



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

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 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

« Aidez-moi à me connaître »

Travail en psychomotricité autour de la sensorialité pour s'individuer auprès d'une patiente polyhandicapée

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

Par : Giroux Ophélie

Juin 2019

N°1511

Directeur du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Stéphanie VIALE
Psychomotricienne

Responsables des stages
Mme Christiane TANCRAÏ, Mme Aurore JUILLARD
Psychomotriciennes

Secrétariat de scolarité
Mme Pascale SACCUCCI

REMERCIEMENTS

Je voudrais d'abord remercier ma maitre de mémoire, Marie, de m'avoir soutenue et suivie tout au long de l'écriture de ce mémoire. Merci d'avoir été si réactive, pour tous ces apports, toutes ces recherches, pour toutes ces heures de relecture et surtout pour m'avoir tant rassurée. Merci de m'avoir écoutée et d'avoir été attentive quant à ce que je voulais retranscrire dans mon écriture.

Merci à mes professeurs et à l'ensemble de mes maitres de stage qui m'ont permis d'apprendre, d'évoluer et de devenir la future professionnelle que je suis aujourd'hui. Vous m'avez confortée dans le choix de ce si beau métier.

Je remercie également toute ma famille, particulièrement mes parents et mon frère, de m'avoir supportée tout au long de ces trois années, dans les moments difficiles comme dans les moments de joie. Merci d'avoir été là à mes côtés, de m'avoir écoutée, soutenue quoi qu'il arrive et de m'avoir donné confiance en moi (même si ce n'était pas gagné). Merci mamie pour la relecture de mon mémoire (mais aussi de mon mini-mémoire), et pour le temps passé à discuter de mes stages. Merci de m'avoir aidée à trouver ce stage sans lequel rien de tout cela n'aurait été possible.

Merci à tous mes amis d'avoir été présents, pour ces moments de rigolade, de décompression. Merci à mes amis d'enfance, Lucie, Amélie, Mathilde et Théo d'avoir toujours été là dans les moments de doutes et pour vos élans d'amour. Et évidemment, merci à mes dix poules, sans lesquelles ces trois années d'étude n'auraient pas été les mêmes. Vous les avez emplies de joie et pour ça je vous suis reconnaissante.

Enfin, merci à Raffaele, pour l'amour que tu m'as apporté et qui m'a permis de tenir dans les moments difficiles. Merci pour tes mots rassurants, pour ta patience et pour tous ces moments de rire. Merci de m'avoir soutenue sans relâche.

SOMMAIRE

LEXIQUE.....
INTRODUCTION	1
PARTIE CLINIQUE.....	3
I- Cadre du stage	3
II- À la rencontre de Cléa.....	4
1- Anamnèse.....	4
2- Parcours de soin	5
3- Présentation des éléments du bilan psychomoteur.....	6
4- Première rencontre	8
III- Déroulement des séances	10
1- Sensorialité.....	10
1.1- Un corps dans une quête d'unité.....	10
1.2- Les pieds, une zone particulièrement investie	12
1.3- La verticalité dans la marche, source de nouvelles sensations dans le corps ..	13
1.4- Le dos, une place centrale.....	13
1.5- Au-delà du toucher, la question des sonorités	14
2- Schéma corporel	14
2.1- Le dos ou la découverte d'un nouvel espace	14
2.2- Une intégration progressive.....	15
3- Appuis.....	16
3.1- Une influence sur le tonus	16
3.2- Apports dans la relation.....	17
3.3- Des changements attentionnels.....	17
3.4- Le manque d'appuis, source d'inquiétude ?	18
4- L'imitation	18
5- Un besoin de répétition	19
PARTIE THÉORIQUE	21
I- La sensorialité	21

1-	Définitions	21
2-	Fonctionnement général des systèmes sensoriels	21
3-	Les modalités sensorielles	22
4-	Les différents sens	23
4.1-	La vision	23
4.2-	Le toucher	24
4.3-	L'olfaction et la gustation.....	25
4.4-	L'ouïe	25
4.5-	L'appareil vestibulaire	26
5-	Comodalités entre les différents sens.....	26
II-	Apport de la sensorialité.....	27
1-	Travaux d'André Bullinger.....	27
2-	Travaux de Suzanne Robert-Ouvray.....	29
III-	Schéma corporel.....	30
1-	Synthèse dynamique de la notion de schéma corporel	30
2-	L'importance des sensations	30
3-	L'importance de l'autre et du miroir.....	31
IV-	Processus aidant à l'individuation.....	32
1-	Sentiment de continuité d'existence	32
1.1-	Travaux de D. W. Winnicott	32
1.2-	Travaux de W.R. Bion.....	35
2-	Éléments de construction permettant l'individuation	36
2.1-	Construction d'un Moi-corporel : Geneviève Haag	36
2.2-	Moi-peau : Didier Anzieu.....	37
V-	Le polyhandicap	39
1-	Définition	39
2-	Étiologie.....	40
3-	Troubles dans le polyhandicap et leurs conséquences dans le développement psychomoteur.....	40
3.1-	Déficience intellectuelle	40
3.2-	La déficience motrice	41
3.3-	Les troubles sensoriels.....	42
3.4-	L'épilepsie	43
3.5-	Troubles somatiques généraux	43

4-	Le handicap, un bouleversement dans la rencontre parents/enfant.....	44
VI-	Conclusion.....	45
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE		46
I-	Individuation possible en séance à travers la sensorialité	46
1-	Création d'une enveloppe, donnant une unité corporelle	46
1.1-	L'omniprésence des stimulations tactiles	46
1.2-	Un début d'unicité du corps ?.....	48
1.3-	Donner du sens aux sensations	48
2-	Amener de l'altérité par le travail du schéma corporel.....	49
2.1-	Le miroir, l'autre ... des images sur lesquelles s'appuyer	49
2.2-	L'imitation chez Cléa : signe d'une différenciation et de communication.....	50
3-	Répéter pour mieux intégrer ?.....	51
II-	Le polyhandicap ... des entraves dans le développement.....	52
1-	Le regard, ou comment plonger à l'intérieur de soi.....	53
2-	Les déformations physiques.....	54
2.1-	Le dos, siège des appuis	54
2.2-	Les pieds de Cléa, renvoyant au handicap.....	55
3-	La déficience, un frein dans l'intégration	57
4-	Les conséquences du polyhandicap dans le développement du schéma corporel et de l'image du corps	57
III-	Les séances de psychomotricité, la possibilité d'expérimenter.....	58
1-	Le cadre.....	58
1.1-	Un espace propice aux expérimentations	58
1.2-	La permanence du cadre	59
2-	La place du psychomotricien	59
2.1-	Investissement corporel	59
2.2-	Investissement psychique	61
CONCLUSION.....		62
BIBLIOGRAPHIE.....		

LEXIQUE

AMP : Aide Médico-Psychologique

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAH : Comité national Coordination Action Handicap

CESAP : Comité d'Études, d'Éducation et de Soins auprès des Personnes Polyhandicapées

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

IEM : Institut d'Éducation Motrice

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologique

PEA : Potentiels Évoqués Auditifs

QI : Quotient Intellectuel

INTRODUCTION

En fin de deuxième année d'étude, j'ai longuement réfléchi aux structures que je souhaitais contacter pour mes stages de troisième année. À la suite de différents cours auxquels j'ai participé et à mon stage de troisième trimestre en FAM étant rattaché à une MAS, je savais que je voulais faire un stage avec des personnes polyhandicapées. J'avais une réelle envie de connaître le travail proposé en psychomotricité avec cette population, pourtant très particulière aux yeux de nombreuses personnes. Lors de ma deuxième année, j'ai effectué plusieurs stages auprès d'adultes, alors quand l'opportunité de travailler avec des enfants s'est offerte à moi, j'ai immédiatement accepté.

J'ai découvert une clinique du détail, qui demande un grand investissement, aussi bien émotionnel que corporel, mais cela ne remplace jamais l'immense plaisir que j'ai à travailler avec ces enfants. Les moyens de communication étant restreints pour beaucoup d'enfants, je trouve que nous prenons d'autant plus le temps de découvrir chacun d'entre eux.

Lorsque je suis venue la première fois dans cet établissement pour le visiter, c'était avec une grande pudeur. Les psychomotriciennes m'ont présentée aux groupes avant même le commencement de mon stage. J'ai pu leur dire bonjour, me présenter, puis nous avons continué la visite. J'ai croisé quelques-uns de mes patients actuels dans les couloirs, alors qu'ils se promenaient entre les groupes. C'était le cas de Cléa, la jeune fille dont je vais parler dans ce mémoire. Je l'ai rencontrée pour la toute première fois dans l'angle d'un couloir. Elle se déplaçait en déambulateur, de façon assez rapide. Quand elle nous a vues avec la psychomotricienne, elle s'est immédiatement rapprochée de nous et s'est placée juste à côté de moi. Me regardant d'un air interrogatif, je me suis accroupie pour faciliter la communication. Je me suis présentée, et j'ai commencé à lui dire quelques mots. Puis tout à coup, elle s'est placée encore plus près de moi et m'a tendu les bras, comme pour me faire comprendre qu'elle voulait que je la prenne dans les miens. Je me suis donc exécutée, et nous sommes restées quelques instants ensemble, le temps d'une étreinte. Je me souviens que cette rencontre m'avait bouleversée par son caractère inattendu et spontané.

Aussi, si j'ai choisi de parler de Cléa dans ce mémoire ça ne me semble pas être le fruit du hasard. En effet, c'est une jeune fille qui a une motricité assez développée par rapport aux autres patients que je peux rencontrer dans le cadre de mon stage. De plus, elle est capable de venir nous solliciter assez facilement lorsqu'elle en ressent le besoin. Dans l'établissement, c'est une enfant que l'on remarque et je pense que cela a joué dans mon choix. Elle m'a également interrogée de par ses demandes récurrentes autour de la sensorialité.

Je me suis donc particulièrement penchée sur la prise en charge de Cléa qui était à la fois très complexe et très intéressante concernant l'approche du corps. Percevoir un corps unifié est souvent très difficile dans la clinique du polyhandicap. En découle alors la question que je me pose dans ce mémoire : **comment le travail autour de la sensorialité, auprès d'une patiente polyhandicapée, en psychomotricité permet-il l'individuation à travers la construction du schéma corporel ?**

Je débiterai par une partie présentant le cadre de mon stage, ainsi que ma patiente, Cléa. Je poursuivrai en exposant quelques extraits de séances avec elle.

Puis, j'évoquerai dans une partie plus théorique la question de la sensorialité et de ses apports. Dans un second temps je parlerai du schéma corporel selon différents points de vue. Ensuite, je citerai différents auteurs afin de comprendre comment et par quels mécanismes l'enfant vient à s'individuer, développant une vision unifiée, permanente et articulée de son corps. Je terminerai par évoquer la problématique du polyhandicap et de ses conséquences sur le développement de l'enfant.

Enfin, je terminerai en tentant de lier cette théorie à ma clinique auprès de Cléa en suivant différents axes. D'abord, j'aborderai la question de l'individuation en séance lié au travail autour de la sensorialité. Ensuite, je parlerai du polyhandicap et de la manière dont il influe sur le développement et les progrès de Cléa en particulier. Enfin, j'achèverai mon mémoire sur les outils que nous avons en psychomotricité pour intervenir au mieux auprès de nos patients et en particulier de Cléa.

PARTIE CLINIQUE

I- Cadre du stage

J'effectue mon stage dans un IEM, un établissement médico-social qui accueille essentiellement des enfants et adolescents polyhandicapés. Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples 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 relation. Cette structure propose principalement un accueil de jour, où les patients peuvent suivre des activités et des prises en charge rééducatives, mais propose également un internat où les jeunes peuvent dormir une ou plusieurs nuits par semaine selon les désirs de la famille.

D'après leur site internet, l'IEM a différents objectifs. Le premier est d'accompagner les familles et l'entourage habituel des enfants et adolescents. Les professionnels doivent également assurer la surveillance médicale, les soins, le maternage et intervenir pour que tous aient les appareillages nécessaires. L'institution veille aussi à ce que les jeunes aient l'éducation motrice ou les rééducations fonctionnelles nécessaires mais aussi l'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage selon des stratégies individualisées faisant appel à des techniques éducatives ou palliatives, notamment dans le domaine de la locomotion et de la communication. Enfin, l'IEM propose des actions d'éducation spécialisée tendant à développer la personnalité et l'autonomie sociale en utilisant autant que possible les moyens socio-culturels existants.

La structure comprend un grand nombre de professionnels. D'abord un directeur, une directrice adjointe, une comptable et la psychologue qui forment l'équipe de direction. Ensuite, il y a tout le personnel faisant fonctionner la structure tel que la secrétaire, la cuisinière, les techniciens de surface, ... Puis, l'équipe éducative est composée de nombreux éducateurs spécialisés mais aussi d'AMP. Enfin, l'équipe rééducative/paramédicale est composée de trois kinésithérapeutes, d'un ergothérapeute, de deux psychomotriciennes et de deux infirmières. Actuellement, il n'y a pas de médecin sur la structure, c'est donc un médecin pédiatre de l'hôpital de la ville qui intervient auprès des enfants.

Les psychomotriciennes sont présentes sur des temps de travail différents. En effet, l'une est à temps plein et l'autre à temps partiel. Elles proposent aussi bien des groupes que des prises en charge individuelles. Il n'est pas rare qu'elles travaillent en co-thérapie auprès des enfants, parfois même dans des séances individuelles. Une salle de psychomotricité, spacieuse, est mise à disposition avec une grande quantité de matériel. Sont également à disposition une salle Snoezelen et une balnéothérapie que les psychomotriciennes utilisent beaucoup.

À titre personnel, je suis présente sur la structure à hauteur d'une journée par semaine dans le cadre de mon stage. Je participe à une réunion paramédicale puis au groupe temps calme des adolescents le matin. Après le repas, j'assiste à plusieurs prises en charge individuelles. C'est dans ce cadre que j'ai rencontré Cléa, la jeune fille dont je vais vous parler.

II- À la rencontre de Cléa

1- Anamnèse

Les éléments d'anamnèse proviennent du dossier médical. Cléa est une jeune fille née en 2007, elle est donc âgée de onze ans lorsque je la rencontre. Elle vit chez ses parents avec sa grande sœur et son petit frère. Cléa présente une délétion interstitielle du bras long du chromosome II dans la région q24-q31 entraînant un syndrome polymalformatif. Ce dernier implique des syndactylies (malformation congénitale caractérisée par l'accolement et une fusion plus ou moins complète de deux ou plusieurs doigts ou orteils entre eux), des colobomes irien et rétinien (malformations de certaines parties de l'œil), une dysmorphie faciale et des retards de croissance et des acquisitions. Ce type de micro-délétion peut entraîner différentes complications : une atrophie corticale, de l'épilepsie, des cardiopathies, une micro-ophtalmie, une opacité cornéenne et un strabisme.

Concernant ses antécédents médicaux, Cléa a donc bénéficié d'une chirurgie de la main en 2013 afin de libérer l'annulaire, du majeur gauche et du pouce de la même main permettant théoriquement une préhension fine pouce/index qui n'était pas acquise. Cependant, les médecins ne l'ont pas opérée au niveau des pieds, elle a donc toujours les pieds palmés aujourd'hui. De plus, elle a eu des épisodes d'anémie ferriprive profonde

nécessitant des transfusions en 2012 et 2014. Cléa a également fait quelques crises d'épilepsie en 2012 qui ne se sont jamais reproduites. Enfin, elle a eu quelques infections ORL, et aujourd'hui les médecins présumant un trouble de l'audition. Une prise en charge ORL est en cours. Plusieurs essais de PEA ont été faits entre ses dix-huit mois et ses trois ans sans jamais de résultats interprétables. Cléa présente également une scoliose à double courbure, touchant à la fois la région thoracique et la région lombaire. Elle porte donc un corset la nuit. Pour finir, Cléa a traversé une période d'anorexie durant son enfance.

Ensuite, concernant son développement, Cléa a tenu assise à dix-huit mois. À trois ans, elle avait acquis le couché-assis, elle pivotait sur elle-même et le rampé était possible si elle avait un appui sous les pieds. Elle avait aussi une bonne coordination de ses deux mains. À trois ans, elle tenait également debout avec des appuis. À cinq ans, elle marchait à quatre pattes sur quelques mètres et sans intention particulière. Elle se mettait debout et pouvait faire quelques pas avec de l'aide. À sept ans, Cléa marchait à quatre pattes sans appréhension et elle s'asseyait seule. Cependant le pointage n'était pas encore présent. Elle se mettait debout, faisait quelques cabotages et pouvait se déplacer avec un cadre. À neuf ans, Cléa marchait quasiment, elle pouvait faire quelques pas en tenant juste une main. Aujourd'hui, alors que Cléa est une jeune fille de onze ans, elle marche sans aide depuis l'été dernier et elle peut presque courir avec son cadre. Ses mouvements fins sont également plus précis. Concernant son langage, elle s'exprime toujours avec des gestes qui n'ont pas évolué depuis plusieurs années. Elle utilise environ trois ou quatre signes avec ses mains pour communiquer. Cléa n'est pas propre, cependant, elle est capable de faire sur le pot si nous l'incitons, mais elle n'y va pas seule.

Concernant ses appareillages, Cléa porte des chaussures orthopédiques sans lesquelles elle ne peut pas marcher, un corset la nuit et des attelles aux deux mains durant la nuit également. Cléa porte aussi des lunettes.

2- Parcours de soin

Je vais à présent évoquer le parcours de soin de Cléa avant son arrivée à l'IEM en 2014. Cléa a été suivie en CAMSP depuis l'âge de deux ans. Dans cet établissement, elle était suivie par une psychomotricienne (une fois par semaine), un ergothérapeute (une fois

par semaine) et un orthophoniste. De plus, elle était suivie en kinésithérapie en libéral. En parallèle de ce suivi en CAMSP, Cléa était accueillie dans une crèche un jour et demi par semaine et le reste du temps, elle vivait dans sa famille où sa maman lui consacrait son temps. La prise en charge en CAMSP avait pour objectif un éveil psychomoteur, une découverte des potentialités de Cléa, la création d'une relation de confiance avec la famille, une ouverture sur l'extérieur et une guidance parentale en psychomotricité et en ergothérapie.

3- Présentation des éléments du bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur a été effectué en fin d'année 2014, il est donc obsolète. Je vais cependant évoquer les observations qui avaient été faites à l'époque, et celles que nous pouvons faire actuellement. Cela permettra de mettre en évidence les progrès faits par Cléa en quatre ans. Le bilan effectué est un bilan d'observation, et j'ai tiré ces informations de son dossier.

Motricité globale :

Dans le bilan, Cléa est décrite comme une petite fille téméraire capable de jouer avec autrui. Elle utilisait surtout le quatre pattes (sans dissociation des membres inférieurs) pour se déplacer. Les changements de positions comme le retournement, s'asseoir, se mettre à genoux ou se mettre debout étaient acquis et aisés. Cependant, elle ne savait pas toujours comment faire pour trouver la bonne stratégie motrice afin d'effectuer un mouvement avec un but. Cléa avait parfois besoin de l'adulte pour l'aider à trouver des appuis et pour lui donner un étayage relationnel par le regard et par les mots. Son équilibre semblait plutôt bon.

Aujourd'hui, Cléa marche seule mais uniquement lorsqu'elle porte ses chaussures orthopédiques. Lorsqu'elle est pieds nus, le quatre pattes reste sa posture privilégiée. Elle commence tout juste à dissocier ses membres inférieurs. Cléa est capable de se déplacer, d'escalader sans réfléchir, de manière naturelle. Quand elle marche, elle présente un équilibre fragile. Elle compense avec un polygone de sustentation assez large. Quand elle se tient à un appui, le polygone de sustentation se réduit. Dès qu'elle se lâche, il s'élargit de nouveau. Enfin, elle fait beaucoup de gestes stéréotypés à la fois en position debout ou

assise. Elle semble assez tonique et ses gestes ne sont parfois pas très précis et un peu brusques.

Motricité fine :

Dans le bilan, nous pouvons voir que Cléa était capable de jouer avec des jeux de construction mais qu'elle avait beaucoup d'attitudes de tout-petit : elle jetait, défaisait et donnait.

Aujourd'hui, elle ne jette plus mais utilise davantage les objets pour leurs réelles fonctions. Elle est capable de faire une tour de cubes, de défaire des légos, de les assembler, ... Ses doigts sont toujours fléchis et semblent très toniques, ce qui peut parfois impacter sur la précision des mouvements effectués. La motricité faciale est assez riche, en particulier au niveau de ses sourcils. Cléa montre beaucoup ce qu'elle ressent par ses expressions faciales.

Tonus :

Le tonus n'est pas évoqué dans le bilan de 2014. Je peux tout de même observer que Cléa a un tonus assez haut dans l'ensemble. Toutefois, elle est capable de se relâcher dans des moments de détente.

Espace et temps :

Dans le bilan, il est expliqué que Cléa repérait bien la salle de psychomotricité et qu'elle associait la psychomotricienne au lieu.

Je peux ajouter que Cléa repère bien les nouveaux visages, les nouvelles personnes. Elle m'a très vite intégrée et me reconnaît quand je viens sur son groupe. Cependant, je ne sais pas si elle se repère bien dans le temps. Le lundi, je vois un autre enfant dans son groupe. Quand j'arrive, elle me regarde toujours en me suivant, comme s'il était le moment d'aller en psychomotricité.

Schéma corporel et image du corps :

En 2014, Cléa se regardait beaucoup dans le miroir, mais ne semblait pas se reconnaître. Elle avait une attitude de « séduction » envers elle-même.

Aujourd'hui, Cléa est au stade d'appropriation de son corps. Elle sait en montrer certaines parties quand nous lui demandons oralement. Elle commence à mieux situer son

dos, tout cela est en cours d'intégration. Maintenant, lorsqu'elle expérimente autour de son corps, elle cherche parfois à se regarder dans le miroir, comme si elle faisait une vérification de ses actions et de ses sensations. Elle se reconnaît.

Je rappelle que Cléa est une petite fille avec des pieds palmés et plats, et la question de son vécu se pose. En effet, ses malformations congénitales influent forcément dans la construction de son schéma corporel mais aussi dans la construction de son image du corps.

Communication et interactions :

Dans le bilan, il était exposé que Cléa disait quelques mots comme « papa », « maman », « baba ». Je ne l'ai personnellement jamais entendue dire de mots avec un sens, elle fait parfois simplement des combinaisons de syllabes comme « baba ». Cependant, elle peut faire quelques sons durant les séances traduisant des rires, de l'excitation ou de l'étonnement. Cléa est également capable de comprendre des consignes simples et d'y répondre par une action. Par exemple, quand nous lui disons « va chercher le ballon », elle est capable de se déplacer et d'aller le chercher. De la même façon, si nous lui disons « va chercher tes chaussures », elle s'exécute et essaie de commencer à les mettre seule. Nous pouvons également voir dans le bilan que Cléa interpellait beaucoup les adultes et qu'elle était très demandeuse de contact, très curieuse. Aujourd'hui, Cléa ne recherche pas seulement la relation avec les adultes mais elle est également proche des autres enfants. Elle est donc vraiment dans la relation. Elle a aussi acquis la permanence de l'objet.

Au niveau des sens, Cléa porte des lunettes et voit bien avec. Cependant, elles lui sont indispensables car elle a vraiment une très mauvaise vue. Au niveau de l'audition, nous ne connaissons la qualité de son acuité auditive.

4- Première rencontre

Je découvre Cléa pour la première fois, dans le cadre d'une séance, lors de mon premier jour de stage. Avant que nous n'allions vers elle, je n'avais aucune information sur l'enfant que j'allais rencontrer. J'étais avec l'une des psychomotriciennes de la structure lorsque nous allions chercher Cléa dans la salle de son groupe. Quand nous sommes

arrivées, elle tenait une petite roulette de massage, qui lui est donnée comme repère pour la séance de psychomotricité à venir, et elle jouait avec. Cléa est une jeune fille d'environ un mètre vingt, qui semble toute frêle. J'ai eu l'impression de rencontrer une petite fille de six ans, alors qu'elle en a onze. Elle a les cheveux châtain et très fins. Elle portait ses petites lunettes violettes et elle m'a souri, ce qui me laissait entrevoir ses dents légèrement tordues. Quand nous sommes arrivées dans la salle, Cléa me regardait avec de grands yeux et semblait intriguée par ma présence. Cependant, elle n'a pas hésité pas à venir avec nous pour la séance de psychomotricité. Elle a donc marché jusqu'à la salle, me guidant car je faisais mine de ne pas connaître le chemin. J'ai remarqué que Cléa avait une démarche de tout petit, avec les jambes écartées et les bras en chandelier. De plus, elle n'effectuait pas de déroulements avec ses pieds. Ils faisaient donc du bruit comme si elle tapait légèrement des pieds mais sa marche était assez stable. C'est au moment où j'ai fait part de mes observations à la psychomotricienne, qu'elle m'a expliquée que Cléa ne marchait que depuis quelques mois. Cette information m'a donc permise de mieux comprendre les postures prises pendant la marche par Cléa. J'ai vraiment été très surprise de savoir qu'elle n'avait marché qu'à onze ans. Je n'arrivais pas à me dire que la marche pouvait être acquise aussi tard. Je pense avoir été un peu sidérée.

Quand nous sommes arrivées dans la salle de psychomotricité, Cléa était capable de suivre l'indication de la psychomotricienne qui lui demandait de monter sur le plan bobath. Tout au long de la séance, elle tentait d'attirer mon attention et de m'inclure dans les activités. Elle semblait très intriguée par ma présence. Durant cette première rencontre, la séance fût très riche et Cléa a fait beaucoup d'activités différentes. J'avais l'impression qu'elle cherchait à me montrer toutes ses capacités. En effet, la séance a débuté par des activités plutôt sensorielles comprenant des stimulations avec différentes matières, puis un temps de comptine. Cléa a ensuite effectué des déplacements dans la salle pour finalement jouer au ballon. Enfin, elle a fini par réaliser des déplacements sur demande de la psychomotricienne.

Pendant cette séance, j'ai pu observer beaucoup de choses concernant Cléa. Tout d'abord, elle était très réceptive à tout ce qui était sensoriel et elle semblait souvent bien comprendre ce qu'on lui demandait. Son schéma corporel ne semblait pas très construit, un peu confus. J'ai été très étonnée car quand une sensation la gênait au niveau de sa peau,

elle frottait la partie de son corps en question, ce qui me donnait l'impression qu'elle cherchait à effacer la sensation. De plus, Cléa semblait ne pas apprécier de perdre le regard de l'adulte, elle aimait plutôt qu'on la regarde et semblait avoir besoin que l'on approuve ses actions. J'ai également remarqué qu'elle était capable de repousser quelque chose quand elle n'aimait pas et qu'elle utilisait des gestes pour faire comprendre ce qu'elle voulait. J'ai eu l'impression lors de cette première séance qu'il était difficile pour Cléa de tenir longtemps sur une activité. Je me suis donc questionnée sur des problèmes attentionnels éventuels. Concernant sa motricité, j'ai trouvé qu'elle se déplaçait plutôt bien mais les changements de sol (passer d'un sol dur à un tapis par exemple) n'étaient pas aisés. Cependant, Cléa était capable de trouver dans son environnement ce qui pouvait l'aider (comme une chaise pour se tenir et éviter de tomber par exemple).

Ainsi, lors de cette première rencontre, cette jeune fille m'a beaucoup interrogée quant à sa recherche de sensations très importante au niveau de son corps. Ce retard massif de développement m'a également énormément mobilisée, avec une envie de chercher des réponses à tout prix.

III- Déroulement des séances

Je vais maintenant présenter des extraits de séances de psychomotricité avec Cléa.

1- Sensorialité

1.1- Un corps dans une quête d'unité

Lors de nombreuses séances, Cléa semblait vraiment être dans la recherche de sensations autour de son corps. En effet, dès la deuxième séance, nous avons commencé par des stimulations sensorielles, où la psychomotricienne passait une petite roulette en bois tout autour du corps de Cléa. Durant le passage de la roulette, j'ai remarqué qu'elle était extrêmement attentive. À la suite des massages et automassages, j'ai également constaté qu'elle était très calme et détendue. Que lui procurait donc cette roulette au niveau sensoriel ? Qu'en a-t-elle intégré ?

Par la suite, nous avons sorti les légos. Elle les a lancés et cela m'a vraiment fait penser à l'activité d'un tout petit avec des jouets. Cela m'a donc questionnée sur l'avancée de son développement. Nous pouvons rapprocher cela du jeu de la bobine de Freud chez le tout-petit. Dans le sac de légos, Cléa a ensuite trouvé une voiture, me l'a tendue et elle m'a fait comprendre par ses mimiques et attitudes qu'elle souhaitait que je lui fasse rouler dessus. J'ai donc pris la petite voiture et je l'ai passée sur l'intégralité de son corps, tout-en en nommant les différents segments. Cette partie de la séance m'a beaucoup questionnée sur un besoin constant, du moins en psychomotricité, de recherche de sensations sur son corps, comme si elle cherchait à le sentir à tout prix. Était-ce pour le sentir exister ? Était-ce pour le comprendre ? Suite à cette stimulation globale du corps, elle est parvenue à jouer de nouveau avec les légos et elle a tenté de nouvelles expériences, comme appuyer avec sa main sur une pièce ou encore séparer deux légos. Je me suis donc interrogée sur le rôle de la sensorialité dans ces différentes expériences, et en particulier dans le jeu. Ainsi, la sensorialité doit-elle être systématiquement explorée pour accéder à de nouvelles acquisitions ?

Lors d'une autre séance, nous avons terminé par faire des stimulations sensorielles sur le corps de Cléa avec un jouet qui vibre. J'avais commencé par lui mettre le jouet sur les jambes, sur les bras, puis sur le torse et sur le dos. Elle semblait extrêmement concentrée sur ses sensations, son regard étant dans le vide, comme si elle était à l'intérieur de son corps en train d'essayer de comprendre comment tout cela était agencé. Cela m'a beaucoup questionnée : quelle notion de volume a-t-elle de son corps ? Comment le perçoit-elle ? Il a fallu que nous cachions le jouet pour finir la séance car elle avait du mal à arrêter. Ainsi, qu'est-ce que cela a bien pu lui procurer d'aussi intense ?

Je m'interroge donc sur la façon dont Cléa peut percevoir son corps : est-il un tout ? Est-il composé de morceaux pas tout à fait reliés entre eux ? De par mes observations, j'ai l'impression que Cléa cherche, par la sensorialité, à comprendre et à intégrer comment ce corps est composé et comment il est rattaché de toute part.

1.2- Les pieds, une zone particulièrement investie

Je remarque des répétitions dans les sollicitations de Cléa lors dans une grande majorité de séances, en particulier avec la petite roulette en bois. Dans l'une des séances que nous avons proposées, nous avons commencé par des stimulations sensorielles au niveau de tout le corps. Cependant, lorsque j'ai passé la roulette sur ses jambes, Cléa m'a regardée, et m'a montré ses pieds en les pointant du doigt, me faisant comprendre qu'elle voulait que je la stimule tout particulièrement à ce niveau-là. Je me suis demandé si le fait qu'elle marche depuis peu lui demandait une attention vraiment forte sur cette zone, et si elle n'aurait pas besoin d'en sentir la globalité pour acquérir une démarche assurée. J'ai remarqué que lorsque nous passions la roulette sous la plante de ses pieds, cela favorisait la flexion de sa cheville. Je me questionne également sur la façon dont les pieds de Cléa ont été investis du fait de leur particularité. Comment la famille, l'entourage, les ont-ils abordés ?

Lors des semaines suivantes, après avoir retiré ses chaussures, Cléa me tendait tout de suite ses pieds me faisant comprendre qu'elle voulait que je la stimule au niveau plantaire.

Enfin, lors d'une autre séance, après m'avoir fait la même demande, elle s'était d'abord allongée sur le dos puis elle s'était mise assise. Elle me semblait être très à l'écoute de ses sensations. Ensuite, nous avons utilisé les plaques sensorielles, sur lesquelles différents tissus étaient cousus. Quand elles étaient douces, elle utilisait franchement ses pieds pour sentir. Elle pouvait les laisser sur la plaque si la sensation lui était vraiment agréable. Ses pieds sont-ils l'équivalent des mains du tout-petit dans l'exploration ?

Cependant, sur les plaques qui pouvaient piquer ou qui avaient des bosses, Cléa allait à tâtons avec ses pieds et elle ne mettait qu'un pied à la fois. Elle les a touchées aussi avec ses mains. Est-ce moins difficile de toucher avec les mains ? Elle a également mis certaines des plaques à la bouche. Elle s'est ensuite mise debout sur ces dernières en restant plus ou moins longtemps. Elle semblait rester plus longtemps sur celles qui étaient plus douces et plus agréables. Il y avait donc une certaine discrimination tactile.

Lors de cette séance, j'ai vraiment eu l'impression que Cléa était en pleine expérimentation avec ses pieds. En effet, elle ne marche que depuis peu de temps et

j'émetts l'hypothèse que, comme un tout petit ferait, Cléa est en train de découvrir toutes les nouvelles sensations que ses pieds peuvent lui offrir.

1.3- La verticalité dans la marche, source de nouvelles sensations dans le corps

Quand nous allions dans la salle de psychomotricité avec Cléa, elle marquait parfois des temps d'arrêt où elle se penchait en avant et faisait comme de petits squats. Au départ, je pensais qu'elle faisait ça pour reprendre de l'équilibre. Puis, je me suis questionnée sur le fait que cette position et ces mouvements pouvaient lui apporter beaucoup de sensations en étant debout. En effet, habituellement, quand nous faisons des stimulations sensorielles en séance, elle était assise. Je m'interroge sur le fait qu'elle puisse à présent rechercher des sensations lorsqu'elle est debout. Ou en a-t-elle vraiment besoin ? J'ai pu observer que Cléa faisait aussi ces mouvements lorsqu'elle se trouvait dans son groupe. Il est également possible que ce soit une gêne, des stéréotypies ou encore des mouvements anarchiques.

1.4- Le dos, une place centrale

Lors de certaines séances, nous avons proposé à Cléa de s'asseoir en appuyant son dos contre différents gros ballons. Il y avait un ballon avec des picots et un autre ballon lisse. Cléa est restée beaucoup moins longtemps appuyée contre le ballon à picot, ce qui montre qu'elle a bien senti et intégré la différence de texture entre les deux ballons dans son dos. Quand je lui ai passé la roulette en bois dans le dos, elle semblait aussi beaucoup apprécier. Puis, elle s'est adossée contre le miroir qui était froid et dur. Nous nous sommes donc saisies de cette occasion pour chanter une comptine avec l'appui-dos. J'avais l'impression que quoi que nous proposions en séance, Cléa revenait toujours à un moment au niveau de son dos : soit elle s'adossait contre quelque chose, soit elle demandait de la stimulation. Je me questionne beaucoup, car au même titre que ses pieds, c'est une zone à laquelle elle porte une grande attention.

Quelques semaines plus tard, lors d'une autre séance, la psychomotricienne a proposé à Cléa d'utiliser le gros ballon à picots, et en particulier au niveau du dos. Ma maître de stage lui a d'abord passé le gros ballon sur les jambes, puis sur le dos pour ne pas l'intruser d'un coup. Elle semblait apprécier et était concentrée. Puis la psychomotricienne a demandé à Cléa : « vient poser ton dos sur le gros ballon », et à ma grande surprise, elle

s'est tout de suite exécutée. C'était impressionnant car j'ai pu voir un immense relâchement sur ce ballon, qui donnait pourtant des sensations franches par ses picots. De plus, sa scoliose est très raide. Quand je l'ai vue se poser, j'ai eu l'impression de voir un œuf se casser, comme si quelque chose de dur lâchait et s'écoulait totalement. Mais finalement, elle s'est assez vite remise en face à face avec ma maître de stage. L'expérience était peut-être très intense.

Je me demande donc si ce dos n'est pas une zone privilégiée dans son corps, comme si le relâchement était plus aisé lorsqu'il prenait sa source à ce niveau-là, pour se diffuser dans tout le corps. Elle me donne vraiment l'impression que son dos occupe une place centrale, non seulement au niveau de sa localisation mais aussi au niveau de toutes ses sensations, que ce soit du relâchement ou de la tension.

1.5- Au-delà du toucher, la question des sonorités

Lors d'une séance, une fois arrivée dans la salle, Cléa m'a lâchée instantanément la main et elle a marché en vitesse vers le plan bobath. Elle s'est mise assise, puis a commencé à retirer ses chaussures puis ses chaussettes. Elle a été immédiatement captivée par le bruit de la pluie qui tapait contre la paroi de plafond en plastique. Je la sentais concentrée et très à l'écoute de ce qu'il se passait, elle était comme transportée. Au départ, je ne me suis pas tellement questionnée sur ce comportement, puis j'ai observé d'autres comportements similaires. En effet, lors d'une autre séance, Cléa a commencé à jouer avec un instrument de musique qui faisait un son très mélodieux. Elle était totalement happée par ce son. Aussi, durant cette séance Cléa ne cessait pas de grincer des dents, or, à ce moment-là, les grincements se sont arrêtés. De plus, en même temps qu'elle faisait de la musique avec ses mains, elle s'est mise en position allongée, de la même façon que lorsqu'elle est touchée. Je me questionne donc sur la recherche d'enveloppe de Cléa, et sur l'importance d'une enveloppe sonore en plus de celle tactile.

2- Schéma corporel

2.1- Le dos ou la découverte d'un nouvel espace

Au début de la prise en charge, quand la psychomotricienne demandait à Cléa de nous montrer son dos, elle s'exécutait assez rapidement. J'ai eu l'impression qu'elle avait donc

une connaissance de son corps assez avancée lorsque j'ai vu ça pour la première fois. Cependant, la psychomotricienne m'a expliqué qu'elle travaillait la localisation du dos depuis déjà plusieurs mois et que Cléa commençait tout juste à l'intégrer.

Lors d'une séance, nous portions une attention particulière au dos de Cléa car la psychomotricienne souhaitait me montrer sa scoliose. Nous mettions donc des mots sur ce que nous faisons et Cléa s'est laissée faire, tout en restant très attentive à ce que nous faisons et disions ou à ce qu'elle sentait. Ma maître de stage appliquait des touchers légers sur son dos en même temps que nous parlions de sa scoliose. Elle mettait également des mots sur les contraintes et les douleurs qu'elle peut impliquer parfois. La psychomotricienne m'expliquait qu'il était avant très difficile pour Cléa de se laisser toucher le dos et qu'après un long travail en psychomotricité, cela commençait à être possible sur de courtes durées. Je me questionne donc sur le vécu de ce dos et sur les contraintes qu'il peut induire, notamment au niveau du développement de la marche.

En séance, alors que nous faisons un jeu, nous avons pu poser certaines plaques sensorielles dans le dos de Cléa. Elle a tout de suite accepté en se laissant faire, puis elle nous a même présenté son dos pour que nous recommencions. Je me fais la réflexion qu'elle a peut-être senti pour l'une des premières fois les creux de son dos, causés en partie par sa scoliose.

2.2- Une intégration progressive

Lors de certaines séances, nous jouions avec des plaques sensorielles. Plusieurs fois, Cléa s'est regardée dans le miroir en pleine action avec les plaques ou alors en s'embrassant. Avant elle s'admirait seulement en faisant des grimaces et à présent elle se regarde en se caressant, comme si elle avait saisi que c'était elle dans le miroir mais qu'elle cherchait à présent à sentir et à comprendre son corps.

Quelques semaines plus tard, la psychomotricienne a demandé à Cléa où se trouvait son dos. Suite à deux semaines sans se voir, elle n'a pas su nous le montrer alors que les semaines précédentes, elle y arrivait plutôt aisément. Je me questionne donc sur la durée de l'intégration des segments corporels chez cette enfant mais aussi sur son besoin de

répétition. Cependant, quand la psychomotricienne lui a touché son dos en le nommant, elle a réagi en souriant, nous laissant penser que cela lui rappelait des choses que nous avions pu faire en séance.

Au cours d'une autre séance, alors que Cléa était assise sur le tapis, nous lui avons demandé de s'asseoir sur les plaques sensorielles. Elle ne l'a pas fait mais son visage ne semblait pas marquer un refus, ce qui nous laissait penser qu'elle était plutôt dans l'incapacité de trouver une stratégie motrice. Plus précisément, elle semblait être dans l'incapacité de comprendre comment faire les transitions entre les postures pour pouvoir s'asseoir sur les plaques. En effet, une fois que nous l'avions installée dessus, elle souriait, comme si elle sentait des choses inhabituelles sur une nouvelle partie de son corps, peu stimulée de cette manière. Suite à cela, nous avons sorti la grosse toupie, et nous voulions voir si Cléa était capable de s'installer seule dedans. Elle a commencé par mettre son pied dans la toupie, et ensuite, elle ne savait pas du tout comment s'organiser. Cela a étayé mon hypothèse selon laquelle Cléa ne savait pas trouver de stratégie motrice pour changer de position dans de nouvelles situations. Où en est-elle réellement de l'intégration de son schéma corporel et de la compréhension de son corps ?

Enfin, lors d'une autre séance, nous jouions de nouveau avec des ballons que nous déplaçons sur le corps de Cléa. La psychomotricienne lui a demandé, sur quelle partie du corps elle pouvait encore le mettre. Cléa nous a montré sa tête avec son doigt. Suite aux encouragements de ma maître de stage, Cléa s'est exécutée et a mis ce gros ballon sur sa tête puis s'est regardée dans le miroir. Je me demande si elle ne cherchait pas à réunifier son corps, comme pour comprendre d'où venaient ces sensations à cet instant précis. Était-ce comme un rétrocontrôle visuel ? Ou cherchait-elle juste à se contempler ?

3- Appuis

3.1- Une influence sur le tonus

Arrivées dans la salle de psychomotricité, nous avons commencé l'une des séances par un temps de stimulation sensorielle avec la petite roulette en bois. J'ai passé cette dernière sur les pieds et sur les jambes de Cléa alors qu'elle était assise entre les jambes de la psychomotricienne, le dos en appui contre le ventre de cette dernière. J'ai remarqué qu'elle

avait bien pu se concentrer sur ses sensations et qu'à la fois, elle semblait avoir totalement relâché le haut de son corps, se « laissant aller » dans les bras de la psychomotricienne. Ensuite, pour continuer sur cette lancée, nous l'avons installée de la même façon mais sur moi, pendant que ma maitre de stage faisait passer deux ballons, un lisse et un à picot, sur ses pieds et ses jambes. Une fois encore, Cléa a semblé se laisser porter, en relâchant le haut de son corps dont sa tête. Je me suis donc interrogée sur la question de l'appui-dos et sur ce qu'il pouvait apporter au niveau tonique pour Cléa.

3.2- Apports dans la relation

Durant plusieurs séances de suite, nous avons chanté la même comptine. Pendant cette activité, Cléa était assise en tailleur le dos contre le miroir. Durant la chanson, nous étions en interaction avec elle car nous faisons des mouvements, en même temps, tout en se regardant. De plus, comme nous cherchions à ce que Cléa nous imite, nous essayions de maintenir un lien avec elle par le regard. J'avais l'impression que lorsqu'elle était en appui contre le miroir, et que la surface d'appui était donc plus grande, Cléa était davantage dans la relation avec nous. Je me questionne sur un éventuel besoin d'appuis pour être mieux en relation.

De plus, dans de nombreuses séances, lorsque Cléa était assise contre le ventre de la psychomotricienne, je la sentais beaucoup plus en lien avec moi. En effet, elle pouvait parfois me regarder davantage, ou mieux interagir.

3.3- Des changements attentionnels

De la même façon, quand Cléa faisait les expériences avec les planches sensorielles, elle était assise entre les jambes de la psychomotricienne, le dos appuyé contre son ventre. Une fois encore, elle était très concentrée sur ses sensations. Elle regardait dans le vide et semblait attentive à ce qu'elle sentait.

En outre, j'ai pu observer quelque chose de similaire dans une autre séance où Cléa cherchait à ce que la psychomotricienne la touche avec la petite roulette en bois. Au départ, elles étaient assises face à face mais Cléa ne semblait pas concentrée à cent pour cent. La psychomotricienne lui a donc proposé de venir mettre son dos contre son ventre. Cléa n'a

pas hésité une seconde avant de venir. Suite à cette installation, elles ont poursuivi les stimulations sensorielles et Cléa semblait être beaucoup plus dans ses sensations, plus concentrée, moins dispersée, notamment au niveau du regard. En effet, elle avait les yeux qui regardaient parfois ses jambes (lieu de la stimulation) ou parfois dans le vide. Je me questionne donc sur le fait que l'appui-dos puisse également favoriser son attention et dans quelle mesure.

3.4- Le manque d'appuis, source d'inquiétude ?

Lors d'une séance, nous avons terminé sur la balancelle, sur laquelle Cléa bougeait beaucoup. Cela semblait traduire une certaine insécurité de sa part. La psychomotricienne était donc montée avec elle dans la balancelle, la mettant sur ses genoux pour plus de sécurité. Cependant, Cléa bougeait encore beaucoup et ne semblait pas être à l'aise. Elle était assez amimique. La présence de la psychomotricienne ne la rassurait donc pas plus. Je me suis donc interrogée sur la nécessité d'avoir au moins un appui au sol pour qu'elle se sente à l'aise. En effet, elle n'avait pas de pied par terre, ce qui pouvait peut-être renforcer son insécurité, déjà grande dans un environnement peu connu.

Cela m'a également questionnée sur toutes les sensations vestibulaires que la balancelle pouvait apporter. Je me suis donc demandé si l'insécurité ne venait pas de ces sensations. Or, j'ai repensé à une séance où Cléa avait joué dans la toupie. Quand la psychomotricienne la balançait dedans, elle se tenait aux bords mais ne semblait pas en difficulté. Elle a même pu lâcher ses mains et faire les marionnettes alors que la toupie tournait. Elle avait un bon appui au niveau des fesses à ce moment-là. Je me questionne donc sur l'importance des appuis dans l'expérimentation de cette enfant.

4- L'imitation

Comme je l'ai dit précédemment, durant plusieurs séances, nous avons chanté une même comptine avec Cléa. Durant la chanson, elle était vraiment dans l'imitation des gestes, essayant de reproduire ce que nous faisons avec la même intensité même si ce n'était pas toujours facile. Au-delà de l'imitation, elle mettait de la force dans ses mouvements, était souriante et souple. Dans différentes séances, Cléa ne nous imitait pas immédiatement et avait besoin que l'on refasse la comptine une seconde fois pour

commencer à nous imiter. Elle a également souvent besoin que nous fassions les gestes plusieurs fois afin qu'elle puisse initier l'imitation. Cette dernière était donc possible mais elle nécessitait du temps pour se mettre en place.

Quelques semaines plus tard, Cléa pouvait être dans l'imitation mais elle n'était pas totalement confondue avec l'autre car elle ne faisait pas ce qu'elle n'avait pas envie de faire. En effet, par exemple, la psychomotricienne avait mis l'une des plaques sensorielles sur sa tête et Cléa avait fait de même. Cependant, lorsque ma maitre de stage a mis l'une des plaques sur son visage, Cléa a refusé de l'imiter, malgré plusieurs démonstrations. Nous observons donc une évolution dans l'imitation que propose Cléa, qui semble de moins en moins plaquée sur ce que l'autre peut faire.

Enfin, à la fin d'une autre séance, la psychomotricienne avait voulu chanter la comptine habituelle avec Cléa. Cependant, cette dernière n'était intéressée que par taper des pieds. Or dans la comptine, il y avait un moment où nous tapions des pieds. D'abord, nous pouvons remarquer que Cléa présente une bonne mémoire corporelle car elle se souvient de ce qu'elle a pu faire les fois précédentes avec son corps et elle est capable de remobiliser ses souvenirs pour nous faire comprendre qu'elle souhaite recommencer. Nous pouvons également notifier que Cléa est capable de reprendre une imitation en différé de la situation pour venir nous mobiliser, ce qui n'était pas envisageable avant.

5- Un besoin de répétition

De la même façon, lors d'une séance après une semaine sans se voir, Cléa semblait moins confiante au niveau de sa marche et elle mettait du temps à se lancer. En effet, elle faisait beaucoup de pauses, elle avait du mal à se lâcher et j'observais une marche assez hésitante et moins rapide que les fois précédentes. Je me suis donc interrogée sur sa capacité à intégrer les schèmes moteurs. En effet, j'ai l'impression que si elle ne répète pas régulièrement ce qu'elle a appris récemment, elle ne l'intègre pas.

Aussi, Cléa est une jeune fille avec qui nous faisons des séances assez ritualisées. En effet, nous nous plaçons dans la salle toujours au même endroit en arrivant et nous commençons systématiquement les séances par un temps de stimulation sensorielle. Les

activités que nous faisons ensuite peuvent varier un peu mais elles sont toujours reprises lors de plusieurs séances. Je pense que ce format de séance, beaucoup dans la répétition, est favorable à son intégration des choses. J'émet l'hypothèse que c'est une enfant qui a besoin de temps et qu'il est donc nécessaire de fonctionner ainsi.

Pour conclure, Cléa est une jeune fille qui a convoqué de nombreuses questions chez moi. Que peut-elle bien rechercher à travers cette sensorialité ? Pourquoi a-t-elle besoin de tant de répétitions ? Est-elle en train de se construire une représentation de son corps ? Ce sont des questions auxquelles j'aimerais répondre. Je vais donc à présent évoquer des appuis théoriques afin de mieux comprendre et percevoir ce qu'il peut se passer pour Cléa lors de ses séances de psychomotricité mais aussi dans sa vie quotidienne.

PARTIE THÉORIQUE

I- La sensorialité

1- Définitions

Il est important de différencier les termes qui peuvent être perçus comme proches, tels que « sens », « sensorialité » ou « sensation ». Le mot « sens », venant du latin « sensus » signifie « chacune des fonctions psychophysiologiques par lesquelles un organisme reçoit des informations sur certains éléments du milieu extérieur, de nature physique (vue, audition, sensibilité à la pesanteur, toucher) ou chimique (goût, odorat) » (« Sens », 2018). Ce terme est donc très large et concerne davantage les structures par lesquelles les stimuli de l'environnement peuvent être perçus. La « sensation » est définie comme un « phénomène qui traduit, de façon interne chez un individu, une stimulation d'un de ses organes récepteurs » (« Sensation », 2019). La sensation est donc notre capacité à capter une information extérieure, de la transformer en un message nerveux et à la transférer au système nerveux central. La « sensorialité » est quant à elle est « l'ensemble des fonctions du système sensoriel » (« Sensorialité », 2018).

Ainsi, tous ces termes vont nous permettre de mieux comprendre comment fonctionne la sensorialité dans son ensemble. Cette dernière est un véritable moyen d'interaction entre notre corps et notre environnement captant les informations afin de nous aider à mieux comprendre et à mieux percevoir.

2- Fonctionnement général des systèmes sensoriels

D'après Boureau (2011), les systèmes sensoriels dépendent du système nerveux central. En effet, des stimuli arrivent au niveau d'un récepteur sensoriel. Ces messages sont reçus et codés par les récepteurs par transduction. Ensuite, les messages codés sont transmis au système nerveux central via les fibres sensorielles. Puis, il y a traitement de l'information par le système central qui transforme la sensation en perception. Le système central va transmettre des ordres via les fibres nerveuses motrices. Quand ce message est reçu par les instances motrices, il y a la production d'effets moteurs.

Nous pouvons donc en déduire que l'environnement influe sur toutes les composantes sensorielles qui comprennent les nerfs et ganglions sensitifs et les récepteurs sensoriels. Ces composantes sensorielles, elles, influent sur le cerveau, le cervelet, le tronc cérébral et la moelle épinière. Ces derniers permettent l'analyse et l'intégration des informations sensorielles et motrices. Ainsi, ils influent sur les composantes motrices qui comprennent un système végétatif avec les nerfs et ganglions végétatifs et un système somato-moteur avec des nerfs moteurs. Ces composantes motrices agissent sur les effecteurs, c'est-à-dire les muscles.

3- Les modalités sensorielles

D'après Boureau (2011), le corps peut recevoir des informations très diverses, aussi bien dans leurs propriétés que dans leurs sources. En effet, les informations reçues peuvent être intéroceptives, c'est-à-dire provenir de l'intérieur du corps, donc des organes et des viscères. Ce sont les informations viscéroceptives. Mais elles peuvent également être extérieures avec les informations provenant du tact, de la vision, de l'audition, du goût et de l'olfaction. C'est ce qu'on appelle les informations extéroceptives. Enfin, il y a également les informations proprioceptives, qui concernent la sensibilité profonde avec les informations provenant des tendons, muscles et du système vestibulaire. Ainsi, ces informations proviennent des mouvements du corps dans l'espace.

Il y a différentes propriétés concernant les modalités sensorielles. Boureau (2011), évoque d'abord la question de la qualité de la sensation. Il y a un groupement d'impressions sensibles apparentées ou semblables permettant de préciser la nature et donc la qualité de la sensation. De plus, toutes les sensations ont une intensité plus ou moins forte qui détermine la quantité ou l'intensité des modalités sensorielles. En outre, il y a une dimension spatiale, c'est-à-dire que les informations proviennent de différentes parties de notre corps et que nous sommes capables de les localiser. Enfin, il y a la dimension temporelle avec notre capacité à situer les stimuli dans le temps. Cette capacité dépend beaucoup du type d'organe sensoriel en jeu.

Enfin, il y a de nombreux types de récepteurs sensoriels qui sont classés soit en fonction de la provenance, soit en fonction de la nature du stimulus. Si nous tenons compte

de la provenance, il y a alors trois types de récepteurs : les extérocepteurs qui sont sensibles aux stimuli de l'environnement, les propriocepteurs qui sont sensibles aux mouvements de notre corps et les intérocepteurs qui sont sensibles aux stimuli mécaniques ou chimiques internes. Cependant, si nous tenons compte de la nature du stimulus alors nous trouvons : des photorécepteurs qui sont sensibles aux longueurs d'ondes visibles de la lumière, des mécanorécepteurs qui sont sensibles à l'énergie mécanique, des thermorécepteurs qui sont sensibles au chaud ou au froid, des osmorécepteurs qui détectent les changements de concentration de substances chimiques de l'organisme, des chimiorécepteurs sensibles à des substances chimiques spécifiques et enfin des nocicepteurs qui sont sensibles aux stimuli douloureux.

4- Les différents sens

4.1- La vision

La vue n'est pas totalement mature à la naissance car le câblage et la myélinisation ne sont pas achevés. Ainsi, le bébé peut diriger son regard vers un point précis mais il n'accommode pas. De plus, l'acuité visuelle est très faible. La vision est un sens qui est stimulé à la naissance.

Au niveau physiologique, d'après Vibert (2011), la lumière stimule des cellules nerveuses photosensibles, les cônes et les bâtonnets se trouvant dans notre rétine. Une fois stimulées, ces cellules envoient, par l'intermédiaire du nerf optique, des informations à l'aire visuelle du cortex, se trouvant dans la zone occipitale, où les influx nerveux seront reçus et traités afin d'analyser l'information.

La vision est un sens qui permet d'entrer en relation avec l'autre dès la naissance, et en particulier avec la mère au début de la vie. Au-delà du fait d'entrer en relation, le regard est semblable au toucher. Aussi, « le « contact » du regard est l'équivalent du contact par la main » (Berthoz, 2008). C'est donc un sens qui a toute son importance dans le rapport à l'autre et dans la découverte de l'environnement. Ceci peut également expliquer l'importance du regard entre la mère et son bébé au début de la vie, le regard permettant de se connaître, de se découvrir.

La vision permet aussi de partager et de capter les émotions. Le regard est aussi par extension soumis aux affects et aux émotions. Berthoz (2008), donne dans son article une explication neurologique, expliquant que la détection du regard d'autrui par notre propre vision entraîne une stimulation de l'amygdale qui est également la structure au centre des émotions. Ainsi, vision et émotions seraient neurologiquement liées.

Enfin, dans son article, il évoque également le fait que la perception visuelle n'a pas une simple fonction de prise d'informations mais également « un rôle fondamental d'« équilibre interactionnel » » (Berthoz, 2008). La vision contribue donc beaucoup à la communication.

4.2- Le toucher

Le toucher est l'un des premiers sens dans la période intra-utérine. En effet, la peau du fœtus est en contact avec le liquide amniotique. Les messages reçus par la peau se combinent afin de structurer l'environnement. La peau a une fonction d'analyse, d'équilibration, de spatialisation et elle permet la constitution du schéma corporel. La peau est l'organe le plus conséquent de notre organisme. Elle recouvre l'intégralité du corps, le protège et l'enveloppe.

Schaub, Von Gunten et Morin (2016) parlent du toucher selon différents angles, que nous allons reprendre ici. D'abord, physiologiquement, le sens du toucher dépend de différents récepteurs cutanés, majoritairement des mécanorécepteurs. Ces mécanorécepteurs se divisent en quatre catégories : les disques de Merkel, les corpuscules de Meissner, de Ruffini et de Pacini. Ces différents récepteurs permettent la transduction sensorielle. Le toucher permet donc une compréhension et une analyse de notre environnement.

Seulement ce n'est pas la seule fonction du toucher. En effet, Schaub, Von Gunten et Morin (2016) évoquent également que le toucher a une fonction très importante dans la communication. En effet, il donne une certaine proximité entre les personnes, ce qui peut renforcer le lien. De plus, le toucher permet de transmettre des émotions.

Le toucher présente une spécificité par rapport aux autres sens car il implique un échange entre deux personnes. En effet, quand nous touchons, nous sommes également touchés. Le toucher est dépendant de l'autre et il réduit la distance entre deux corps.

4.3- L'olfaction et la gustation

D'après André Holley (2007), l'odorat et le goût sont des sens chimiques. Ces molécules sont ensuite transportées par l'air dans le cas de l'odorat et par la salive dans le cas du goût. La différence entre ces deux sens est principalement que l'un a un champ d'intervention beaucoup plus grand que l'autre. En effet, le goût est limité aux prises alimentaires alors que l'odorat est beaucoup plus large. En effet, on ne choisit pas toujours les odeurs qui nous parviennent.

Puis, André Holley (2007) présente les différentes fonctions de l'odorat et du goût. Ce sont d'abord des sens qui ont une valeur affective mais aussi hédonique. En effet, nous allons tous éprouver du plaisir ou du déplaisir lorsque nous goûtons ou sentons quelque chose. Ainsi, nous serions plus du côté de la recherche de plaisir. En outre, il y a toute la question de la valeur affective et mémorielle de ces deux sens. Certains goûts ou odeurs nous ramènent à des souvenirs, telle que l'odeur des madeleines pour M. Proust. Les goûts ou les odeurs peuvent donc convoquer des souvenirs dans notre mémoire. Enfin, les odeurs et l'état émotionnel sont vraiment en lien et peuvent avoir une influence l'un sur l'autre.

4.4- L'ouïe

L'ouïe est un sens effectif très tôt. En effet, d'après Granier-Deferre et Busnel (2011), l'audition se développe au cours du dernier trimestre de la grossesse. Cependant, même si le fœtus peut recevoir des sons, l'audition ne sera mature qu'à la naissance.

D'après Vibert (2011), le système auditif est composé de trois parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne. D'abord, l'oreille externe permet de protéger et de faire caisse de résonance. Elle est composée du pavillon qui capte les ondes sonores et du conduit auditif qui permet la transmission de ces ondes au tympan. Ensuite, l'oreille moyenne doit elle aussi protéger l'oreille interne, mais elle transmet également les vibrations sonores. En effet, la caisse du tympan, comprenant trois osselets, est directement

reliée à l'oreille externe. Les osselets permettent de transformer les vibrations aériennes en vibrations solidiennes puis en vibrations liquides. Enfin, il y a l'oreille interne composée de la cochlée, contenant des cellules ciliées qui baignent dans de la périlymphe. Quand les vibrations transmises par les osselets de l'oreille moyenne sont reçues, les cils se mettent en mouvement et créent ainsi un signal nerveux qui sera transmis au cortex par le biais du nerf auditif. Ainsi, l'audition est un sens très complexe.

Nous savons que l'audition est très importante, en particulier chez le bébé, car c'est par la voix qu'il reconnaît d'abord sa mère. L'oreille nous permet un lien avec le monde des vibrations et donc des sons, qui ne sont pas palpables. L'ouïe permet donc une meilleure compréhension du monde extérieur.

4.5- L'appareil vestibulaire

Le système vestibulaire permet la fonction d'équilibration, qui est une fonction sensori-motrice. Les récepteurs vestibulaires se trouvent dans le labyrinthe, au niveau de l'oreille interne près de la cochlée. Dans le labyrinthe se trouvent deux capteurs maculaires : l'utricule et le saccule qui sont sensibles aux accélérations linéaires et aux forces gravitaires. Mais se trouvent également dans le labyrinthe trois capteurs ampullaires que sont les canaux semi-circulaires qui sont sensibles aux accélérations angulaires.

D'après Alvarez et Golse (2013), le système vestibulaire se met en place entre la septième et la neuvième semaine de gestation. Ainsi le fœtus recevrait de nombreux stimuli vestibulaires, découlant de ses changements de position et de ceux de sa mère. À la naissance, les informations reçues sont très différentes du fait de la pesanteur. D'après ces auteurs, les bercements effectués par la mère pourraient se rapprocher des sensations que le fœtus éprouvait dans le ventre de sa mère, ce qui serait susceptible de l'apaiser.

5- Comodalités entre les différents sens

D'après Gentaz et Mazens (2006), il y a différentes théories concernant les capacités des nouveau-nés à faire des transferts intermodaux. En effet, selon la théorie « Tabula rasa » émanant de la philosophie empiriste, les nouveau-nés n'auraient pas la capacité de faire du lien entre leurs différents sens. Ces derniers seraient séparés les uns des autres.

Cette conception spécifie que « la coordination de nos sens ne repose que sur l'expérience et l'apprentissage des associations entre sensations radicalement différentes » (Gentaz & Mazens, 2006). Ainsi, seules les expériences mettant en scène différentes modalités sensorielles permettraient à l'enfant de faire du lien entre ses différents sens. La seconde conception, quant à elle, serait contraire à la précédente en spécifiant que les modalités sensorielles seraient reliées entre elles dès la naissance. Ainsi, cela ne nécessiterait plus d'expériences multimodales puisque les sens entreraient en lien ensemble naturellement. Aujourd'hui, nous ne donnons pas de réponse définitive concernant l'une ou l'autre de ces théories même si les recherches actuelles tendent à favoriser la deuxième conception.

Pour Golse (2006), la comodalité des sens serait essentielle à l'intersubjectivité à terme. Selon lui, il y aurait deux façons d'expérimenter « soit l'objet est perçu par nos cinq sens simultanément (comme c'est le cas habituel chez l'adulte), soit l'objet n'est perçu que par un seul sens à la fois (selon le mécanisme démantèlement, normal ou pathologique) » (Golse, 2006). Ainsi, soit les différents sens s'intriquent et se convoquent les uns les autres, soit une modalité sensorielle est isolée comme c'est parfois le cas dans l'autisme. Dans la perception, c'est un fonctionnement comodal. Seulement d'après Golse (2006), chaque modalité sensorielle aurait sa rythmicité propre. Aussi, pour qu'un fonctionnement de type comodal se mette en place, il faut que toutes les modalités sensorielles s'accordent et s'harmonisent entre elles. Si cette intrication du rythme ne se fait pas, le sujet entre alors dans le « démantèlement » avec un « clivage intersensoriel de ses différentes perceptions » (Golse, 2006). Si l'enfant entre dans ce processus de démantèlement, il traitera alors chaque sensation une à une, sans les lier entre elle, ce qui sera très morcelé. Il ajoute : « une asynchronie des interactions peut gêner l'enfant à une exploration ciblée de son environnement » (Golse, 2006). Nous remarquons donc bien l'importance de la comodalité perceptive dans le développement de l'enfant et dans sa compréhension au monde.

II- Apport de la sensorialité

1- Travaux d'André Bullinger

D'abord, je vais aborder le point de vue de Bullinger. Avant toute chose, il évoque des prérequis afin d'atteindre un équilibre sensori-tonique. Kloeckner (2013), reprend les dires de Bullinger dans son article évoquant l'équilibre sensori-tonique. En effet, ce dernier

nécessite un milieu humain satisfaisant avec suffisamment d'interactions, un milieu biologique efficient aussi bien au niveau neurologique que corporel et enfin un milieu physique avec toute l'importance des flux sensoriels. Cela donne, selon elle, une certaine sécurité à l'enfant dans ses premières expérimentations.

Pour Bullinger (2007), les flux sensoriels sont très importants dans un ensemble de processus amenant à la représentation du corps de l'enfant. D'après cet auteur, les flux sensoriels parviennent de toutes parts et en très grand nombre. Ces flux sont ensuite reçus par les systèmes sensoriels de l'enfant. Bullinger (2007) évoque différents flux sensoriels : d'abord le flux gravitaire auquel nous devons faire face dès la naissance, dépendant de l'effet de la gravité sur notre corps. Il y a également le flux tactile, qui dépend de l'effet d'un gaz, d'un liquide ou d'un objet solide sur notre enveloppe corporelle. Il évoque les flux olfactifs qui représentent toutes les senteurs qui entourent l'enfant. S'en suivent les flux auditifs comprenant les aspects vibratoires de notre environnement. Enfin, il parle des flux visuels qui correspondent à toutes les informations que reçoivent les rétines.

Ces flux doivent avoir différentes propriétés. En effet, ils doivent d'abord être mesurés, c'est-à-dire avoir une intensité adaptée. Ils doivent également être cohérents et enfin, il faut qu'il y ait un gradient, c'est-à-dire une variation.

Nous retrouvons deux systèmes de traitement des flux sensoriels d'après Bullinger (2007), d'abord un système archaïque présent avant la naissance et un système récent qui a besoin d'être développé. Le système archaïque traite plutôt en quantité et donne une idée générale de l'objet. Le système récent, quant à lui, traite davantage la qualité et donne ainsi des détails à propos de l'objet.

Dans son développement, le bébé va explorer son environnement et agir sur ce dernier. C'est ce que l'on appelle des fonctionnements. Si le bébé reproduit ces fonctionnements plusieurs fois, il obtient une certaine régularité pour chacun d'eux. Il extrait donc des invariants de ces situations. Mais dans le même temps, lorsqu'un flux sensoriel, découlant du fonctionnement excite un récepteur sensoriel, cela entraîne un état d'alerte chez le bébé. Cet état d'alerte se traduit par un recrutement tonique, donc par une augmentation du tonus afin que des moyens posturaux se déploient. Ces changements de posture permettent

ensuite l'orientation vers la source des flux sensoriels, suite à laquelle une évaluation de la distance est faite par l'enfant. Cette évaluation de la distance entraîne la mise en place de fonctions instrumentales, de moyens pratiques permettant l'exploration de l'environnement.

Ces apports de Bullinger (2007) nous permettent donc de comprendre davantage l'importance des flux sensoriels dans le processus permettant de passer de l'organisme de l'enfant à la représentation de son corps. Cet auteur insiste également beaucoup sur la nécessité d'un certain équilibre sensori-tonique afin que ce processus puisse se déployer. Pour Bullinger, la représentation ne se base que sur les sensations.

2- Travaux de Suzanne Robert-Ouvray

Je vais maintenant aborder le point de vue de Robert-Ouvray qui évoque l'importance de la sensorialité dans la construction de l'appareil psychique chez l'enfant. En effet, dans un article, Robert-Ouvray (2015) explique que l'enfant possède un matériel de base, qui est son corps, pour comprendre le monde environnant. Ainsi, ce moyen d'analyse qu'est le corps, dépend de la maturation du système nerveux et de son développement psychoaffectif. Ensuite, l'enfant, grâce à ses différentes expérimentations et à son développement moteur impliquant de nouvelles postures, intégrera de nombreuses informations sensorielles différentes. Du fait de toutes ces intégrations internes, l'enfant va connaître de mieux en mieux son espace corporel. Au fur et à mesure que cet espace interne se construit, il deviendra de plus en plus solide afin de pouvoir devenir un moyen de compréhension du monde externe. Pour conclure, nous voyons que pour Robert-Ouvray, les informations sensorielles sont la base de la compréhension d'un premier espace interne, qui va lui avoir des répercussions sur la représentation du monde extérieur.

Nous pouvons donc conclure que pour ces deux auteurs, la sensorialité est essentielle au développement de l'enfant pour avoir un accès aux représentations, et donc à une compréhension du monde et à un développement psychique suffisant.

III- Schéma corporel

Il y a de nombreuses façons d'aborder la notion de schéma corporel. Dans son article, Boutinaud (2017) évoque toutes les différentes approches autour de cette notion et au cours du temps.

1- Synthèse dynamique de la notion de schéma corporel

Suite à ces nombreux apports autour de la notion de schéma corporel, émanant de différents auteurs, de nombreuses informations sont recueillies par De Ajuriaguerra. Ce dernier proposera donc une définition du schéma corporel synthétique, se rapprochant certainement au mieux de la notion, d'après Boutinaud (2017). De Ajuriaguerra propose donc la définition suivante : « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée de données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » (cité par Golse & Simas, 2008). Ainsi, le schéma corporel découlerait d'informations sensorielles mais il pourrait être remanié par chacune des expériences faites par l'individu. Le schéma corporel permettrait donc de nous donner un repère spatial qu'est notre corps.

2- L'importance des sensations

Dans la construction du schéma corporel, de nombreux auteurs évoquent l'importance des sensations et des différentes postures du corps. En effet, si nous reprenons l'article de Jeannerod (2010), nous trouvons d'abord Bonnier avec sa théorie du « sens des attitudes ». Puis il évoque également les travaux de Head et Holmes. Enfin, il parle de Lhermitte qui ajoute l'importance des praxies dans la construction du schéma corporel.

Tous ces travaux, se succédant, insistent sur l'importance des sensations au niveau du corps pour pouvoir se le représenter de façon plus imagée. D'après ces auteurs, les sensations d'abord brutes, seraient ensuite reçues au niveau du cortex pour devenir des « schémas » plus représentatifs. Aussi, Lhermitte (cité par Jeannerod, 2010) insiste pour dire que les mouvements apportent des informations dans la construction du schéma

corporel, car ils concernent le corps dans l'espace. Les expérimentations au niveau de notre corps, et les sensations qui en découlent, seraient donc essentielles à la construction du schéma corporel.

3- L'importance de l'autre et du miroir

Dans son article, Boutinaud (2017) cite les travaux de Wallon concernant le schéma corporel. Pour ce dernier, pour que le schéma corporel soit efficient, la différenciation entre le corps et l'environnement, entre le soi et le non-soi est très importante. Il insiste également sur l'importance du rôle de l'environnement dans la construction du schéma corporel. En effet, ce serait la relation entre l'enfant et autrui qui permettrait d'avoir accès à ces différentes représentations de son corps.

En rapport avec la construction du schéma corporel, Wallon (cité par Boutinaud, 2017) a beaucoup travaillé autour du stade du miroir, donc sur l'attitude de l'enfant devant le miroir en fonction de son niveau de développement. D'après Boutinaud (2017), Wallon distinguerait deux phases dans le stade du miroir : « une étape où l'enfant construit une image extériorisée de lui et une autre où se réduit le dédoublement spatial des deux perceptions et où la réalité de l'image se dénie » (Boutinaud, 2017). Ainsi, pour Wallon, toutes les recherches autour de l'image spéculaire de l'enfant permettaient de démontrer que des processus étaient en œuvre concernant la construction du schéma corporel de l'enfant.

Nous pouvons également parler des travaux de Lacan, repris dans l'article de Martin-Chabot (2010), où le stade du miroir est essentiel à la construction du schéma corporel. Pour lui, l'image dans le miroir donne une image globale au bébé qui n'a qu'une représentation morcelée de son corps au départ. Ainsi, cette image apparaissant à lui, lui permettrait de se construire une représentation plus unifiée de son corps. Pour Lacan, le stade du miroir est alors un stade décisif qui permettrait la maturation psychique de l'enfant.

IV- Processus aidant à l'individuation

L'individuation est le « processus par lequel l'enfant se différencie en tant que sujet distinct des autres » (« Définitions », 2018). Ainsi, l'individuation serait la capacité de l'enfant à se différencier de l'autre, en sortant d'abord de la fusion maternelle. Au-delà du fait de se différencier, s'individualiser est aussi le fait de sentir son corps unique et unifié. L'individuation serait donc le résultat de nombreux processus psychiques. Différents auteurs ont écrit sur le sujet et je vais à présent exposer le travail de certains d'entre eux.

1- Sentiment de continuité d'existence

1.1- Travaux de D. W. Winnicott

Winnicott (cité par Lefèvre, 2011) insistait d'abord sur l'importance de l'environnement dans le développement du nourrisson. En effet, d'après lui, le bébé a besoin que son environnement l'étaye, sans quoi il ne parviendrait pas à s'humaniser. Il explique que dans un premier temps, le bébé n'existe pas sans sa mère. Ils sont comme dans une sorte de fusion, où le bébé fait corps avec les bras qui le portent. Il explique que « ce n'est pas l'individu qui est la cellule, mais une structure constituée par l'environnement et l'individu. Le centre de gravité de l'être ne se constitue pas à partir de l'individu ; il se trouve dans la structure environnement-individu » (cité par Lefèvre, 2011, p. 13). Nous voyons bien dans cette citation que l'individu se construirait grâce à son environnement dès le début de sa vie, et qu'il n'y parviendrait pas seul.

1.1.1- De l'aperception à un début de différenciation

Winnicott (cité par Lefèvre, 2011) expose également qu'au début de la vie du bébé, la mère serait comme un miroir. En effet, le nourrisson serait incapable de se différencier de la mère, et c'est ce qu'il nomme « l'aperception » (cité par Lefèvre, 2011, p. 14). Cet état précéderait la perception. Ainsi, au début de la vie, le bébé n'a pas de Moi propre et c'est donc le Moi de la mère qui le porte. Cette relation de fusion première entre la mère et son enfant est essentielle pour ensuite déployer une relation à deux avec la mère en étant différencié, puis une relation à trois incluant le père.

Toujours d'après Winnicott (cité par Lefèvre, 2011), le bébé passe par différents stades de dépendance. D'après Houzel (2016), c'est le concept de sentiment de continuité d'existence que Winnicott développe dès 1960. Ce dernier parle d'abord de dépendance extrême. En effet, avant la naissance, le bébé, se trouvant dans l'utérus, baigne dans le liquide amniotique et reçoit des informations sensorielles de toutes parts. Ses besoins sont tous comblés. Toute cette période fœtale va être mémorisée sous forme d'expérience et non pas de représentation.

Winnicott (cité par Lefèvre, 2011) parle ensuite de dépendance absolue. Durant cette période, il est essentiel que la mère porte convenablement son bébé afin que son noyau central de futur individu puisse se construire de façon correcte. Cette façon de tenir son enfant va ensuite définir son rapport à l'environnement, s'il explore et éprouve un sentiment d'être réel ou s'il se retire vers l'intérieur de lui-même pour se réassurer. Durant la période de dépendance absolue, la mère est dans un état que Winnicott appelle « la préoccupation maternelle primaire » (cité par Lefèvre, 2011, p. 26). Selon lui, c'est un état proche de la folie permettant à la mère d'être au plus près des demandes de son bébé et lui permettant de s'identifier à lui de la meilleure façon possible. Pendant cette période, la mère est totalement centrée sur son bébé. Elle sortira de cette phase poussée par son élan vital, et le conjoint peut l'y aider à ce moment-là.

Puis, l'enfant passe d'une dépendance absolue à une dépendance relative. Dans cette dernière, le bébé prend de plus en plus conscience de l'environnement qui l'entoure et il peut commencer à associer les réponses de l'environnement à ses propres pulsions. Ainsi, il va pouvoir commencer à avoir un certain contrôle de l'environnement en envoyant des messages. Dans les phases de dépendance absolue et relative, il faut que l'environnement soit adapté dans ses réponses pour que l'enfant puisse les intégrer.

Enfin, Winnicott évoque une dernière phase qui mène vers l'indépendance. Dans cette phase, l'enfant a « la capacité à se débrouiller sans que la mère soit effectivement présente » (cité par Lefèvre, 2011, p. 25). C'est aussi ce que Winnicott appelle « la capacité à être seul ». L'enfant est capable de cela car il a pu intégrer les différents souvenirs des soins que sa mère lui a apporté depuis sa naissance. Ainsi, l'enfant peut faire appel à ces souvenirs internes pour s'apaiser.

1.1.2- La « mère suffisamment bonne »

Pour que toutes ces étapes puissent se mettre en place, il faut que la mère assure différentes fonctions auprès de son bébé. Winnicott parle de « mère suffisamment bonne » (cité par Lefèvre, 2011, p. 29). La mère « suffisamment bonne » est une mère qui fait de son mieux pour combler au maximum les besoins de son bébé. Toutefois, elle possède aussi ses failles mais elle parvient à pallier ses difficultés. Winnicott explique : « en réalité, je parle toujours des mères « suffisamment bonnes » et des mères « insuffisamment bonnes », parce que quand nous parlons de la femme réelle, nous savons que le mieux qu'elle peut faire est d'être suffisamment bonne ... » (cité par Lefèvre, 2011, p. 30). Il insiste, dans ce concept, sur le fait que c'est un échange entre la mère et son bébé. En effet, la mère répond aux besoins de son enfant et le bébé, lui, aide la mère à devenir « suffisamment bonne » par ses réponses à l'environnement maternel.

1.1.3- Fonctions de la « mère suffisamment bonne »

La mère « suffisamment bonne » doit remplir différentes fonctions qui sont au nombre de quatre. D'abord, Winnicott parle de la notion de « *holding* » (cité par Lefèvre, 2011, p. 32). Cela correspond à la manière dont la mère porte son enfant. De par son portage, la mère apporte un maintien à son bébé qui est aussi bien physique, que psychique. La mère « suffisamment bonne » sait naturellement comment porter son bébé sans qu'elle n'ait besoin d'une quelconque explication. D'après Winnicott (cité par Lefèvre, 2011), cette fonction est essentielle au bon développement de l'enfant. Elle a pour but premier de protéger le bébé des dangers de l'environnement, qui peuvent être physiques ou psychiques. Le portage amène une certaine impression de sécurité au bébé. Enfin, le *holding* permet une intégration progressive des notions d'espace et de temps.

Ensuite, Winnicott introduit la notion de « *handling* » (cité par Lefèvre, 2011, p. 34). Elle correspond à la manière dont le bébé est manipulé par la mère et par les soins que cette dernière lui apporte. D'après Winnicott, au début de sa vie, l'enfant n'aurait pas de liaison entre son corps et sa psyché. Ainsi, face à des situations corporelles que le bébé vivrait, la mère apporterait des réponses par ses soins. De cette façon les soins prodigués par la mère permettraient une réunion de ces deux entités chez le bébé.

Winnicott propose également la fonction de « présentation de l'objet » (cité par Lefèvre, 2011, p. 35) permettant à l'enfant de commencer à faire la différence entre l'illusion et la réalité. Enfin, Winnicott parle de la dernière fonction qui est « l'illusion anticipatrice, la nomination » (cité par Lefèvre, 2011, p. 37), dans laquelle la mère est l'initiatrice du langage.

1.1.4- Qualités de la « mère suffisamment bonne »

Pour terminer, Winnicott détermine également les qualités de la mère « suffisamment bonne ». Il y a tout d'abord la qualité de « continuité » (cité par Lefèvre, 2011, p. 39). En effet, la mère doit être suffisamment présente auprès de son bébé pour que ce dernier garde des sentiments de confiance et de sécurité à son égard. Une coupure dans les soins pourrait être délétère chez l'enfant. La seconde qualité est que la mère doit être « fiable » (cité par Lefèvre, 2011, p. 42). Elle doit donc être « stable et prévisible » (cité par Lefèvre, 2011, p. 42). De plus, elle doit contenir les émotions et les pulsions de son bébé afin que ses expériences soient favorables.

Pour conclure, Winnicott, à travers l'ensemble de ses concepts, permet de donner des clefs sur l'importance de l'environnement dans le développement du bébé et en particulier, pour son devenir en tant qu'individu. De nombreux facteurs entrent en compte et semblent permettre de tisser une toile de fond pour les processus d'individuation à proprement parler.

1.2- Travaux de W.R. Bion

Bion (cité par Houzel, 2018) développe l'idée que le bébé ne serait pas capable de gérer ses éprouvés archaïques au début de sa vie. Toutefois, le bébé serait capable d'expulser ces éléments hors de lui, sous forme d'« éléments β ». Ces derniers « n'ont pas de valence qui leur permettrait de se lier les uns aux autres » (cité par Houzel, 2018). Pour expulser ces éprouvés, le bébé se saisit des seuls moyens qu'il connaît, à savoir les pleurs, les cris, les mouvements et les variations de vigilance. Ainsi, il rejette ces « éléments β » vers l'objet contenant qu'est la mère. Cette dernière reçoit les éléments envoyés par le bébé. Elle les transforme ensuite et les renvoie à son enfant sous forme d'« éléments α » (cité par Houzel, 2018). De cette manière, la mère est capable, elle, de lier les éléments

entre eux. Elle prête donc son appareil psychique à son bébé afin de l'aider à intégrer ses éprouvés ingérables.

Face à leur bébé, les mères suivent leurs intuitions et sont capables d'interpréter les états de tension et les états émotionnels de leur bébé. Bion nomme ce phénomène « la capacité de rêverie maternelle » ou « fonction α » (cité par Houzel, 2018).

Petit à petit, l'enfant sera capable d'intégrer cette « fonction α » et ne dépendra donc plus de la mère pour interpréter ses éprouvés car il possèdera son propre appareil psychique.

2- Éléments de construction permettant l'individuation

2.1- Construction d'un Moi-corporel : Geneviève Haag

D'abord, Haag (1988/2012) nous rappelle qu'après quelques mois de gestation, le bébé est vraiment contenu dans le bain utérin de la mère. En effet, le bébé grandissant, la surface de contact entre son dos et la paroi utérine est de plus en plus large, lui donnant un certain appui. Cependant, lors de la naissance, le bébé perd tous ses repères et a donc besoin d'être contenu par l'environnement extérieur.

Haag (1988/2012) insiste premièrement sur l'importance du contact-dos chez le bébé et surtout sur les choses qui sont concomitantes avec cet appui, à savoir l'interpénétration des regards de la mère et du bébé, mais aussi l'enveloppe sonore autour de ce portage. Elle s'inspire au départ des travaux de Grotstein écrits en 1981. Ce dernier développe la notion de « présence d'arrière-plan » qu'il définit comme « une personification du ciment assurant la cohésion de l'identité personnelle » (cité par Haag, 1988/2012). Pour Haag (1988/2012), l'enfant n'intègre cette notion d'arrière-plan que si la mère lui procure des expériences satisfaisantes de portage associées à une double interpénétration bouche-mamelon et des regards et à des stimulations sonores suffisantes. Ainsi, cette notion de « présence d'arrière-plan » complétée par les travaux de Haag permet de donner au bébé comme un premier sentiment d'enveloppe et de sécurité. L'axe vertical se construit et devient lui aussi plus solide.

Puis, G. Haag (1997/2011) évoque l'unification des deux hémicorps, suite à l'intégration de l'axe vertical. En effet, fantasmatiquement, le bébé aurait un hémicorps assimilé aux fonctions maternelles et l'autre hémicorps serait assimilé au bébé lui-même. Ainsi, l'enfant tente, par ses expérimentations (comme sucer son pouce ou jouer avec ses deux mains réunies) de lier ses deux hémicorps, intégrant une partie de la mère à l'intérieur de lui. En jouant et en mettant à la bouche des propres parties de son corps, le bébé rejoue les soins apportés par la mère, en absence d'interaction avec cette dernière. De cette manière, le bébé entre dans un processus d'identification.

Enfin, elle évoque le « clivage horizontal » avec « l'appropriation des membres inférieurs » (Haag, 1997/2011). En avoisinant le cinquième mois, l'enfant va commencer à jouer avec ses pieds, à tirer dessus, ... Il cherche en fait à ressentir comment les pieds sont rattachés au reste du corps. Cette découverte se fait autour de l'axe horizontal. Il se peut que ces expérimentations se chevauchent avec celles de l'axe vertical. « Il semble que l'appropriation des membres inférieurs soit concomitante de celle des zones érogènes, génitale et anale » (Haag, 1997/2011). Ainsi, cela pourra aboutir plus tard à la sphinctérisation qui fermera le corps. C'est cette découverte de l'axe horizontal qui va permettre par la suite la verticalisation, qui sera le début d'une individuation pour l'enfant. Il pourra se tenir seul et commencer à se séparer de la mère.

Toutes ces différentes étapes décrites par Haag permettent finalement à l'enfant de se créer une représentation de son corps unifiée, comme une sorte de « peau » venant le contenir. C'est ce qu'elle nomme la construction du « Moi-corporel » (Haag, 2018).

2.2- Moi-peau : Didier Anzieu

D'après Kaës (2008), Anzieu crée le concept de Moi-Peau en 1972/1973. Anzieu définit le Moi-peau et explique que « la première différenciation du moi au sein de l'appareil psychique s'étaye sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci. C'est ce que je propose d'appeler le Moi-peau » (cité par Kaës, 2008). Pour Anzieu, la construction du Moi psychique s'appuie donc sur les fonctions biologiques de la peau. D'après cet auteur, la peau ferait donc office d'« interface » entre l'intérieur caractérisé par le corps du bébé et l'extérieur caractérisé par l'environnement.

Anzieu (cité par Cupa, 2006) décrit le Moi-peau en huit fonctions. J'ai décidé d'évoquer cinq d'entre elles qui me paraissent intéressantes. D'abord, la première fonction est la fonction de « maintenance du psychisme » (cité par Cupa, 2006). Cette fonction correspond à l'intégration de la notion de *holding* de Winnicott. Elle permet d'unifier le corps et elle permet de contenir les fonctions psychiques comme les pensées ou les représentations. En effet, le bébé s'appuie sur le corps de la mère pour fortifier son « centre de gravité interne » (Cupa, 2006). Cela aboutira ensuite à un « élan de redressement du corps » (cité par Cupa, 2006).

La seconde fonction que j'ai décidé d'évoquer est la fonction de « contenance du psychisme » (cité par Cupa, 2006). Cette fonction est similaire à l'intégration de la notion de *handling* de Winnicott. Elle permet donc, à travers les soins apportés par la mère, d'amener un sentiment d'enveloppe à l'appareil psychique, comme une sorte « d'écorce » (cité par Cupa, 2006). Si cette fonction n'est pas intégrée, alors il y a deux risques : soit la présence d'une excitation pulsionnelle permanente venant témoigner d'un « noyau sans écorce », soit la présence d'un « Moi-peau passoire » (cité par Cupa, 2006) témoignant d'une angoisse de vidage.

La troisième fonction que je vais développer est la fonction de « signifiante et d'inscription des traces sensorielles du Moi-peau » (cité par Cupa, 2006). Cette fonction est renforcée par la mère avec son rôle de « présentation de l'objet » décrit par Winnicott. Cette fonction du Moi-peau décrit une sorte de mémorisation de la peau des différentes sensations ressenties. Elle permet « l'inscription des traces sensorielles » comme un « parchemin originaire » (Cupa, 2006).

La quatrième fonction que je vais décrire est la fonction d'« intersensorialité » (cité par Cupa, 2006). Cette dernière permet de mettre du lien entre les différentes sensations. Pour Anzieu, elle dessine une « toile de fond » pour l'ensemble des sensations et cela crée un « sens commun » (cité par Cupa, 2006).

Enfin, la dernière fonction que je vais citer est la fonction d'« individuation » (cité par Cupa, 2006). Cette dernière illustre le fait que toutes les peaux sont différentes, de par leur couleur, leur odeur, ... Toutes ces caractéristiques permettent donc de différencier les

individus et donc de leur donner une certaine individualité. Grâce aux particularités de la peau, nous avons le sentiment d'« être unique ». D'après Anzieu, si cette fonction n'est pas opérante, alors nous avons un sentiment de dépersonnalisation, de perte d'identité et donc d'« inquiétante étrangeté » (cité par Cupa, 2006).

Je ne développe pas les trois autres fonctions du Moi-Peau d'Anzieu (fonction « pare-excitante », fonction de « soutien de l'excitation sexuelle » et la fonction de « recharge libidinale » (cité par Cupa, 2006)) car elles me semblent moins importantes dans le déroulé de mon mémoire.

Pour conclure, Anzieu reprend donc l'importance de l'organe de la peau dans l'individualité du sujet et la compréhension de son corps.

À travers cette partie sur l'individuation du sujet, nous avons pu explorer les théories de différents auteurs. Il en ressort une grande importance de l'environnement du sujet mais aussi de l'exploration du corps à travers les expériences sensori-motrices étant bébé. Ces éléments sont essentiels à l'individuation de l'enfant afin qu'il puisse se différencier de l'autre et sentir son corps dans son unité. Cependant, nous allons à présent étudier les retentissements du polyhandicap dans la construction de l'enfant et plus précisément dans la construction d'une identité, d'un sentiment d'individualité.

V- Le polyhandicap

1- Définition

Le polyhandicap est une catégorie de handicap qui est extrêmement vaste et souvent mal définie. Il est défini dans le décret n°2017-982 du 9 mai 2017. La définition retenue est donc « personnes polyhandicapées, présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique » (cité par CESAP, 2017).

D'après Saulus (2008), la notion de polyhandicap serait apparue de façon à se différencier du plurihandicap. En effet, le plurihandicap serait une « association fortuite de déficiences » (Saulus, 2008), alors que le polyhandicap renverrait à une « association non-fortuite de déficiences » (Saulus, 2008). Dans le polyhandicap, les handicaps sont interdépendants.

2- Étiologie

Dans la clinique du polyhandicap, les lésions cérébrales sont dues à un accident cérébral précoce grave. D'après Dalla Piazza et Godfroid (2004), les causes peuvent être différentes :

- La cause peut être inconnue dans de nombreux cas.
- Les causes peuvent être prénatales dans le cas de « malformations, accidents vasculaires cérébraux, foetopathies » (Dalla Piazza & Godfroid, 2004) ou elles peuvent être génétiques.
- Les causes peuvent découler d'une « forte prématurité » ou d'une « pathologie de l'accouchement » (Dalla Piazza & Godfroid, 2004).
- Enfin, le polyhandicap peut être dû à des causes postnatales, à la suite d'un accident ou d'un traumatisme par exemple.

Nous pouvons donc conclure que les causes du polyhandicap peuvent être multiples. Elles sont souvent difficiles à déterminer, laissant parfois les familles dans une incompréhension.

3- Troubles dans le polyhandicap et leurs conséquences dans le développement psychomoteur

3.1- Déficience intellectuelle

D'après le CCAH, l'OMS définit la déficience intellectuelle comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales » (Le Comité national Coordination Action Handicap, 2018). La déficience intellectuelle doit

« commencer avant l'âge adulte » et elle « exerce un effet durable sur le développement » (OMS, 2018a).

Dans leur article, Dalla Piazza et Godfroid (2004) exposent que dans le cas du polyhandicap, la déficience intellectuelle est soit sévère soit profonde. Dans le cas d'une déficience intellectuelle sévère, le QI est compris entre 25 et 35, et dans le cas d'une déficience intellectuelle profonde, le QI est inférieur à 25.

Que ce soit l'une ou l'autre de ces déficiences, cela a de fortes conséquences sur le développement de l'enfant. En effet, dans leur texte Dalla Piazza et Godfroid (2004) soutiennent que les capacités de l'individu, telles que la mémoire, les praxies, les gnosies, l'orientation spatiale et temporelle, l'autonomie ou encore le langage, sont très diminuées voire absentes. Dans la déficience intellectuelle sévère, le langage est tout de même possible mais il sera très simple. Les personnes polyhandicapées sont tout de même souvent sensibles au discours infra-verbal, donc ces modalités d'échanges seront favorisées.

3.2- La déficience motrice

Les déficiences motrices peuvent être définies « comme une absence ou une réduction des possibilités pour un individu d'agir sur son environnement physique. Ces actions concernent la préhension et la locomotion » (Dalla Piazza & Godfroid, 2004). Dans leur texte, Dalla Piazza et Godfroid (2004) expliquent que les atteintes motrices dépendent du lieu de la lésion au niveau cérébral. Dans la clinique du polyhandicap, les atteintes cérébrales peuvent entraîner de nombreux troubles toniques mais aussi des déformations du corps conséquentes. En effet, les enfants polyhandicapés peuvent être dans une hypertonie ou dans une hypotonie. Ils peuvent donc être très difficiles à porter et leur motricité n'est donc pas toujours adaptée. Le portage de l'enfant, ainsi que l'entrée en relation peuvent être difficiles et donc, « l'absence [ou l'excès] de tonus [chez l'enfant porteur de polyhandicap] entrave le lien du bébé avec ses parents » (Paradis et al., 2010). De la même façon, la motricité de l'enfant polyhandicapé pouvant être désorganisée ou très peu développée, il peut être difficile de recevoir et de comprendre des messages clairs pour les parents de la part de leur enfant.

Très vite, les déficiences motrices deviennent visibles et naît un certain décalage avec les autres enfants concernant le développement. Cela appelle possiblement les regards, « ce qui amplifie le désarroi des parents ou des accompagnants » (Dalla Piazza & Godfroid, 2004). De plus, Dalla Piazza et Godfroid (2004) expliquent que l'enfant est souvent très réduit dans ses déplacements ou ne peut pas se déplacer, ce qui implique une réduction des expériences sensorielles, qui a pour conséquence un « ralentissement du développement cognitif de la personne, privée des apprentissages nécessaires » (Dalla Piazza & Godfroid, 2004). En effet, ces auteurs insistent sur le fait que les déplacements permettent à l'enfant de mieux connaître son corps, et son environnement, ce qui n'est pas évident pour les enfants polyhandicapés. Enfin, les déplacements et en particulier la verticalisation permettent à l'enfant de s'individualiser et de devenir autonome, ce qui est souvent compromis dans le cas du polyhandicap.

3.3- Les troubles sensoriels

Comme le précisent Dalla Piazza et Godfroid (2004), les personnes polyhandicapées peuvent présenter différents types de troubles sensoriels. D'abord, il y a les troubles de la vision qui sont extrêmement fréquents. En effet, il y a d'abord les troubles de l'œil et donc de la vision à proprement parler, tels que l'amétropie, la myopie, l'astigmatisme, les cataractes, les malformations oculaires ou encore les atteintes rétiniennes. Cependant, il est également possible qu'il y ait des atteintes cérébrales au niveau du cortex occipital entraînant des troubles de la réception et du traitement des informations visuelles.

Ensuite, il y a également possibilité de troubles de l'audition, cependant, ils sont difficilement identifiables. Dalla Piazza et Godfroid (2004) expliquent que seules quelques techniques comme les potentiels évoqués sont utilisées mais qu'elles ont tout de même leurs limites.

Enfin, les personnes polyhandicapées peuvent avoir des troubles du toucher. Dans son ouvrage, Zucman évoque l'« hypo-esthésie globale avec un émoussement dangereux de la sensibilité à la douleur et à la chaleur » (Zucman, 1998, p. 30). Elle explique que le fait d'être moins sensible peut être dangereux car le corps ne donne plus suffisamment tôt

d'alerte pour le protéger. Il faut donc que l'entourage soit très attentif. Il peut également y avoir une hyperesthésie, ce qui signifie que la personne est beaucoup plus sensible au contact, ce qui entraîne des touchers parfois désagréables pour le sujet.

Toutes ces atteintes sensorielles peuvent avoir un impact non-négligeable sur l'enfant polyhandicapé. En effet, si nous reprenons les travaux de Bullinger (2007), nous nous apercevons que l'enfant s'appuie sur ses modalités sensorielles pour se repérer dans son environnement et pour se construire une représentation de son corps au niveau psychique. Ainsi, « parce qu'il manque une des sources de covariation, l'absence d'une entrée sensorielle rend plus difficile la construction des représentations relatives à l'image corporelle ou à la localisation d'événements dans l'espace proche » (Bullinger, 2007).

3.4- L'épilepsie

D'après l'OMS, l'épilepsie se caractérise par « des crises récurrentes se manifestant par de brefs épisodes de tremblements involontaires touchant une partie du corps (crises partielles) ou l'ensemble du corps (crises généralisées). Elles s'accompagnent parfois d'une perte de conscience et du contrôle de la vessie et de l'évacuation intestinale. Ces crises résultent de décharges électriques excessives dans un groupe de cellules cérébrales » (OMS, 2018b). Souvent les crises d'épilepsie ne sont pas dangereuses, sauf dans le cas d'un état de mal épileptique. Cependant, dans son mémoire, Ramos (2013) explique que c'est un phénomène impressionnant qui peut générer beaucoup d'angoisse et de stress pour les familles. Cela implique souvent une grande surveillance de l'enfant souffrant de crises. Elle ajoute que si les crises surviennent souvent, cela peut créer un sentiment de « discontinuité d'existence » (Ramos, 2013). Enfin, dans certains cas, Ramos (2013) ajoute que l'épilepsie peut entraîner des troubles supplémentaires, susceptibles d'entraver le développement de l'individu.

3.5- Troubles somatiques généraux

Les patients polyhandicapés ont de nombreux problèmes de santé qui s'ajoutent à ceux que je viens de citer. En effet, Dalla Piazza et Godfroid (2004) évoquent des problèmes respiratoires, des troubles alimentaires, des troubles digestifs, des troubles de l'élimination, des problèmes orthopédiques et une fragilité cutanée. Ce sont donc des

personnes qui sont très fragiles et pour qui il faut avoir une attention particulière pour tenter de détecter s'ils ont le moindre changement de comportement, car il peut être vite difficile pour eux d'exprimer un état pathologique.

4- Le handicap, un bouleversement dans la rencontre parents/enfant

Comme l'évoque Roy (1995), la découverte du handicap pour les parents est le plus souvent un véritable « traumatisme psychique » (Roy, 1995) pour les parents, caractérisé par « les sentiments de bascule, d'ébranlement, la violence des émotions ressenties devant la découverte du handicap » (Roy, 1995). Que l'annonce soit faite en anténatal ou en postnatal, elle est souvent extrêmement violente pour les parents et accompagnée parfois d'incompréhension et d'un sentiment d'injustice. Cette annonce « rompt le charme de la « préoccupation maternelle primaire » installée en fin de grossesse » (Roy, 1995). Pour les parents il sera alors parfois difficile d'investir cet enfant, si différent de l'enfant rêvé. Arriver à se détacher de l'enfant imaginaire est un travail « comparable à celui du deuil décrit précisément par Elisabeth Kübler-Ross » (Zinschitz, 2007).

Il s'agit, à la suite de cette annonce, pour les parents « d'adopter » cet enfant porteur de handicap, comme un membre de la famille à part entière. Cela crée un « profond bouleversement psychique » (Roy, 1995) chez les parents. De plus, les mécanismes d'investissement de l'enfant et d'identification primaire peuvent être mis à mal. Il est aussi essentiel pour les parents « d'humaniser » (Roy, 1995) leur enfant. En effet, en particulier dans le polyhandicap, l'enfant peut être perçu comme « monstrueux », renvoyant parfois la mort ou le vide. Il faut que les parents parviennent à passer outre les premières représentations de l'enfant handicapé, pour réellement rencontrer leur enfant.

Pour conclure, à la suite de l'annonce du handicap, il est parfois très difficile pour les parents d'entrer en relation avec leur enfant et cela peut entraîner des coupures dans les liens précoces mère/bébé, que nous avons décrits plus haut dans la partie concernant l'individuation. Plusieurs réactions sont possibles chez les parents. Dans son mémoire, Ramos (2013) évoque le fait que certains « parents peuvent sombrer dans un sentiment de fatalité les amenant à désinvestir leur enfant » (Ramos, 2013). D'après elle, ces parents peuvent ensuite entrer progressivement dans des soins opératoires. D'autres parents, au

contraire, vont être plutôt dans une dynamique « réparatrice » de leur enfant, en le stimulant sans cesse. Ces dynamiques peuvent se succéder dans une même famille, « alternant des moments d’amour fusionnel et des désirs inconscients de mort » (Ramos, 2013).

VI- Conclusion

J’ai tenté à travers toute cette partie théorique de montrer la complexité à devenir à un être différencié et individué. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte, aussi bien du côté moteur, que du côté psychique ou relationnel. Cependant, le polyhandicap bouleverse grandement le développement, attaquant non seulement le lien de l’enfant avec l’autre, avec son corps mais également ses capacités à percevoir le monde environnant.

Comment le psychomotricien peut-il, à travers son approche, permettre à l’enfant de découvrir son corps et le monde qui l’entoure ? Comment permettre à l’enfant d’acquérir un sentiment de continuité d’existence ?

Ce sont les questions auxquelles je vais tenter de répondre dans la partie suivante, rapportant tous ces éléments à ma patiente Cléa.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Aux vues de mes recherches théoriques et de ma clinique, je me questionne sur l'individuation de Cléa, pouvant possiblement être à l'origine de cette recherche avide de sensations. Mes questionnements, tout au long de mes recherches, ont fait émerger une question, devenue essentielle dans ce mémoire : comment le travail autour de la sensorialité, auprès d'une patiente polyhandicapée, en psychomotricité permet-il l'individuation à travers la construction du schéma corporel ? C'est à cette question que je vais tenter de répondre, et sur laquelle je souhaite réfléchir dans cette partie.

I- Individuation possible en séance à travers la sensorialité

1- Création d'une enveloppe, donnant une unité corporelle

1.1- L'omniprésence des stimulations tactiles

Pour commencer, ce qui m'a immédiatement frappée dans la prise en charge avec Cléa, c'est son besoin presque insatiable de stimulations tactiles au niveau de l'ensemble de son corps. En effet, elle est sans cesse en demande, quel que soit ce que nous sommes en train de faire et quels que soient les objets que nous utilisons lors de la prise en charge. Lors d'une matinée de stage, je suis allée dans le groupe de Cléa afin de l'observer en dehors du cadre des séances de psychomotricité. Dès l'instant où elle m'a vue, elle est immédiatement venue vers moi, le regard interrogateur. Puis, elle est allée chercher un jouet, un petit tracteur pour enfant, normalement destiné à rouler sur le sol. Elle me l'a donné, s'est assise à côté de moi et elle a tendu ses jambes tout en alternant des regards entre ses jambes et moi. J'ai compris sans hésitation qu'elle me demandait de lui faire rouler ce tracteur sur ses jambes. Je la sentais vraiment en recherche de sensations. Cela m'a beaucoup questionnée et je me demande quelles peuvent être les différentes fonctions des stimulations tactiles sur son corps.

Cléa est une jeune fille qui peut aussi fréquemment crier et qui peut être très angoissée. A plusieurs reprises, avec la psychologue, nous nous sommes posées des questions concernant la vision que Cléa pouvait avoir de son corps. Nous nous sommes également questionnées sur ses enveloppes, aussi bien psychiques que corporelles. Sent-elle son corps ? A-t-elle l'impression que certaines parties lui échappent ? Comment le

perçoit-elle ? J'émet donc l'hypothèse que les impressions tactiles que Cléa reçoit pourraient lui permettre d'appréhender son corps dans sa globalité, que cela pourrait avoir une fonction de réassurance. Les stimulations tactiles pourraient peut-être lui permettre de se sentir exister et de trouver une unité corporelle.

Cela me fait beaucoup penser aux travaux de Anzieu repris par Kaës (2008) ou Cupa (2006). Il explique clairement que par les sensations reçues par la peau, une représentation symbolique de celle-ci se construit, donnant une contenance au corps et au psychisme de l'enfant. Cette « peau symbolique » aurait différentes fonctions telles que la « maintenance du psychisme », « la contenance du psychisme », « l'intersensorialité » ou encore « l'individuation » (cité par Cupa, 2006). Ainsi, cette peau, naissant des sensations de l'enfant sur son corps, permettrait de donner une certaine unité corporelle mais permettrait aussi de contenir le psychisme. Dans le cas de Cléa, n'ayant que peu de représentations de son corps, ces mécanismes se mettent possiblement en place, la projetant dans une recherche avide de sensations, tentant à tout prix à unifier ce corps qui lui échappe.

Selon moi, son comportement fait également écho aux travaux de Bullinger (2007), dans lesquels nous voyons que les flux sensoriels sont essentiels dans la construction des représentations corporelles de l'enfant. Quand Cléa reçoit une sensation sur sa peau nous pouvons observer une réaction au niveau de son visage, souvent un froncement de sourcil, que nous pouvons rapprocher de l'état d'alerte dont parle Bullinger (2007). Elle se raidit souvent un peu au niveau du corps et porte son regard sur la source de la sensation, souvent la roulette en bois. Elle peut parfois l'attraper, et se la passer elle-même sur le corps. Les différentes étapes des fonctionnements dont fait état Bullinger (2007) sont observables. Ainsi, par ses nombreuses expérimentations sensorielles, en particulier au niveau de sa peau, elle peut possiblement commencer à construire des représentations de son corps.

Nous pouvons également appuyer ces propos à l'aide des travaux de Robert-Ouvray (2015) qui insiste également sur le fait que les informations sensorielles permettent la construction d'un espace interne solide. Dans le cas de Cléa, ces stimulations pourraient effectivement l'aider à mieux comprendre son corps et son monde interne. À terme, cela lui ouvrirait ensuite les portes d'une meilleure compréhension du monde extérieur.

1.2- Un début d'unicité du corps ?

Lors des séances, j'ai pu observer différents comportements chez Cléa qui me laissaient à penser qu'un début d'unification du corps se mettait en place. En effet, elle se positionnait très souvent les mains jointes, notamment lors des stimulations sensorielles, et elle attrapait régulièrement ses pieds avec ses mains. Cela me fait penser aux travaux de Haag (1997/2011) concernant l'unification des différents hémicorps. Elle parle d'abord de l'unification des hémicorps droit et gauche avec le rassemblement des mains autour de l'axe vertical. Lors de ces pratiques, l'enfant rejouerait les soins apportés par la mère en son absence. De plus, elle ajoute la notion de « clivage horizontal » (Haag, 1997/2011) où l'enfant découvre ses membres inférieurs à l'aide de ses membres supérieurs. Cette fois-ci, la découverte se fait autour de l'axe horizontal du corps. De cette façon, Cléa serait certainement en train d'intégrer les différents axes et parties de son corps, lui donnant une image d'elle-même plus unifiée. Cependant, Cléa éprouvant toujours un besoin d'expérimentation, ces notions ne doivent pas être totalement intégrées pour elle.

Parallèlement, le rassemblement des mains chez Cléa pourrait aussi être un moyen de se rassurer dans les moments un peu plus angoissants pour elle. Chadzynski (2010) reprend les travaux de Bullinger dans un chapitre de livre, et évoque la notion des « prothèses de rassemblement » (cité par Chadzynski, 2010). Selon Bullinger, l'enfant ne ressentant pas l'unité et la consistance de son corps, aurait recours à différentes techniques afin de se rassembler. La jonction des deux mains fait partie de ces différentes techniques. Ainsi, le rassemblement des mains pourrait être aussi un moyen pour Cléa de chercher de la réassurance dans une posture plus enroulée. Dans ce cas-là, cela signifierait qu'elle ne sent pas encore son corps unifié.

Il est donc difficile de savoir où Cléa en est dans la représentation de son corps et dans sa capacité à se sentir unifiée.

1.3- Donner du sens aux sensations

Durant toutes les séances, Cléa cherche les sensations. Or, nous ne savons pas toujours ce qu'elle en comprend. Il est important de mettre des mots sur ce que peut expérimenter l'enfant. Dans ma partie théorique, j'évoque les travaux de Bion (cité par

Houzel, 2018) autour de la « fonction alpha ». J'aime à penser que notre rôle en tant que professionnel peut être équivalent au travail de la mère avec son tout petit. Ainsi, quand nous stimulons Cléa au niveau sensoriel, nous n'oublions pas de mettre des mots pour tenter de donner un sens, une signification à nos gestes, mais aussi à donner des représentations. Par exemple, quand nous passons la roulette en bois sur l'intégralité du corps de Cléa, nous nommons chaque partie du corps. De la même façon, quand elle touche différentes textures sur les plaques sensorielles, nous mettons des mots disant « c'est froid », « c'est doux » par exemple. Nous lui renvoyons quelque chose de ce qu'elle perçoit avec son corps. Comme la mère avec son bébé, nous lui prêtons notre appareil psychique pour l'aider à penser.

2- Amener de l'altérité par le travail du schéma corporel

2.1- Le miroir, l'autre ... des images sur lesquelles s'appuyer

Nous pouvons parler du miroir sous différents angles. Je vais d'abord évoquer l'importance du miroir dans le travail du schéma corporel. Durant sa prise en charge, Cléa se regarde très souvent dans le miroir. Quand elle se regarde, c'est en général quand nous la stimulons au niveau corporel, ou qu'elle-même vient au contact de son corps. Elle peut parfois arrêter toute activité pour se regarder dans le miroir. Nous pouvons nous référer aux travaux de Lacan, cités par Martin-Chabot (2010), autour du stade du miroir. Il évoque l'importance du miroir dans l'unification du corps de l'enfant. Lacan explique que « l'événement devant le miroir qui se produit et se répète comme une expérience personnelle du très jeune enfant qui passe du mouvement à la suspension de celui-ci, qui se « fixe » (telle une photo) dans une image unifiée de son corps à travers le miroir » (cité par Martin-Chabot, 2010). Ainsi, dans le cas de Cléa, j'é mets l'hypothèse qu'elle ait encore une représentation de son corps assez morcelée et que ces regards dans le miroir pourraient avoir l'effet d'une sorte de rétrocontrôle sur l'impression qu'elle peut avoir de son corps. Dans des moments où Cléa peut peut-être se sentir « en morceaux », l'image du miroir ne ramène-t-elle pas du lien entre les différentes parties de son corps ?

Lacan insiste également sur l'importance du regard d'un tiers sur l'enfant, comme « un appel de confirmation de l'enfant au regard de l'autre pour la conservation et l'affirmation du moi » (cité par Martin-Chabot, 2010). Ainsi, l'enfant ne peut intégrer une

image unifiée de son corps que s'il a le retour d'un tiers, lui renvoyant que c'est bien son corps qu'il observe. Dans la prise en charge avec Cléa, nous lui faisons toujours un retour sur ce qu'elle observe ou ce qu'elle fait dans le miroir. Il semble donc important que nous continuions, dans l'optique qu'elle puisse intégrer une représentation de son corps unifiée.

Aussi, nous pouvons évoquer le miroir que peut être le professionnel dans la prise en charge avec un enfant. En effet, lors des séances avec Cléa, ma maître de stage et moi-même reprenons très souvent des actions qu'elle fait spontanément. Par exemple, la fois où Cléa a mis l'une des plaques sensorielles sur la tête, la psychomotricienne l'a regardée, a verbalisé l'action que Cléa était en train de faire et elle a décidé de l'imiter, alors qu'elles étaient assises en face à face. Dans ce cas-là, c'est la psychomotricienne qui joue le rôle du miroir pour Cléa, lui renvoyant une image d'elle-même et de son corps en pleine action.

2.2- L'imitation chez Cléa : signe d'une différenciation et de communication

Cléa est une jeune fille qui est vraiment dans l'imitation de gestes. En effet, par exemple, lors d'un atelier musique, Cléa me regardait beaucoup et comme nous étions loin, je lui ai fait signe d'écouter en tapotant mon oreille avec mon index, ce qu'elle a reproduit immédiatement. De la même façon, elle utilise quelques gestes de la langue des signes française. Lorsque nous produisons l'un de ces gestes, elle peut vite les reproduire. Ces imitations peuvent être considérées comme du collage, d'autant plus que Cléa présente tout de même quelques stéréotypies qui font penser à des traits autistiques. Or, elle est parfois capable d'imiter l'adulte mais en détournant un peu l'imitation. Lors d'une séance, alors que nous caressions notre visage avec une petite balle, Cléa a repris notre geste mais l'a reproduit au niveau de son torse. Nous voyons donc bien que Cléa est capable de se saisir des imitations mais qu'elle n'est pas toujours dans un collage absolu de non-différenciation.

Cela me rappelle ce que disait Haag (1992) à propos de l'imitation : ces « demandes de se remettre alors dans le pareil, l'imitation, ne sont pas toujours défensifs pathologiques, mais représentent la recherche d'un adhésif normal, reconstitutif d'un feuillet protecteur de la peau psychique » (Haag, 1992). Elle ajoute ensuite que « des phénomènes introjectifs semblent alors se dérouler très vite dans ce rapproché « pareil », à condition que nous, bien

sûr, nous continuions à fonctionner sur une « double voie » (Haag, 1992). Ainsi, l'imitation peut être un moyen de ramener de la solidité à son enveloppe psychique, tant que les professionnels introduisent parfois de la différence pour ne pas rester dans une « identité adhésive » comme la décrivait Bick (citée par Haag, 1992).

Aussi, Nadel (2011) explique que l'imitation peut être un véritable moyen de communication pour les enfants qui n'ont pas encore ou jamais accès au langage. Dans le cas de Cléa, il est fort possible que ce soit le cas et en particulier pour les gestes qu'elle imite et qui sont tirés de la langue des signes française. Ces gestes ont une véritable valeur de communication pour elle. De même, quand elle nous imite, elle nous regarde parfois dans les yeux et semble souvent attendre une réponse ensuite. Il est donc fortement possible que Cléa cherche à communiquer avec nous par ses imitations.

3- Répéter pour mieux intégrer ?

Dans ma partie clinique, nous pouvons voir une grande répétition dans les activités que nous proposons à Cléa en séance. En réalité, c'est elle qui nous apporte cette répétition, et qui va instinctivement vers les mêmes demandes. Cette répétition peut être à double tranchant. En effet, soit elle permet de se construire, soit elle est totalement enfermante et stérile. Dans leur article, Goumas, Grimont-Rolland et Lambicchi (2014) reprennent les propos de Bullinger. Selon lui, l'enfant instaure des « régularités » (cité par Goumas et al., 2014) pour se familiariser avec l'environnement dans lequel il évolue. De ces régularités découlent un processus cognitif et un processus de régulation tonique. En effet, « le premier s'appuie sur ces régularités pour établir des liens de cause à effet, qui sont le début d'une pensée « intelligente ». Le second vise à ajuster la mobilisation tonique qui pourra alors se mettre au service de l'organisation posturale puis gestuelle » (cité par Goumas et al., 2014). La répétition permettrait que se mettent en place des conduites plus adaptées à la suite d'ajustements toniques. De plus, cela permettrait que les « capacités à se représenter, à anticiper, à déduire, naissent et se consolident » (cité par Goumas et al., 2014). Ainsi, la répétition des expériences sensori-motrices permettrait à l'enfant de s'enrichir et de se structurer davantage. Cela induirait donc la découverte de nouvelles expériences sensori-motrices plus élaborées, qui seront, elles aussi, structurantes. C'est la boucle sensori-tonique de Bullinger.

Cependant, pour que ces répétitions ne soient pas enfermantes, comme cela peut être le cas dans l'autisme, je pense qu'il est nécessaire d'introduire de petites variations de temps à autre, que l'enfant puisse supporter et comprendre. Dans le cas de Cléa, nous changeons parfois de matériaux pour la stimuler sur un plan tactile. De même, lorsque nous expérimentons les différences de textures avec les plaques sensorielles, nous n'utilisons pas toujours les mêmes, afin qu'il reste une part de découverte dans ces activités.

J'ajouterai que récemment, nous nous sommes posées beaucoup de questions avec ma maitre de stage sur le fait que Cléa puisse s'enfermer dans toutes les sensations qu'elle se procure. En effet, Cléa se saisit souvent de ce que nous lui proposons en séance et nous avons vraiment l'impression que cela est très structurant pour elle. Toutefois, ce n'est pas toujours si évident. Lorsque je suis allée sur son groupe, à plusieurs reprises pour aller la chercher ou pour l'observer, elle me tendait souvent des jouets pour que je lui fasse glisser sur le corps afin de lui procurer des sensations et il arrivait même qu'elle se le fasse toute seule. Elle n'était parfois plus en lien car trop absorbée par ce qu'il se passait au niveau de son corps. Son regard ne se portait pas sur la zone stimulée en question, ou ne se portait pas sur moi, mais plutôt dans le vide, comme si elle n'était plus là. De même, depuis quelques temps déjà, Cléa se procure beaucoup de sensations en bougeant son bassin, ce qui est davantage du registre de l'agrippement auto-sensuel que de l'expérimentation constructive. De par ces actions, j'émetts l'hypothèse que Cléa cherche à neutraliser des angoisses de morcellement, et non pas à explorer les différentes sensations que son corps peut lui procurer.

Il est donc extrêmement important que nous puissions être attentifs aux différentes façons de produire et de recevoir des sensations sur le corps. Dans le cas de Cléa, les apports de la sensorialité sont évidents mais peuvent aussi être enfermants. La répétition des sensations provoque des conséquences à double tranchant. Il me paraît donc essentiel de les penser afin de la guider au mieux à travers notre prise en charge.

II- Le polyhandicap ... des entraves dans le développement

Nous voyons clairement de belles évolutions dans le suivi de Cléa. Cependant, les prises en charge dans le polyhandicap sont souvent très longues et peuvent parfois nous

rendre témoin de régressions ou d'acquisitions qui peuvent prendre beaucoup de temps. C'est pourquoi, je vais à présent énoncer quelques points sur lesquels la notion de polyhandicap a toute son importance.

1- Le regard, ou comment plonger à l'intérieur de soi

Dans ma clinique j'ai insisté plusieurs fois sur la présence importante du regard dans les prises en charge avec Cléa. En effet, quand nous la stimulons au niveau sensoriel et particulièrement au niveau tactile, il n'est pas rare qu'elle plonge son regard dans le notre ou qu'elle regarde la zone touchée en question. Si je reprends les propos de Haag (2008), le regard tient deux rôles importants : « un pôle enveloppant et un pôle pénétrant » (Haag, 2008). Le pôle enveloppant se référerait plutôt à la fonction tactile dans le sens où il est contenant et le pôle pénétrant se rapporterait plutôt à la fonction buccale de succion, créant de la profondeur. Haag (2008) explique que l'interpénétration des regards, étant un moment fort, aurait une fonction unifiante, permettant d'intégrer au mieux les autres sources sensorielles, toniques et kinesthésiques. De plus, le regard permettrait d'intégrer un sentiment de profondeur dans le corps, du fait de la profondeur dans les regards. Intégrer cette notion de profondeur, c'est aussi par extension intégrer un espace arrière sécurisant.

Or, d'après Haag (2008), pour que ces fonctions soient efficaces, il faut que l'enfant ait suffisamment pu expérimenter les échanges de regard lors de la période de la toute petite enfance avec la mère. Elle ajoute qu'il faut que « la rêverie maternelle fonctionne comme une disposition prête à résonner » (Haag, 2008). C'est toute la complexité dans le polyhandicap. En effet, suite à l'annonce du diagnostic ou consécutif à la naissance d'un enfant polyhandicapé, il est parfois difficile pour les parents d'investir leur enfant et de rêver pour lui.

Dans le cas de Cléa, il est possible que cette première période de la vie ait été difficile pour elle et sa famille, particulièrement au niveau des interactions. Aujourd'hui, il est encore très difficile pour ces parents d'accéder au corps de leur jeune fille. Il est donc possible que toutes ces questions de regard se produisent seulement maintenant, dans un cadre particulier que représentent les séances de psychomotricité, n'ayant pas pu être expérimentée avant. De plus, dans un moment où Cléa semble en pleine période

d'intégration d'un corps unifié, il n'est pas anodin que beaucoup de questions se posent autour du regard. Ce dernier, permettant d'intégrer un espace arrière, est très important surtout pour cette jeune fille pour qui la question de l'arrière est très particulier ...

2- Les déformations physiques

2.1- Le dos, siège des appuis

Comme je l'ai déjà énoncé, le dos chez Cléa est une zone très particulière. En effet, une scoliose à double courbure étant présente, elle a porté pendant plusieurs années un corset. Je me suis donc beaucoup questionnée : comment perçoit-elle son dos ? Comment a-t-elle été portée ? Comment l'a-t-elle investi ?

Le dos est une partie du corps très importante chez le bébé notamment. En effet, cela rappelle la période utérine durant laquelle, en fin de gestation, le bébé est en contact par le dos avec la surface utérine de la mère. Ainsi, chez le tout petit, lui proposer un appui dans le dos lui donne une enveloppe rassurante rappelant la période où il était encore dans le ventre de sa mère. De plus, proposer un appui dans le dos associé à une légère flexion de la nuque permet une position repliée en enroulement qui est également rassurante pour le bébé. Cette fonction contenante et pare excitante est essentielle au bon développement de l'enfant. Dans le cas de Cléa qui est une jeune fille certainement encore en proie à des angoisses archaïques, l'appui du dos peut être rassurant et lui permettre de se cibler uniquement sur de nouvelles explorations. Elle serait donc plus attentive lorsqu'elle possède un appui dans le dos.

De plus, Bullinger (2006) évoque l'importance d'un juste milieu entre l'investissement d'un espace arrière et d'un espace avant. Il explique que dans le cas où cet espace arrière n'est pas suffisamment bien intégré, il est possible que l'enfant déploie des accrochages au niveau visuel. Dans le cas de Cléa, j'ai évoqué le fait que lorsqu'elle avait un appui dans le dos, elle était beaucoup plus attentive à son environnement. Bullinger (2006) évoque le fait que si l'enfant reste dans un accrochage visuel, cela signifie sans doute que l'enfant présente une fragilité dans l'intégration de l'arrière-fond. Dans le développement, quand l'espace arrière est intégré, cela permet le déploiement des conduites d'exploration. Je pense que Cléa est en cours d'intégration de son espace arrière

mais qu'elle n'est pas totalement terminée. Elle aurait donc encore besoin d'appuis physiques afin de l'aider à se recentrer sur son exploration.

Pour finir, je reprendrai les travaux de Haag (1988/2012) qui, comme je l'ai expliqué dans ma partie théorique, expose le fait que l'appui-dos donnerait un premier sentiment d'enveloppe et de sécurité à l'enfant. Pour Cléa, qui semble avoir une vision de son corps encore morcelée et en pleine unification, l'appui-dos pourrait être vraiment unificateur, ramenant de la sécurité dans un corps qui se tient, et qu'elle sent, de par les sensations de dureté que le miroir peut lui procurer. De la même façon, quand elle est dans une position où son dos est appuyé contre le corps de la psychomotricienne, c'est une posture extrêmement contenant dans laquelle elle peut se sentir en sécurité et explorer beaucoup plus sereinement. Aussi, j'expliquais que Cléa était plus en lien lorsqu'elle était en appui au niveau du dos.

J'en conclus que l'appui au niveau du dos permet à Cléa d'être davantage sécurisée au niveau corporel et que cela lui donne un sentiment d'unicité qu'elle ne semble pas totalement avoir intégré. Cela lui permettrait donc d'abaisser son tonus, étant beaucoup plus stable dans ses appuis, d'être davantage dans la relation et les explorations étant mieux sécurisée. N'ayant pas suffisamment intégré d'appuis internes, il semble encore essentiel pour Cléa d'avoir des appuis physiques solides. Il est fort probable que l'intégration des appuis internes soit en cours. Il faudra encore du temps à Cléa pour qu'elle puisse acquérir une meilleure sécurité interne et un meilleur sentiment d'enveloppe.

2.2- Les pieds de Cléa, renvoyant au handicap

Cléa présente des pieds très particuliers. En effet, ses pieds sont palmés, très fins et ses chevilles semblent fragiles. Je reconnais qu'en voyant ses pieds, j'ai souvent eu peur de les casser. Je me questionnais donc beaucoup sur la façon dont ces pieds ont pu être investis par la famille de Cléa.

J'ai remarqué que les pieds étaient une partie du corps de Cléa qui était totalement désinvestie par les parents. Ils manquent souvent de soins, les ongles sont souvent abimés, fissurés, car ils n'avaient pas été coupés. Il arrive souvent que nous coupions ses ongles à

l'IEM car cela n'avait pas été fait à la maison. Plus globalement, les soins du corps et de la peau sont compliqués pour les parents de Cléa. C'est une petite fille avec la peau fragile, les cheveux fragiles, qui semblent quand même traduire son manque de sécurité. Les parents ont vraiment du mal à avoir accès à son corps. Chez ses parents, elle pleure à tous les bains, ce qui n'est pas le cas à l'IEM. Mais pourquoi ces pieds, ce corps sont-ils si difficiles à investir ?

Les pieds de Cléa renvoient vraiment à la question handicap, à la déformation physique. Auprès de la famille, cela peut être perçu comme « monstrueux », dans le sens que ce ne sont pas des pieds familiaux. Comme l'évoque Prayez (n.d) dans son texte, la différence peut soit attirer les regards, les détourner ou les gens peuvent aussi rester sidérés. De plus, il cite Assouly-Piquet disant « tout se passe comme si l'autre, à la fois familier et étranger, avait le pouvoir de nous renvoyer une image déformée de nous-même jusqu'à détruire le sentiment intime de notre identité ... » (citée par Prayez, n.d). La vision d'un corps handicapé peut être extrêmement violente pour les personnes de l'entourage et en particulier pour les parents qui peuvent s'identifier davantage à leur enfant, de par les ressemblances. Cela rejoint le concept de « figure du monstre » selon lequel nous peinerions à nous représenter que nous faisons partie de la même espèce mais aussi que nous partageons tous une part de « monstruosité » en nous. C'est pourquoi il est parfois très difficile pour les parents d'entrer en lien avec leur enfant ou encore d'accéder à son corps, car cela nous renvoie énormément à notre propre humanité.

Ainsi, dans le cas de Cléa, il est peut-être encore très difficile pour les parents de prendre soin corporellement de leur fille, et réalisant plutôt des soins très opératoires ou effectués avec de la distance. Ces déformations renvoyant directement au handicap peuvent également mettre à mal les relations primaires entre la mère et son enfant, créant une difficulté à entrer en lien et parfois une mise à distance. N'oublions également pas que Cléa a traversé une période d'anorexie qui a pu être difficile pour les parents, et qui a pu renvoyer une image de corps fragile à la famille.

Les déformations que Cléa présente actuellement aux pieds remettent donc en question la façon dont Cléa a pu être touchée et comment elle perçoit son corps

aujourd'hui. Elle cherche énormément de sensations au niveau de ses pieds et de son corps plus généralement, peut-être parce qu'ils n'ont pas été suffisamment touchés et investis.

3- La déficience, un frein dans l'intégration

Dans le suivi de Cléa, nous avons souvent l'impression que des choses avancent mais nous sommes également parfois témoins de régressions. Je suis témoin des nombreuses expérimentations que Cléa peut faire. Seulement, l'intégration de ces expériences est extrêmement longue du fait de la déficience intellectuelle. C'est pourquoi, une fois encore la répétition est essentielle. J'ai pu remarquer qu'une moindre petite coupure d'une semaine pouvait entraver ce processus d'intégration, et que nous pouvions, dans ces moments-là être témoins de petites régressions. C'est un processus long mais dans le même temps, ce qui est paradoxal, c'est que j'ai vraiment la sensation que je vois évoluer Cléa sur beaucoup de points, alors que je ne la suis que depuis peu de temps, quelques mois.

Cléa et ses évolutions me mettent donc dans une certaine ambivalence entre le fait que tout prend du temps et que j'aimerais que tout aille plus vite, mais qu'en même temps tout évolue, ce qui est extrêmement satisfaisant.

4- Les conséquences du polyhandicap dans le développement du schéma corporel et de l'image du corps

Dans les parties précédentes, nous venons de discuter des nombreuses conséquences du polyhandicap sur le corps et la structuration psychique de l'enfant. Ainsi, l'enfant ayant un corps l'entravant dans ses explorations, il voit le développement de son schéma corporel retardé voire parfois arrêté. Comme le citait De Ajuriaguerra (cité par Golse & Simas, 2008), le schéma corporel s'appuie sur des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles. Chez l'enfant polyhandicapé, comme c'est le cas pour Cléa, ces explorations sont parfois mises à mal ou peuvent mettre beaucoup de temps à être intégrées, mettant en péril la construction du schéma corporel pour un temps.

Mais ce n'est pas tout. Nous pouvons également penser à la notion d'image du corps. En effet, selon Schilder l'image du corps est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-

mêmes » (cité par Meurin, 2018). Je ne sais pas réellement comment Cléa perçoit son corps de façon précise même si j'ai bien donné quelques hypothèses concernant le fait qu'elle se sentait encore certainement morcelée et que son corps commençait seulement à lui apparaître comme unifié.

Ainsi, construire son schéma corporel et son image du corps lui prendra certainement du temps mais des progrès sont envisageables et sont visiblement en cours. La vision que Cléa aura de son corps sera certainement toujours très particulière et singulière.

III- Les séances de psychomotricité, la possibilité d'expérimenter

1- Le cadre

1.1- Un espace propice aux expérimentations

Au sein de l'IEM, nous possédons une grande salle de psychomotricité dans laquelle se trouve beaucoup de matériel et différents petits espaces. En effet, nous pouvons trouver un espace plus contenant avec des petits fauteuils, des poufs et des couvertures. Se trouve aussi un grand plan bobath sur lequel nous passons le plus de temps avec Cléa. La salle présente également un vaste espace au centre de la salle, nous permettant de proposer des jeux autour de la motricité globale et où les enfants peuvent facilement entrer en mouvement. Dans cet espace nous pouvons mettre des blocs de mousse, par exemple, pour proposer des sortes de petits parcours. Enfin, concernant les jeux, il y a aussi bien des jeux de société, que des jouets de type poupées ou dinette, mais surtout beaucoup d'objets pour travailler autour du sensoriel.

Ce lieu qu'est donc la salle de psychomotricité est propice à la découverte, c'est « un appel à l'engagement, une proposition implicite de véritables explorations et d'aventures ludiques et corporelles ... Ce n'est pas un hasard c'est un prérequis, un élément déterminant du dispositif : une possibilité de régression et de repassage par les expériences du corps et de la motricité interactive pour soutenir (voire relancer) le « bon » fonctionnement des fonctions » (Joly, 2007).

La salle de psychomotricité est donc un lieu favorable pour faire de nombreuses explorations et garantit une certaine sécurité à l'enfant. C'est un lieu qu'il connaît et qu'il apprivoise. En effet, au-delà de la salle, la place du psychomotricien et le cadre qu'il propose sont également contenant dans les expérimentations de l'enfant ...

1.2- La permanence du cadre

Dans la prise en charge avec Cléa, nous essayons de maintenir autant que possible un cadre stable, conservant le même horaire, la même salle chaque semaine et la même structuration de séance. Je pense qu'il est extrêmement important de maintenir le cadre avec une enfant comme Cléa, pour qui le sentiment de continuité d'existence n'est pas encore totalement intégré. Elle fait ainsi l'expérience qu'après une semaine où nous ne nous voyons pas, nous revenons toujours quand même pour s'occuper d'elle. Cela fait écho à la qualité de « continuité » de la mère « suffisamment bonne » de Winnicott (cité par Lefèvre, 2011). C'est-à-dire que comme dans le cas d'un bébé avec sa mère, Cléa doit avoir confiance en la psychomotricienne et moi-même et doit également se sentir en sécurité. Ainsi, si nous brisons cette permanence des séances que nous avons instaurée, cela pourrait avoir un effet délétère sur le développement de Cléa.

L'agencement des séances est donc un élément à penser. À travers le cadre, Cléa peut expérimenter la solidité du lien, une relation pérenne et prévisible, et se sentir en sécurité. C'est un prérequis pour le déploiement des expérimentations psychomotrices.

2- La place du psychomotricien

2.1- Investissement corporel

Le psychomotricien est un professionnel qui utilise son corps dans ses prises en charge. A travers son corps, il peut éprouver certaines situations avec le patient, le contenir quand cela est nécessaire, être un support d'identification ou encore partager les expériences avec l'enfant.

En effet, les séances de psychomotricité sont avant tout un échange corporel. Dans les séances avec Cléa, nous pouvons nous engager au même titre qu'elle dans les activités et de différentes manières. D'abord, quand nous lui faisons faire un jeu, nous participons

avec elle. Par exemple, quand nous la faisons toucher les plaques sensorielles, nous les touchions nous aussi, nous expérimentions tout comme elle. Cela lui permettait de pouvoir s'identifier à nous et à nos actions, pour l'aider à se construire dans son propre corps, dans sa propre identité. Aussi, je l'ai évoqué plusieurs fois mais nous pouvons être dans l'imitation de l'enfant. Dans le cas de Cléa, nous tentons de lui renvoyer quelque chose de son image pour qu'elle puisse aussi avoir des représentations de son corps plus avancées. Enfin, il y a toute la question du toucher car quand nous touchons quelqu'un, nous sommes également touchés. C'est le seul sens qui est automatiquement un échange direct. Dans la prise en charge de Cléa, le toucher prenait tout de même beaucoup de place et la présence et la disponibilité de la psychomotricienne à ce moment-là me paraissait essentiel.

Cela m'amène à penser à toute la question du dialogue tonique. Selon De Ajuriaguerra (cité par Fortini, 2009), le dialogue tonique est un échange corporel entre deux personnes dans lequel la tonicité et l'expressivité de chacun entrent dans une sorte de dialogue. Dans le cas d'une mère et son enfant, le dialogue tonique permet un échange corporel entre les deux individus, permettant de contenir l'excitation de l'enfant et de stimuler son activité. C'est un mode de communication qui est effectif très tôt chez le bébé. Concernant le psychomotricien, il est très attentif à tout ce qu'il peut ressentir au niveau de son corps lors des séances et à ce qui pourrait lui donner des indices sur l'état interne du patient. Le dialogue tonique peut s'effectuer dans les deux sens, de l'enfant vers le thérapeute, dans le cas où la psychomotricienne recevrait des éprouvés ou des états toniques de l'enfant, ou bien, du thérapeute vers l'enfant, dans le cas du portage par exemple où l'état tonique du professionnel peut aider l'enfant à s'apaiser. Quand Cléa pose son dos contre notre ventre et qu'elle parvient davantage à se relâcher, le dialogue tonique est effectif. Elle reçoit certainement des informations sur notre propre tonus, l'aidant à réguler le sien.

Cette question du portage m'amène à ma dernière idée, selon laquelle, par son engagement corporel, le psychomotricien est également contenant. Que ce soit par le toucher ou par les médiations, le psychomotricien donne des limites corporelles à l'enfant. Les échanges corporels avec le patient peuvent renvoyer à des mécanismes très archaïques. Le professionnel peut remplir certaines fonctions qui peuvent rappeler le *holding* de

Winnicott. Cependant, le psychomotricien ne remplace pas l'environnement maternant mais aide plutôt le patient à devenir autonome sur le plan psychique et corporel.

2.2- Investissement psychique

Au-delà de son investissement corporel, le psychomotricien doit également faire preuve d'un grand investissement psychique. En effet, il doit être suffisamment disponible pour pouvoir prêter son appareil psychique à l'enfant. Le psychomotricien doit mettre toute son attention et son écoute au service de l'enfant afin de pouvoir lui faire un retour sur ses expériences au sein des séances. Cela se rapproche fortement du concept de Bion (cité par Houzel, 2018) autour de la « fonction α ». Le professionnel transforme donc les expériences sensorielles de l'enfant. Cette transformation est essentielle pour permettre à l'enfant d'accéder ensuite au monde des représentations.

Pour finir, si le psychomotricien est contenant dans ses attitudes corporelles, il doit également être contenant psychiquement pour l'enfant. En étant à l'écoute du patient, le professionnel accueille ses émotions, ses ressentis et l'aide à gérer les excitations. Dans la prise en charge avec Cléa, nous portons bien attention à chacune de ses réactions, et nous mettons beaucoup de mots sur ce qu'elle fait et sur ce qu'elle pourrait ressentir. Nous la soutenons dans ses apprentissages et l'aidons activement à entrer dans le monde des représentations.

Pour conclure, le soin en psychomotricité est un soin dans l'échange. Le psychomotricien se doit d'être totalement disponible pour son patient afin de le guider dans ses découvertes et apprentissages. Cependant, l'investissement psychique ne suffit pas et est accompagné d'un investissement corporel. Cet engagement corporel propre à la psychomotricité, semble essentiel dans le soin et en particulier dans la clinique du polyhandicap. C'est une thérapie de partage, donnant la possibilité au patient de s'identifier au thérapeute et de s'appuyer sur lui pour avancer.

CONCLUSION

L'approche et la compréhension du corps dans le polyhandicap ne sont pas évidents. En effet, ce corps si souvent manipulé, si souvent douloureux, si peu expérimenté est parfois difficile à intégrer dans son unité. Nous avons pu constater que le travail proposé en psychomotricité était réellement important pour permettre une différenciation du corps, menant à l'individuation de l'enfant. A travers le cadre que nous proposons, les possibilités d'échanges, les expérimentations sensorielles, nous tentons d'aider nos patients un maximum à apprivoiser leur corps.

Dans le cas de Cléa, les expérimentations sensorielles prennent beaucoup de place dans les séances et lui permettent globalement de comprendre davantage son corps. Nous avons pu observer qu'elle intégrait petit à petit différentes parties de son corps, qu'elle semblait le découvrir un peu plus chaque jour. La sensorialité permet, entre-autre, d'intégrer notre schéma corporel, d'agencer notre corps dans l'espace. Avoir un corps unifié, différencié, c'est avoir un corps à soi, il nous rend individu, il nous rend unique et humain.

L'étude de la prise en charge de Cléa m'a permis de me pencher davantage sur le sentiment de continuité d'existence, dans l'accompagnement de la personne à être, à se sentir, à se comprendre. Ce mémoire m'a permis de mûrir dans mon identité professionnelle, et de faire davantage de liens dans ma clinique. Je savais que la question de la sensorialité était importante dans notre développement à tous, mais je crois que je n'avais pas mesuré à quel point avant de le voir et de l'étudier de manière plus approfondie.

Tout au long de cette prise en charge, j'ai pu voir de gros progrès chez Cléa. Cependant, je me questionne encore beaucoup sur la place de la sensorialité. Nous nous rendons bien compte que cela a des bénéfices sur sa prise en charge mais sa demande prend de plus en plus de place. Avec la psychomotricienne nous nous questionnons sur l'aspect enfermant de la sensorialité. De plus, Cléa présente de plus en plus de traits autistiques. Ce besoin de sensorialité viendrait-il soulager des angoisses ? La sensorialité ne la pousserait-elle pas à se renfermer trop sur elle-même et sur ce qu'elle ressent ?

BIBLIOGRAPHIE

- Alvarez, L., & Golse, B. (2013). Les compétences du bébé. In *La psychiatrie du bébé* (2e édition, p. 19-34). Paris : Presses Universitaires de France.
- Berthoz, A. (2008). L'échange par le regard. *Enfances Psy*, 41(4), 33-49.
- Boutinaud, J. (2017). Comment le corps vient à l'enfant ? Quelques enjeux autour des représentations corporelles au cours du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, 60(1), 145-166.
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, 25(2), 125-139.
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse : ERES.
- CESAP. (2017). Définition du polyhandicap. *Comité d'Etudes, d'Education et de Soins auprès des Personnes Polyhandicapées*. Consulté 26 avril 2019 à l'adresse <http://www.cesap.asso.fr/recherche-informations-pratiques/autresproductions/1018-definition-s-du-polyhandicap-2>
- Chadzynski, D. (2010). Bilan sensori-moteur A. Bullinger en psychomotricité, En deça du mouvement, les modulations toniques et les flux sensoriels. In C. Potel Baranes, *Etre psychomotricien* (p. 254-272). Toulouse : ERES.
- Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité : le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, 29(1), 83-100.
- Dalla Piazza, S., & Godfroid, B. (2004). Définitions et manifestations cliniques. In *La personne polyhandicapée* (p. 15-49). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Fortini, K. (2009). Le dialogue tonique dans la psychothérapie analytique de relaxation. *Psychothérapies*, 29(1), 33-38.

- Gentaz, É., & Mazens, K. (2006). Les nouveau-nés sont-ils capables de voir avec leurs mains ou de toucher avec leurs yeux ? *Devenir*, 18(3), 263-281.
- Golse, B. (2006). Émotions, intersubjectivité et structuralisme des processus. In M. Dugnat (Éd.), *Les émotions (autour) du bébé* (p. 21-31). Toulouse : ERES.
- Golse, B., & Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. *Contraste*, 28-29(1), 129-138.
- Goumas, J., Grimont-Rolland, É., & Lambicchi, S. (2014). Approche sensorimotrice de la prise en charge d'un jeune avec polyhandicap douloureux. *Enfance*, 2(2), 159-169.
- Granier-Deferre, C., & Busnel, M.-C. (2011). L'audition prénatale, quoi de neuf ? *Spirale*, 59(3), 17-32.
- Haag, G. (1988/2012). Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psychomotrices dans la première année de vie. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 36, 1-8.
- Haag, G. (1992). Imitation et identification chez les enfants autistes. In J. Hochmann & P. Ferrari (Éd.), *Imitation, identification chez l'enfant autiste* (p. 107-120). Paris : Bayard éditions.
- Haag, G. (1997/2011). Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le Moi corporel. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, (20), 104-125.
- Haag, G. (2008). De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme. *Enfances Psy*, 41(4), 14-22.
- Haag, G. (2018). *Le moi corporel : à partir de la clinique psychanalytique de l'autisme et de l'observation du premier développement*. Paris : Presses universitaires de France.
- Holley, A. (2007). Regard biologique sur l'odorat et le goût. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 122(2), 15-27.

- Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 115-130.
- Houzel, D. (2018). La bisexualité psychique et sa fonction contenant. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 8(1), 15-38.
- Individuation. (2018). In *Larousse*. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/individuation/42664>
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185-194.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 73-86.
- Kaës, R. (2008). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. In D. Anzieu (Éd.), *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (p. 67-87). Toulouse : ERES.
- Kloekner, A. (2013). Les troubles du développement de l'enfant dans la perspective sensorimotrice d'A. Bullinger. In C. Bauby & P. Suesser (Éd.), *Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent* (p. 119-126). Toulouse : ERES.
- Le Comité national Coordination Action Handicap. (2018). Les différents types de handicap. *Le Comité national Coordination Action Handicap*. Consulté 7 avril 2019 à l'adresse <https://www.ccah.fr/CAAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
- Lefèvre, A. (2011). *100% Winnicott*. Paris : Eyrolles.
- Martin-Chabot, B. (2010). De la trace au matériau psychique. *Dialogue*, 190(4), 159-168.
- Meurin, B. (2018). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger. In ABSM (Éd.), *La construction des représentations corporelles du bébé* (p. 41-60). Toulouse : ERES.

- Nadel, J. (2011). *Imiter pour grandir : développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Paris : Dunod.
- OMS. (2018a). *Les déficiences intellectuelles*. Consulté à l'adresse <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>
- OMS. (2018b). *Principaux repères sur l'épilepsie*. Consulté à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
- Paradis, C., Duchas, C., Silverio, C., Harter, C., Sereize, C., Poussin, J., ... Gavant, S. (2010). Porter et portage. *VST - Vie sociale et traitements*, 107(3), 92-99.
- Prayez, P. (n.d). *Le miroir du handicap*. Consulté le 17 avril 2019 à l'adresse <http://accueilpourtous.org/IMG/pdf/miroirhand.pdf>
- Ramos, M. (2013). « *Du corps à corps à sa propre verticalité* » *Accompagner l'enfant polyhandicapé dans son individuation* (Mémoire de psychomotricité). Consulté à l'adresse <http://n2t.net/ark:/47881/m6ng4ntk>
- Robert-Ouvray, S. (2015). L'imaginaire corporel et l'analyse sensorielle. *Site de Suzanne Robert-Ouvray*. Consulté 23 mars 2019 à l'adresse <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/limaginaire-corporel-et-lanalyse-sensorielle/>
- Roy, J. (1995). Le bébé handicapé et sa famille. In M. Robin, I. Casati, & D. Candilis-Huisman (Éd.), *La construction des liens familiaux pendant la première enfance* (p. 187-206). Paris : Presses Universitaires de France.
- Saulus, G. (2008). Modèle structural du polyhandicap, ou : comment le polyhandicap vient-il aux enfants ? *La psychiatrie de l'enfant*, 51(1), 153-191.
- Schaub, C., Gunten, A. von, & Morin, D. (2016). Examen de la portée des connaissances sur les concepts du toucher et du massage et de leurs effets sur l'agitation et le

stress des personnes âgées hospitalisées atteintes de démence. *Recherche en soins infirmiers*, 126(3), 7-23.

Sens. (2018). In *Larousse*. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sens/72087>

Sensation. (2019). In *Larousse*. Consulté à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensation/72091>

Sensorialité. (2018). Sensorialité. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Consulté 19 avril 2019 à l'adresse <http://cnrtl.fr/definition/sensorialit%C3%A9>

Vibert, J.-F., Sebille, A., Lavallard-Rousseau, M.-C., Boureau, F., & Mazières, L. (2011). *Neurophysiologie. De la physiologie à l'exploration fonctionnelle* (2e édition). Issy-les-Moulineaux : Elsevier, Masson.

Zinschitz, E. (2007). L'annonce d'un handicap : le début d'une histoire. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 6(2), 82-93.

Zucman, E. (1998). *Accompagner les personnes Polyhandicapées*. Paris : CTNERHI.

Vu par la maître de mémoire
Marie CADOT
Le 26/04/2019 à Bourg-en-Bresse




Auteur : Ophélie GIROUX

Titre : Titre du mémoire :

« Aidez-moi à me connaître »

Travail en psychomotricité autour de la sensorialité pour s'individuer auprès
d'une patiente polyhandicapée

Mots - clés : sensorialité – individuation – schéma corporel – psychomotricité

Résumé : La sensorialité paraît essentielle à la construction d'une représentation unifiée et articulée de notre corps afin que nous puissions nous individuer. Cependant, dans le cas du polyhandicap, ces représentations corporelles peuvent avoir du mal à se construire. Une approche en psychomotricité peut, par son cadre, permettre à l'enfant de faire des expérimentations sensorielles et de repasser par des activités plus archaïques. Aussi, le psychomotricien peut contenir et guider l'enfant dans ses découvertes.

A travers ma rencontre avec ma patiente Cléa, je tenterai d'explorer ces différentes problématiques tout en vous exposant le cheminement de mon raisonnement.