoir les mettre au travail en regard du projet de l'enfant.

Ce jeu de cache-cache, support de la mise en place d'une relation thérapeutique avec Farid, et le travail que j'ai mené dans ce mémoire m'ont permis une réflexion plus large sur ma façon d'aborder tous les autres jeunes de l'institution. Aujourd'hui la question de la fin de ce jeu s'ouvre. La question de la fin du stage et de la nécessaire séparation.

Ma formation en psychomotricité m'a apportée de nombreuses expériences qui m'ont permis d'explorer progressivement le « sentiment d'être » une psychomotricienne. Ce jeu de cache-cache, ainsi que la réflexion qu'il a entraînée, m'ont sans aucun doute servie à le consolider...

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

- BEN SOUSSAN P.**, *et al* (1997), *Naître différent*, érès, 2009.
- BULLINGER A.** (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, érès, 2008.
- CICCONE A.** et **L'HOPITAL M.** (1991), *Naissance à la vie psychique*, Dunod, Paris, 2001.
- DOLTO F.** (1984), *L'image inconsciente du corps*, Seuil, Paris, 1984.
- DUREY B.** (1997), *Le polyhandicapé et son soignant – Une aventure partagée*, Champ social, 2004.
- KORFF-SAUSSE S.** (1996), *Le miroir brisé*, Hachette littérature, 2009.
- MARCELLI D.** (1981), *Enfance et psychopathologie*, Masson, 2009.
- MARCELLI D.** (2000), *La surprise, chatouille de l'âme*, Albin Michel, 2000.
- ROBERT-OUVRAY S.** (1993), *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*, desclée de brouwer, 2010.
- STERN D. N.** (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Presse Universitaire de France, 2003.
- SOULAYROL R.**, **MYQUEL M.**, **GUILLEMAUT J.** (1984), *et al*, *Le jeu, l'enfant*, Expansion Scientifique Française, 1984.
- WINNICOTT D. W.** (1971), *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 2007.

### Articles :

- ANZIEU D.**, 1976, « L'enveloppe sonore du soi. », *Nouvelle Revue de Psychanalyse* n°13, *Narcisses*, p. 161-179.
- BAILLY R.**, 2001, « Le jeu dans l'œuvre de D.W. WINNICOTT. », *Enfances & Psy* n°15, p.41-45.
- BATTISTELLI F.**, 1992, « Les aspects somatiques du polyhandicap. », *Evolutions Psychomotrices* n°18, p. 13-26.
- CELTAN M.**, 2002, « Rythme et tempo dans la structuration temporelle. », *Enfances & Psy* n°20, p. 118-120.
- CICCONE A.**, 2007, « La tyrannie chez l'enfant porteur de handicap », *Champ psychosomatique* n°45, p. 35-51.

- COURBERAND D.**, 2002, « La côte d'Adam ou l'à côté du corps, espace des désordres psychomoteurs. », *Thérapie psychomotrice et recherches* n°129, p. 10-19.
- HAAG G.**, 2004, « Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique. », *Revue française de psychanalyse* Vol. 68, p. 1133-1151.
- HAAG G.**, 2006, « Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps. », *Le Carnet PSY* n°112, p. 40-42.
- JOLY F.**, 2000, « Le travail du jouer... et ses déclinaisons », *Thérapie psychomotrice et recherches* n°124, p. 4-41.
- LESAGE B.**, 2006, « Naître à l'espace. Prémices d'une clinique élargie. », *Enfance & Psy* n° 33, p.113-123.
- MEUNIER S.**, 1992, « Expression et modalités d'intervention auprès de jeunes adultes polyhandicapés », *Evolutions Psychomotrices* n°18, p. 37-41.
- PASCAL I.**, 2000, « De l'immédiat à la médiation : la psychomotricité, clinique du passage. », *Thérapie psychomotrice et recherches* n°122, p. 50-63.
- RODRIGUEZ M.**, 1995, « Penser le temps », *Thérapie psychomotrice et recherche* n° 102, p. 4-14.
- ROITMAN-SAVARY E.**, 2002, « Vas-y ! Je te regarde... La fonction du regard dans la thérapie psychomotrice », *Thérapie psychomotrice et recherches* n° 129, p. 32-41.
- THIVEAUD M.**, 2000, « Ce n'est pas de jeu !!! », *Thérapie psychomotrice et recherches* n°124, p. 112-116.
- TOMKIEWICZ S.**, 1993, Emergence du concept de « polyhandicapé », *Evolutions Psychomotrices* n°20, p. 3-7.
- WINNICOTT D. W.**, 1969, « L'observation des jeunes enfants dans une situation établie », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, p. 37-56.
- WINNICOTT D. W.**, 1969, « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, p. 169-186.

### Mémoires :

- LEYNAUD M.**, *Du cache-cache et autres jeux de cacher*. Mémoire de psychomotricité n° 981, Université Lyon 1, 2009.
- PETIT F.**, *Et si on jouait à cache-cache ? Intérêt des jeux d'apparitions en thérapie psychomotrice*. Mémoire de psychomotricité n° 512, Université Lyon 1, 1999.

**RONDEAU M.**, *De l'avoir à l'être... Réflexion sur le corps de l'enfant polyhandicapé en thérapie psychomotrice*. Mémoire de psychomotricité n° 948, Université Lyon 1, Juin 2008.

**Sites Internet :**

**FREUD S.**, 1908, *La création littéraire et le rêve éveillé*.

Adresse DOI : <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030149451>

Article disponible sur Internet à l'adresse :

[http://classiques.uqac.ca/classiques/freud\\_sigmund/essais\\_psychanalyse\\_appliquee/04\\_creation\\_litteraire/creation\\_litteraire.html#](http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_psychanalyse_appliquee/04_creation_litteraire/creation_litteraire.html#)

**Annexe 24-ter du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989.**

Disponible sur Internet à l'adresse :

[http://dcalin.fr/textoff/annexe24ter\\_technique\\_polyhandicaps.html](http://dcalin.fr/textoff/annexe24ter_technique_polyhandicaps.html)

**Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.**

Disponible sur Internet à l'adresse :

[http://dcalin.fr/textoff/loi\\_1975\\_handicap.html](http://dcalin.fr/textoff/loi_1975_handicap.html)

<http://profil.action-sociale.org>

**Mais aussi :**

**HONORE C., LE GAC G.** (2010), *La règle d'or du cache-cache*, Actes Sud Junior, 2010.  
Dictionnaire, *Le Petit Robert*, 2010.

DESCHAMPS Nathalie.

## **UNE ALTERNANCE PRESENCE-ABSENCE QUI FAIT LIEN.**

### **Réflexions autour de la mise en place d'un jeu de cache-cache avec un adolescent polyhandicapé en séances de psychomotricité.**

Mémoire de psychomotricité n° 1065 – UCBL ISTR – Juin 2011.

77 pages.

#### Résumé

---

L'observation de la mise en place d'un jeu de cache-cache, initié par un adolescent polyhandicapé lors des séances de psychomotricité, peut nourrir de nombreuses interrogations.

En regard de l'étude de l'importance du jeu de cache-cache dans le développement psychomoteur de l'enfant et de ce qu'implique le polyhandicap, quels peuvent être les fonctions et les sens de ce jeu mis en place dans les séances de psychomotricité ?

#### Mots-clés

---

Soin psychomoteur – jeu de cache-cache – polyhandicap – schéma corporel – temps – espace – sentiment de continuité d'existence – psychopathologie du jeu.

#### Maître de mémoire

---

Mme Fabienne LEPLAT