



<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 Jacques LUAUTÉ

**Entre trouble du langage et trouble des représentations corporelles,
comment l'enfant dysphasique se perçoit et se représente son corps ?**

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

Par : ROBINO Léa

Mai 2023 (Session 1)

N° 1802

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

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 Jacques LUAUTÉ

**Entre trouble du langage et trouble des représentations corporelles,
comment l'enfant dysphasique se perçoit et se représente son corps ?**

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

Par : ROBINO Léa

Mai 2023 (Session 1)

N° 1802

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Didier REVEL

Vice-président relations hospitalo-universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé

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

U.F.R. d'Odontologie
Directrice **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

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

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Pierre COCHAT**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **Mr Guillaume BODET**

UFR Faculté des sciences
Directeur **Mr Bruno ANDRIOLETTI**

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1
(IUT)
Directeur **Mr Christophe VITON**

Département de Génie électrique et des
procédés
Administrateur provisoire
Mme Rosaria FERRIGNO

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

Département Informatique
Administrateur provisoire
Mr Behzad SHARIAT

Observatoire de Lyon
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

Département Mécanique
Administrateur provisoire
Mr Marc BUFFAT

Institut National Supérieur du Professorat
et de l'éducation (INSPé)
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Alice GENOT

Coordinatrices des stages

Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Mme Marion Mounib
Psychomotricienne

TABLE DES MATIÈRES

LEXIQUE	
INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE.....	3
1. La dysphasie.....	3
1.1. Généralités	3
1.2. Expressions cliniques	3
1.2.1. Sphère expressive - Production du langage.....	4
1.2.2. Sphère réceptive - Compréhension du langage	4
1.3. Répercussions	4
1.4. Troubles spécifiques du langage et des apprentissages	5
1.4.1. Définition TSLA	5
1.4.2. Les différents types de TSLA.....	5
1.4.3. Multidys	6
2. Le langage.....	6
2.1. Développement du langage oral	6
2.2. Les fonctions du langage oral.....	7
2.3. La parole une forme de langage	8
2.4. Langage non-verbal	8
2.4.1. La posture.....	9
2.4.2. Le tonus	9
2.4.3. Les émotions	10
2.4.4. Le dialogue tonico-émotionnel	10
2.4.5. Le regard	10
3. Les représentations corporelles.....	11
3.1. Schéma corporel	11
3.2. Image du corps	12
4. Entre conscience du corps et conscience de soi	14
4.1. Processus neurophysiologie : la conscience du corps	15
4.2. Processus psychologique : la conscience de soi	17

PARTIE CLINIQUE	19
1. Le SESSAD	19
1.1. Généralités	19
1.2. L'entrée au SESSAD	19
1.3. Les différents temps institutionnels	20
1.4. La place du psychomotricien	20
2. Présentation du patient.....	21
2.1. Anamnèse	21
2.2. La situation lors de mon arrivée en stage	23
2.2.1. Bilan psychomoteur	23
2.2.2. Projet personnel d'accompagnement	24
2.2.3. Des repères externes mouvants	25
2.3. Première rencontre.....	25
3. Suivi en psychomotricité.....	26
3.1. Un manque de représentations corporelles en lien avec un langage défaillant ?	26
3.1.1. Un manque de repères corporels.....	26
3.1.2. Des émotions qui ne font pas sens	27
3.1.3. Une opacité des ressentis.....	27
3.1.4. Asponanéité du discours.....	28
3.2. Exister par rapport à autrui	29
3.2.1. Les limites.....	29
3.2.2. Être le premier.....	29
3.2.3. Cache-cache	30
3.3. Exister à travers ses sensations.....	31
3.3.1. Les vibrations	31
3.3.2. L'enveloppement.....	32
3.3.3. La vitesse	33
3.3.4. La chute	33
3.3.5. La pression	34

<i>PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....</i>	<i>35</i>
<i>1. À la recherche d'un soi corporel.....</i>	<i>35</i>
1.1. Une genèse des représentations entravée	35
1.2. Éprouver sa sensorialité.....	37
1.2.1. Par des sensations vestibulaires et proprioceptives	37
1.2.2. Par l'intensité	38
1.2.3. Par la résonance.....	38
<i>2. La mise en sens du psychomotricien.....</i>	<i>39</i>
2.1. Par le cadre	39
2.2. Par la relaxation	41
2.3. Par sa fonction alpha.....	42
<i>3. Du langage non-verbal à une conscience de son corps et de soi.....</i>	<i>43</i>
3.1. Le regard vecteur de relation	43
3.2. Le tonus source de dialogue	45
3.3. La naissance d'une identité.....	47
3.3.1. Des représentations corporelles... ..	47
3.3.2. ...À l'identification des émotions... ..	48
3.3.3. À l'affirmation de soi.....	49
<i>CONCLUSION.....</i>	<i>51</i>
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	<i>.....</i>
<i>TABLE DES ANNEXES.....</i>	<i>53</i>

LEXIQUE

AVS : Assistante de Vie Scolaire

CENOP : Centre d'Evaluation Neuropsychologique et d'Orientation Pédagogique

CM1 : Cours Moyen 1^{ère} année

CP : Cours préparatoire

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FFDYS : Fédération Française des DYS

HAS : Haute Autorité de Santé

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement

SESSAD : Services d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile

TDA(H) : Trouble De l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TSLA : Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

WISC-V : Wechsler Intelligence Scale for Children - 5^{ème} édition

WPPSI-IV : Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - 4^{ème} édition

INTRODUCTION

INTRODUCTION

J'ai su dès les premiers jours au sein du Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) dans lequel j'effectue un de mes stages de dernière année d'étude que je rédigerai mon mémoire sur un patient rencontré dans ce lieu. Pourquoi ? Parce que j'y ai ressenti une ambiance particulière entre bienveillance de l'équipe et violence autant physique que verbale des jeunes accueillis. En effet, la structure rassemble un SESSAD et un Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP). Les patients présentent des troubles du comportement, des troubles psycho-affectifs et des troubles des apprentissages.

La psychomotricienne travaille au sein des deux institutions et sa salle se trouve à côté d'une classe de l'ITEP assez agitée. Quand on se trouve dans sa salle, assez mal isolée, nous entendons les insultes qui fusent, les poings qui se fracassent contre les murs, les cris, les sanglots, les réprimandes. Les patients du SESSAD que je rencontre baignent donc dans une ambiance comme celle décrit ci-dessus. On est bien loin de l'image idyllique de la salle de psychomotricité sécurisée et contenant. Tout naturellement au début je pensais donc rédiger mon mémoire autour de la violence, la gestion des émotions, l'impact des mots...

Puis, j'ai rencontré un jeune garçon de 10 ans et demi que je nommerai Abdel dans un souci d'anonymat. Je pensais alors que nos séances seraient impactées par cette ambiance parfois chaotique. Mais les locaux ne sont pas toujours secoués par cette ambiance et quand c'est le cas, le verbaliser et en expliquer les motifs permettent aux professionnels et au patient accueilli de faire abstraction de ce qui se passe à l'extérieur. C'est alors dans cette bulle de séance, cet instant rien qu'entre nous que je me suis interrogée sur la place du langage en psychomotricité.

Pour certains enfants de cette structure, les mots, au travers de leurs significations, sont utilisés comme des balles qui viendraient impacter, toucher l'autre. Pour Abdel, en revanche, les mots sont peu présents voire absents, en raison de sa dysphasie. La dysphasie était pour moi une pathologie assez abstraite, pour laquelle je n'avais pas de représentations. Je ne savais pas à quoi m'attendre. En effet, ce sont généralement des enfants orientés en orthophonie car c'est une pathologie qui entrave le langage oral. Nous aurions donc tendance à remettre en question la pertinence d'un suivi en psychomotricité pour un enfant présentant

ce type de trouble. Or, je me suis rendu compte en rencontrant Abdel qu'un dysfonctionnement du langage oral pouvait être en lien avec un déficit de représentations corporelles et d'attention portée au corps. Je me suis donc demandée :

Dans quelle mesure, le soin psychomoteur peut-il permettre, à un patient dysphasique et entravé dans ses représentations corporelles, une meilleure conscience de son corps et de soi ?

Lors de la rédaction de ce mémoire et en menant ce soin, j'ai dû éclaircir, clarifier et apprendre certaines notions pour mieux comprendre mon patient. C'est pourquoi j'ouvrirai mon écrit par une première partie théorique. Je définirai en premier lieu la dysphasie ainsi que la place du langage dans le développement de l'enfant. Ensuite, j'explicitai la notion de représentations corporelles et de conscience du corps et de soi.

Puis viendra ensuite un chapitre clinique qui vous racontera l'histoire d'Abdel, notre rencontre ainsi que nos séances et l'origine de mon questionnement général.

Je terminerai par une discussion théorico-clinique pour expliquer les liens que j'ai élaborés pour m'ajuster, faire évoluer le contenu des séances, au fur et à mesure de l'avancée de ma réflexion.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

1. La dysphasie

1.1. Généralités

Dès 1970, Ajuriaguerra considéré comme le père de la psychomotricité évoque le terme de dysphasie :

Les désordres présentés par ces dysphasiques se caractérisent par un trouble de la réception et de l'analyse du matériel auditivo-verbal, des désordres dans l'agencement des éléments syntaxiques constituant le récit et des difficultés dans les mises en relation lexicales, le vocabulaire lui-même n'étant pas un critère suffisant. Il y a une homogénéité relative du déficit entre compréhension-réalisation-support sémantique (Ajuriaguerra, 1974, p. 355).

Ajuriaguerra propose donc le terme de « dysphasiques » pour regrouper des enfants présentant des troubles dans la réceptivité, la morphosyntaxe et le lexique du langage.

Aujourd'hui, la dysphasie correspond à la forme la plus sévère des troubles du développement du langage oral. C'est un trouble faisant partie des Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA) plus communément appelé troubles "dys". Ce trouble entraîne des difficultés d'expression et/ou de compréhension dont l'intensité et la lenteur d'évolution permettent de poser le diagnostic. C'est un trouble permanent qui peut connaître des évolutions au niveau de ses manifestations et de son intensité en fonction des moyens de compensation mis en place. Il est important de préciser que la dysphasie ne se présente pas de la même façon chez toutes les personnes porteuses de ce trouble.

1.2. Expressions cliniques

Le Centre d'Évaluation Neuropsychologique et d'Orientation Pédagogique (CENOP) dresse une liste non exhaustive des manifestations les plus fréquemment observées chez les enfants présentant ce trouble. Je détaille cette liste ci-dessous :

1.2.1. Sphère expressive - Production du langage

La sphère expressive, celle qui concerne la production du langage, peut être touchée. Souvent, l'enfant construit des phrases de manière atypique en utilisant par exemple le verbe avant le sujet. Il n'utilise et n'organise pas toujours de façon adéquate les sons, à l'intérieur des mots ou des phrases. Les mots de liaison sont omis ou mal utilisés. Ce dernier peut souffrir d'un manque du mot.

L'enfant présente parfois une lenteur pour formuler ses idées et trouver ses mots. Des hésitations peuvent apparaître dans son discours, il rencontre aussi des difficultés à définir un concept ou une idée verbalement. (CENOP, 2021)

1.2.2. Sphère réceptive - Compréhension du langage

La sphère réceptive, associée à la compréhension du langage peut elle aussi être entravée. L'enfant a alors une compréhension restreinte du vocabulaire. Les mots abstraits peuvent être difficiles à comprendre et à acquérir. Ce sont souvent des enfants qui ne comprennent, ni ne différencient tous les mots interrogatifs (où, quand, comment, pourquoi, etc.), les notions temporelles (avant, après, plus tard, tantôt, etc.) ou les termes spatiaux (en haut, en bas, à gauche, par-dessus). Ils sont souvent en difficulté pour comprendre les énoncés longs et complexes. (CENOP, 2021)

1.3. Répercussions

« Entre la qualité du fonctionnement psychique et les possibilités expressives et communicationnelles si riches que le langage procure, il existe nécessairement une influence réciproque. » (Cohen et al., 2016, p. 299). Nous pouvons entendre par là que si le langage dysfonctionne, le fonctionnement psychique risque lui aussi d'être impacté. En effet, la communication orale permet de rendre compte du fonctionnement mental du sujet, d'appréhender où il se trouve dans les différentes étapes de son développement. Les jeux, les dessins, le modelage peuvent en témoigner et être des pistes à la compréhension du développement mais leur signification est moins précise que le langage.

Dans les cas les plus sévères de dysphasie, quand le langage est trop entravé, le développement psychique de l'enfant peut être ralenti. « Même si les enfants dysphasiques s'inscrivent dans des échanges de qualité avec une réciprocité, l'absence de langage [...] peut favoriser le maintien d'un fonctionnement psychique archaïque. » (Cohen et al., 2016, p. 300).

Il est aussi à noter que les enfants dysphasiques peuvent présenter des difficultés affectives et relationnelles. Les atteintes de la sphère réceptive compliquent notamment la compréhension des règles de jeu ou même le fait de suivre une discussion. Cela interfère donc dans l'établissement des liens sociaux avec les autres enfants. Ce sont aussi des enfants pour qui comprendre et exprimer leurs émotions peut s'avérer compliqué. (Cohen et al., 2016)

1.4. Troubles spécifiques du langage et des apprentissages

1.4.1. Définition TSLA

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) les troubles spécifiques du langage et des apprentissages, plus communément appelés troubles « dys » sont la conséquence de troubles cognitifs spécifiques neurodéveloppementaux c'est-à-dire une anomalie dans le développement d'une fonction cognitive spécifique. (HAS, 2017)

La Fédération Française des DYS (FFDYS) complète cette définition en expliquant que les troubles « affectent une ou plusieurs des fonctions cognitives mais pas l'ensemble du fonctionnement cognitif. Ils se distinguent ainsi de la déficience intellectuelle globale » (FFDYS, 2008). Il est aussi à noter que les TSLA ne sont pas uniquement dues à une déficience sensorielle, une déficience neurologique ou encore un trouble psychiatrique.

Ces troubles sont présents dès les premières étapes du développement de l'enfant et persisteront tout au long de leur vie.

1.4.2. Les différents types de TSLA

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (cité par HAS, 2017), il existe différents TSLA, répertoriés sous les appellations diverses suivantes :

- Trouble du langage oral aussi appelé dysphasie
- Trouble spécifique des apprentissages avec déficit de la lecture aussi appelé dyslexie : trouble affectant l'exactitude de la lecture des mots, le rythme, la fluidité et la compréhension de la lecture.
- Trouble spécifique des apprentissages avec déficit de l'expression écrite aussi appelé dysorthographies : trouble affectant l'orthographe, la ponctuation, la grammaire, la clarté et l'organisation de l'expression écrite.

- Trouble spécifique des apprentissages avec déficit du calcul aussi appelé dyscalculie : trouble affectant le sens des nombres, la mémorisation des faits arithmétiques, le calcul exact ou fluide, le raisonnement mathématique correct.
- Trouble développemental de la coordination aussi appelé dyspraxie : trouble affectant la capacité à se situer dans l'espace, à coordonner et réaliser des mouvements volontaires.
- Trouble De l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA(H)) : trouble comportant une triade symptomatique correspondant à un déficit d'attention, une impulsivité et une hyperactivité motrice

1.4.3. *Multidys*

Les TSA sont des troubles fréquemment associés entre eux. Généralement une seule cause cognitive crée des déficits dans plusieurs secteurs d'apprentissage, cela ne correspond pas à une situation de multidys : « Différents secteurs des apprentissages sont déficitaires en rapport à une seule cause cognitive : il ne s'agit pas de « multidys ». » (Pouhet, 2016).

C'est la « comorbidité de troubles cognitifs spécifiques différenciés » qui « représente la situation multidys » (Pouhet, 2016). C'est-à-dire qu'un enfant multidys présente différents TSA dont l'origine est due aux dysfonctionnements de différentes fonctions cognitives.

2. Le langage

J'explicitai dans la partie suivante le développement du langage oral. Je précise « oral » car il existe plusieurs autres types de langage. Il y a notamment le langage non-verbal que je détaillerai ensuite ainsi que le langage écrit que je n'aborderai pas dans ce mémoire.

2.1. Développement du langage oral

L'acquisition du langage oral nécessite certains précurseurs relevant de l'interaction entre l'enfant et son environnement dont notamment le pointage et l'attention conjointe. Pour que le développement langagier de ce dernier soit harmonieux et facilité, il doit également baigner dans un bain de langage.

Pour se lancer dans le langage oral l'enfant doit aussi posséder des structures cérébrales spécialisées et acquérir une certaine maîtrise de son appareil vocal.

« Le langage n'est ni pur produit de l'éducation socio-environnementale, ni pure résultante des gènes. » (Plaza, 2016, p. 112).

Voyons maintenant plus en détails le développement du langage oral. Entre 0 et 2 mois, le nourrisson est dans des vocalisations réflexes pour exprimer des malaises physiologiques. Il produit alors des cris ou des sons végétatifs (soupirs, bâillement). Vers 2 mois, le bébé acquiert une meilleure maîtrise de sa respiration et de son tractus vocal, apparaîtront alors les babillages et lallations.

Entre 5 et 10 mois, le babillage canonique survient, cela consiste en une production régulière et répétée de syllabes bien formées (lalala; tatata...). Vient s'ajouter à cela l'acquisition de certains éléments prosodiques caractéristiques. L'ensemble de ces communications est considéré comme du pré-langage. (Cohen et al., 2016)

À la suite de cette étape, vient se produire le petit langage. C'est-à-dire l'apparition des premières productions significatives souvent par imitation. La compréhension d'ordres simples et familiers précède toujours l'expression. Généralement, le premier mot est prononcé vers 12 mois. Ensuite, vers 18 mois, l'enfant combine deux mots. (Cohen et al., 2016)

Puis arrive l'étape finale, l'acquisition du langage. C'est une étape longue et complexe pendant laquelle l'enfant enrichit qualitativement et quantitativement son langage. À 3 ans, il se met à utiliser le "je". Vers 5 ans, il peut élaborer un discours cohérent avec une certaine cohésion. (Cohen et al., 2016)

2.2. Les fonctions du langage oral

Les fonctions essentielles du langage oral sont l'expression et la communication. L'humain est en perpétuelle interaction avec son environnement. Le langage est donc essentiel au bon déroulement de la vie. Il nous permet d'exprimer nos besoins primaires et plus globalement de partager, d'interagir avec les personnes qui nous entourent.

Le langage permet aussi de matérialiser la pensée. Il participe ainsi au développement psychique de l'enfant. Du Pasquier, psychologue et psychanalyste, évoque que « l'expression langagière, dès ses premières manifestations, comporte un effet

séparateur » (2012, p. 7). En effet, lorsque l'enfant dit maman, cela témoigne du fait qu'il se représente sa mère, qu'il n'est plus fusionné à elle, puisqu'il l'évoque en tant qu'autre. D'une certaine manière il se différencie d'elle.

Plaza, chargée de recherches au centre national de la recherche scientifique, complète en ajoutant le fait que la parole vient « introduire l'enfant au système symbolique le plus achevé » (2016, p. 115). Selon elle, l'acquisition de la parole entraîne une profonde évolution du fonctionnement psychique. « Le langage permet en particulier de passer de l'indication à l'évocation, autrement dit à la tolérance de l'absence, avec l'évocation de l'absent. » (Cohen et al., 2016, p. 286).

2.3. La parole une forme de langage

De Saussure, considéré comme le fondateur des sciences du langage, différencie parole et langage. Le langage oral comme évoqué plus haut, correspondrait alors plus ou moins à ce que lui nomme parole, c'est-à-dire à une composante spécifique du langage.

De fait, il définit le langage de façon plus générale : « faculté psychologique permettant de communiquer à l'aide d'un système de communication quelconque » (De Saussure cité par Guilbault, 2005). Plaza, complète : « la parole représente la modalité langagière privilégiée, mais la gestuelle et la langue des signes peuvent parfois s'y substituer » (2016, p. 104). Par cette phrase, elle met en exergue le pouvoir de la gestualité et plus largement du corps dans le langage.

Certes, la parole exprime quelque chose mais le corps lui aussi a valeur de signification, on parle alors de langage non-verbal.

2.4. Langage non-verbal

Le langage non-verbal aussi appelé communication non-verbale a notamment été défini par Corraze, psychiatre :

On applique le terme de communication non-verbale à des gestes, des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise (Corraze, 1980, p. 16).

La communication est un processus par lequel un émetteur adresse un message à un récepteur. Il faut pour qu'il y ait communication, une relation, une attention entre les deux interlocuteurs. Le message est construit selon un certain code que les deux doivent avoir en commun pour que l'information soit comprise. La communication intervient dans un contexte, dont la prise en compte est fondamentale. Ainsi, cela s'applique tant pour le langage oral que le langage non-verbal.

Le langage non-verbal à l'image de la parole présente des niveaux de conscience et des niveaux d'inconscience. Lesage (2021), docteur en sciences humaines, précise que le langage non-verbal transmet des informations qui parlent de soi, parfois malgré soi.

On retrouve différents grands piliers dans la communication non-verbale que je vais expliciter ci-dessous.

2.4.1. La posture

Corraze, entend par posture « la position du corps, ou de ses parties, par rapport à un système de repères identifiés » (1980, p. 145). La posture est d'emblée ce que nous présente notre interlocuteur. Elle est en elle-même une source d'information. De fait, la posture nous renseigne sur l'attitude générale de la personne : position d'ouverture, position de repli, position d'agressivité. Admis par de nombreux auteurs, la posture est sous-tendue par le tonus.

2.4.2. Le tonus

Le tonus est réparti en trois sous-catégories : tonus de base, tonus postural, tonus d'action. Il va participer à la cohésion de l'ensemble du corps, au maintien de la posture ainsi qu'à la mise en mouvement corporel.

« Le tonus assure une fonction de communication, à la fois consciente et inconsciente avec des variations qui, par étayage, se chargent d'affects et de représentations, formant un ensemble psychomoteur qui se transforme [...] selon les rencontres. » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p. 174).

Le tonus notamment postural est sous-tendu par l'émotion : « les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire » (Wallon cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p. 175).

2.4.3. *Les émotions*

Soppelsa, psychomotricien, explique que les émotions sont universelles. Pour lui, l'émotion à trois volets : un « volet physiologique », un « volet psychologique » et un « volet de communication » (2018, p. 195). L'émotion, prend ancrage dans le corps et communique aux autres soit par la parole soit par le corps quelque chose de soi. Elle joue un rôle central dans le langage non-verbal.

Tonus et émotions peuvent se retrouver liés pour former le dialogue tonico-émotionnel.

2.4.4. *Le dialogue tonico-émotionnel*

Wallon, psychologue, est le premier à démontrer l'importance du tonus dans la relation : il parle alors de dialogue tonique. Ajuriaguerra approfondit ensuite ses travaux et décrit alors le dialogue tonico-émotionnel.

Pour lui, « le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge » (Ajuriaguerra cité par Bachollet & Marcelli, 2010). Plus généralement, lorsque deux personnes sont en relation, les variations toniques de l'un et de l'autre permettent des échanges et un partage émotionnel entre eux.

2.4.5. *Le regard*

Regard fuyant, regard interrogateur, regard provocateur, regard de peur... Nous entendons souvent que les yeux sont le miroir de l'âme. Croyance ou réalité, il est admis par le plus grand nombre que le regard peut transmettre de fortes manifestations affectives. Le regard est une source d'informations précieuses. Il permet de capter l'attention mais aussi de discriminer.

Il joue un rôle essentiel dans le développement de l'enfant. La mère en regardant et en soutenant le regard de son bébé va servir de miroir à ce dernier. En effet, l'enfant verra son propre reflet dans le regard de sa mère et pourra ainsi commencer à construire son image du corps. (Winnicott cité par Veesser, 2015)

3. Les représentations corporelles

La notion de représentation corporelle est un concept global, se définissant différemment en fonction des courants de pensée, des théories. Elle se situe au carrefour de différentes disciplines telles que la psychiatrie, la neurologie, la physiologie...

Au cours de l'Histoire, deux grands concepts ont perduré en lien avec les représentations corporelles. Ce sont l'image du corps et le schéma corporel. J'appellerai donc représentations corporelles l'ensemble formé par ses deux concepts. Reinalter Ponsin, psychomotricienne, nous rapporte que « cette représentation s'appuie sur une construction progressive, tout au long de la vie, tenant compte, en même temps des facteurs cognitifs, moteurs, affectifs au sein de la relation sociale et humaine » (2011, p. 227).

3.1. Schéma corporel

Morin (2013), neurologue nous explique que Bonnier, son confrère, est le premier à proposer le terme de schéma corporel. Selon lui, le schéma corporel ne correspondrait pas « à un ensemble de sensations plus ou moins bien définies » mais plus à « une forme » (Bonnier cité par Morin, 2013, p. 21).

Head, neurologue, reprendra ensuite la définition en précisant « le cerveau dispose d'une représentation non consciente du corps, le schéma corporel, représentation qui permet un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement spatial » (Head cité par Morin, 2013, p. 19).

Ajuriaguerra, a défini lui le schéma corporel ainsi :

Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification (Ajuriaguerra cité par Pireyre, 2021, p. 39).

Dolto, pédiatre et psychanalyste, complétera cette définition en ajoutant une caractéristique essentielle. De fait, selon elle, le schéma corporel « est en principe le même pour tous les individus [...] de l'espèce humaine » (Dolto, 1992, p. 22).

Ainsi, si je tente d'effectuer une définition globale au vu des différents apports de l'ensemble des auteurs cités, cela pourrait être :

Le schéma corporel correspond à une connaissance spatiale et topologique, plus ou moins consciente de notre corps dans l'espace et vis-à-vis des objets nous entourant. Il est commun à tous et en remaniement constant du fait des expériences et des apprentissages. Il est dû à une mise en commun des différents stimuli perçus à la surface ou à l'intérieur du corps.

3.2. Image du corps

En 1935, Schilder, psychiatre et psychanalyste, est le premier à parler d'image du corps : « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même » (Schilder, 2017). Cependant, sa définition reste ambiguë, voire paradoxale car en définissant le schéma corporel il annonce « nous pouvons aussi l'appeler "image du corps" » (Schilder, 2017).

Dolto, reprend ensuite les travaux de Schilder mais distingue clairement schéma corporel et image du corps :

Si le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus [...] l'image du corps, par contre, est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. [...] L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles (Dolto, 1992, p. 22).

Avec cette définition, on voit émerger le côté subjectif et personnel de l'image du corps. Dolto ajoute « L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle, et d'une image des zones érogènes » (1992, p. 24) :

- L'image de base correspond à une certaine continuité spatio-temporelle du corps c'est-à-dire à une conviction d'avoir un corps dans l'ici et le maintenant. Cette image fait écho au sentiment continu d'exister développé par Winnicott, pédiatre et psychanalyste, que j'évoquerai plus tard.

- L'image fonctionnelle renvoie à la façon dont le corps se met en mouvement pour la satisfaction des besoins, c'est une image dynamique qui renvoie à l'image d'un être en demande.
- L'image érogène correspond aux plaisirs et aux déplaisirs éprouvés dans des zones érogènes et dans la relation à l'autre.

Pour Dolto, l'image du corps est éminemment inconsciente, en lien avec les désirs et les émotions et donc profondément personnelle.

Pireyre, psychomotricien, va conceptualiser l'image composite du corps. Selon lui, l'image inconsciente du corps développée par Dolto est pertinente : « l'implication de l'inconscient du désir ou de la libido dans l'image du corps est fondamentale » (Pireyre, 2021, p. 49). Pour autant, selon lui, elle ne rend pas compte de toutes les facettes observées en clinique et notamment en clinique psychomotrice. Il va alors ajouter des sous-catégories qui contribuent à la construction de l'image du corps (Pireyre, 2021):

- **La peau physique et psychique** : Il explique que la peau est un organe immature à la naissance qui sera investie grâce à la libido et aux relations précoces. Cet investissement permettra l'émergence d'une contenance tant physique que psychique.
- **La représentation de l'intérieur du corps** : Il développe le fait que les représentations ostéoarticulaires et viscérales sont essentielles dans le développement psycho-affectif et peuvent conduire si elles sont entravées à des angoisses corporelles massives.
- **Le tonus** : Selon lui, le tonus marque le corps du fait de son lien étroit avec la posture, l'axe et le mouvement. Il est lié au contexte psycho-émotionnel et donc très personnel.
- **La sensorialité** : Il explique que les seuils sensoriels ainsi que le mécanisme de transformation de la sensation à la perception sont propres à chacun et font donc émerger des subjectivités différentes.
- **Les compétences communicationnelles du corps** : Il amène le fait qu'à travers le corps et notamment, les mimiques, la posture, le regard, le tonus, une communication peut s'établir. Chaque personne en fonction de son histoire, sa culture, ce qui l'anime utilisera subjectivement une partie de cette communication corporelle.

- **Les angoisses corporelles archaïques :** Pireyre nomme notamment les angoisses d'effondrement, de morcellement, de liquéfaction, de dévoration. Ces angoisses participent au développement de l'enfant en s'insérant progressivement dans l'inconscient du sujet. Cependant, elles sont toujours existantes et parfois retrouvées dans certains aspects de notre personnalité.
- **La continuité d'existence :** Pour lui, cela correspond à un sentiment de sécurité interne que la vie continuera peu importe les menaces ou éléments perturbateurs qui pourraient surgir. Cette sous-catégorie se base sur le sentiment continu d'exister de Winnicott.
- **L'identité :** Prenant ancrage dans la sensorialité et notamment la perception de soi ainsi que le dialogue tonique, l'identité correspond pour l'auteur, au sentiment d'être affecté, assigné par les parents.
- **L'identité sexuée :** Il nous explique qu'elle s'édifie à partir des attributs biologiques puis en fonction de l'investissement parental et des croyances socio-culturelles.

Si nous essayons de définir l'image du corps en reprenant les propos des deux auteurs, une définition potentielle serait :

L'image du corps est une image subjective et inconsciente de soi, qui se construit au fil de notre histoire et de nos interactions. Elle est sous-tendue par de nombreux éléments et régit par notre contexte psycho-affectif. Elle peut être le témoin de notre investissement corporel.

Le schéma corporel est la base et le support de l'image du corps pour autant il n'y a pas de schéma corporel sans image du corps, car l'humain n'est pas réduit seulement à la vie biologique, il faut aussi habiter son corps.

4. Entre conscience du corps et conscience de soi

La conscience du corps correspond au sentiment et à la connaissance de son propre corps. Cette conscience permet de sentir son corps exister à tout moment comme le sien. De fait, elle est étroitement liée à l'histoire de vie, les affects personnels du sujet. Ce concept est très intriqué au schéma corporel et à l'image du corps car ils s'étayent les uns les autres.

« La prise de conscience du corps n'est pas l'image du corps. En se situant à l'interface de la sensorialité et des processus représentationnels, elle permet l'accès à certaines composantes de l'image du corps. » (Pireyre, 2021, p. 215). Contrairement à l'image du corps, la conscience du corps est éminemment consciente c'est-à-dire que le sujet porte son attention et conscientise, se représente son corps.

Selon Pireyre, la prise de conscience du corps est possible par deux mécanismes différents qui permettent tous deux d'accéder à une certaine connaissance de soi-même. Prendre conscience de son corps est possible à la fois par un processus neurophysiologique et un processus psychologique :

- Processus neurophysiologique : « c'est pour le système nerveux central, recenser analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle. C'est se confronter à la réalité corporelle vécue. » (Pireyre, 2021, p. 215). Prendre conscience de son corps c'est sentir les stimuli, puis les percevoir afin d'en faire des représentations.
- Processus psychologique : « cela repose sur l'expérience mémorisée de l'investissement, dès le début de la vie, par le psychisme et le corps des parents, dans leur conscient et leur inconscient, des différentes zones corporelles ainsi que leur globalité. » (Pireyre, 2021, p. 215).

Détaillons ces deux versants de la conscience du corps. Tout d'abord, essayons de comprendre comment fonctionne ce processus au niveau neurophysiologique.

4.1. Processus neurophysiologie : la conscience du corps

Autour de nous et dans notre corps, différentes formes d'énergies circulent. Nos récepteurs sensoriels, organes d'interface, réceptionnent ces énergies, et les traduisent en un langage de nature électrique, l'influx nerveux. Ce message, ou plutôt, ces messages circulent dans notre corps en direction de notre système nerveux central qui les interprète (Jacquet et al., 2014, p. 15).

L'organisme, via les différents récepteurs sensoriels, qui le compose, va recueillir des informations sur le milieu extérieur et le milieu intérieur. On retrouve des récepteurs visuels, auditifs, gustatifs, olfactifs, vestibulaires, proprioceptifs ou encore nociceptifs. Ces récepteurs vont détecter des stimuli, qu'on appelle sensation. Le traitement de cette sensation correspond à un ensemble de mécanismes. Tout d'abord, le récepteur va convertir l'information mécanique, thermique, chimique...en une information nerveuse, phénomène que l'on nomme transduction. Une fois l'influx nerveux codé il va être transmis via différents neurones au cortex pariétal aussi appelé cortex somesthésique primaire.

C'est le phénomène de perception, se déroulant dans le cortex, qui permettra de donner une représentation et du sens à cette information. La perception est l'interprétation de la sensation. Elle correspond à la recomposition des différentes caractéristiques sensorielles en représentation mentale.

De Sainte Maréville, psychiatre, précise « La perception est sensible, c'est la sienne, subjective » (2014, p. 30). Cela signifie que le phénomène perceptif est propre à chacun. Neveu, docteur en biologie, ajoute que « la perception est aussi une question d'attention » (2014, p. 18). De fait, une quantité colossale d'informations est envoyée constamment au système nerveux central, qui va alors filtrer et porter son attention seulement sur certains stimuli.

En somme, la conscience du corps au niveau neurophysiologique correspond à la mise en action de l'équipement sensoriel. C'est un processus cognitif laborieux et complexe. Il est à noter que « Certains patients peuvent aisément ressentir la présence de la plupart des zones corporelles. Il leur suffit d'un simple effort d'attention. Ils se passent de la sensorialité. » (Pireyre, 2021, p. 211).

Avoir conscience de son corps ne se fait pas qu'au travers d'un processus neurophysiologique, avec le traitement des informations sensorielles il est aussi intimement lié à un processus psychologique. Ce processus prend en compte l'individu en relation et plus que de conscience du corps on peut parler ici de conscience de soi.

4.2. Processus psychologique : la conscience de soi

Pireyre (2021), met en avant le rôle de l'investissement des parents dans le processus psychologique de la prise de conscience du soi tout comme le fait Winnicott.

Selon ce dernier, l'environnement et plus précisément la mère jouent un rôle fondamental dans cette prise de conscience. De fait, pour vivre, le nourrisson a besoin de ressentir un sentiment continu d'exister. Ce sentiment que nous intégrons dans notre petite enfance est une base au développement, à l'ouverture vers le monde.

Winnicott est le premier à avoir théorisé cette notion. Pour lui, le sentiment continu d'exister correspond au sentiment d'intégrité corporelle. C'est une conviction psychique que le corps est stable. Ce sentiment est rendu possible par l'environnement et la qualité psycho-affective qui nourrissent, enveloppent et soutiennent le bébé. Cela fait écho aux *holding*, *handling* et *object presenting*, des notions développées par Winnicott.

- *Le holding* fait référence à la façon dont la mère porte l'enfant tant physiquement que psychiquement. Une défaillance du *holding* entraînerait chez l'enfant « une détresse extrême qui se traduit notamment par le sentiment de partir en morceaux, le sentiment de tomber en une chute sans fin, le sentiment que la réalité extérieure ne peut servir à la réassurance » (Winnicott, 2014, p. 16). Cela entraverait son sentiment continu d'exister.
- *Le handling* fait référence au nursing c'est-à-dire les soins effectués au bébé par le parent allant de l'alimentation, à l'habillage en passant par le change. Un déficit de *handling* entraverait selon Winnicott « l'expérience du fonctionnement corporel et de l'être » (Winnicott, 2014, p. 17).
- *L'object presenting* correspond à la façon dont les objets sont présentés au nourrisson. C'est la capacité du bébé à se relier aux objets. Selon Winnicott, « une présentation de l'objet défaillante bloque le développement du bébé à se sentir réel quand il se relie au monde réel des objets et des phénomènes » (Winnicott, 2014, p. 17).

Ces processus vont entraîner des conséquences au niveau psychique. Ils vont amener l'enfant à élaborer des représentations de lui-même, des différentes parties de son corps et de leur fonction par rapport à l'environnement qui l'entoure. La conscience de soi, est

intégrée par l'intermédiaire des relations qui s'établissent tant au niveau affectif que corporel entre la mère et l'enfant.

À la lecture de cette partie théorique, le langage ainsi que les représentations corporelles semblent essentiels au bon développement de l'enfant. Cependant, il peut s'avérer qu'une ou les deux notions soient entravées et entraînent des conséquences sur le développement de l'enfant, comme cela est le cas pour Abdel.

Dans le chapitre qui va suivre, je vous présenterai Abdel, le patient qui a éveillé mon questionnement.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

1. Le SESSAD

1.1. Généralités

Ce service accueille des enfants et des adolescents de 6 à 14 ans rencontrant des difficultés dans les apprentissages associées ou non à des troubles psycho-affectifs et du comportement. Les enfants sont scolarisés dans leur école habituelle avec des aménagements spécifiques : présence d'une Assistante de Vie Scolaire (AVS), temps en classe d'Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS).

Chaque enfant inscrit au SESSAD est placé sous la responsabilité d'un éducateur référent : celui-ci est en contact avec les parents, l'école et les autres professionnels prenant en charge l'enfant. Les interventions de l'équipe pluridisciplinaire ont lieu à l'école, au domicile ou dans les locaux du SESSAD. Cette équipe est composée de deux psychologues, une psychomotricienne, une assistante sociale, un pédopsychiatre, trois éducateurs spécialisés et un directeur adjoint.

Les objectifs généraux du SESSAD sont de :

- Soutenir l'inclusion scolaire en milieu ordinaire
- Amener chacun des enfants à prendre conscience de ses difficultés et de ses ressources, pour gagner davantage en autonomie
- Intervenir au titre de la prévention afin d'éviter les ruptures de parcours

1.2. L'entrée au SESSAD

Pour obtenir une place au SESSAD, il faut au préalable monter un dossier à la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH). À la suite de cette démarche, les parents reçoivent une notification mentionnant s'il y a besoin ou non d'une prise en charge en SESSAD.

Si oui, les enfants sont alors mis sur liste d'attente jusqu'à ce qu'une place se libère. Une fois qu'une place leur est attribuée, un entretien d'accueil est mis en place pour prendre contact avec la famille et cibler les bilans nécessaires à effectuer. À la suite des différents bilans et observations, l'accompagnement de l'enfant est précisé dans le Projet Personnalisé

d'Accompagnement (PPA) qui est élaboré en réunion de synthèse par l'équipe. Il est ensuite discuté et validé avec la famille et l'enfant lors d'une réunion. La prise en charge peut alors débuter. L'accompagnement de l'enfant est dynamique et évolutif. En effet, le PPA est revu chaque année lors de réunions de synthèse afin de mettre à jour les objectifs pour l'enfant.

1.3. Les différents temps institutionnels

Mon jour de présence en stage coïncide avec des réunions institutionnelles. J'assiste donc chaque semaine à des réunions de synthèse et d'analyse de la pratique.

- Les réunions de synthèse sont des temps où se regroupent tous les professionnels prenant en charge l'enfant afin de faire le point sur ses suivis, ses besoins et effectuer la réévaluation du PPA pour l'année à venir.
- Les réunions cliniques sont des temps d'échanges autour de situations mettant à mal les professionnels. L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire y participe. C'est un temps supervisé par le pédopsychiatre du SESSAD. Chaque professionnel peut apporter une situation qui lui pose question. Les autres membres de l'équipe sont là pour réfléchir et élaborer autour de la situation.

1.4. La place du psychomotricien

Au sein de cette institution, la psychomotricienne est présente à temps complet et participe à l'ensemble des réunions. C'est l'une des seules professionnelles à rencontrer au moins une fois tous les enfants. En effet, elle effectue un bilan pour chaque enfant faisant son entrée au SESSAD. Dans un souci d'anonymat, je nommerai la psychomotricienne Aurélie.

Aurélie possède sa propre salle de psychomotricité. Elle est située au dernier étage de la structure à côté d'une classe du dispositif ITEP avec qui le SESSAD est rattaché au niveau institutionnel. C'est un étage dans lequel l'ambiance sonore est relativement élevée et ponctuée par des cris et des insultes. En ce qui concerne la salle en elle-même, elle est grande et très lumineuse. De fait, le mur se trouvant en face de la porte est une surface intégralement vitrée, donnant sur un parc verdoyant. Le matériel est rangé dans des armoires collées au

mur. Le trampoline, les tapis et les modules en mousse sont eux aussi rangés contre les murs. Cela permet de laisser au centre de la pièce, un grand espace de mobilité.

2. Présentation du patient

Les éléments d'anamnèse suivants ont été récupérés dans le dossier d'Abdel et lors des échanges avec ma maître de stage, l'assistante sociale et la psychologue. Il est important de noter que dans le cadre du bilan et du suivi psychomoteur, la psychomotricienne ne rencontre pas toujours la famille. Pour Abdel, la psychomotricienne n'a pas rencontré la famille.

2.1. Anamnèse

Abdel est né en novembre 2012. Il a 10 ans et demi. C'est le dernier d'une fratrie de 4 enfants. Il a une grande sœur de 16 ans et 2 grands frères âgés respectivement de 15 et 13 ans. La maman d'Abdel est mère au foyer et son papa est médecin gériatologue. Ils se sont rencontrés en Algérie. Son père est algérien et sa mère est française mais elle a vécu une partie de sa vie là-bas. Le papa d'Abdel travaille beaucoup, c'est sa maman qui s'occupe du quotidien.

Durant la grossesse, la maman a découvert qu'elle avait un adénome hypophysaire (tumeur bénigne dans le cerveau). C'était une grossesse non désirée. Elle a rapporté à l'équipe qu'elle était extrêmement fatiguée et énervée durant cette période. Abdel est né avec un torticolis, c'est le seul élément d'informations que j'ai pu récolter sur le déroulement de la naissance.

Concernant le développement d'Abdel, petit, sa maman le décrit comme « mou, pas intéressé par ses frères et sœurs, la sollicitant uniquement pour demander à manger ». Les âges des principales acquisitions psychomotrices rapportés par la maman ne sont pas précis. Abdel aurait acquis la station assise vers 20 mois et aurait marché entre 18 et 24 mois. Ces âges témoignent tout de même d'un retard de développement. En ce qui concerne le reste de son développement, Abdel a réalisé ses premiers babillages à 14 mois, sa première phrase a été prononcée à 5 ans et demi. Il a acquis la propreté diurne à 4 ans et demi. Dans le dossier, il est fait mention que les parents avaient remarqué des différences dans le développement d'Abdel par rapport à ses frères et sœurs sans pour autant qu'ils s'inquiètent.

Lors de son entrée à l'école à ses 3 ans, en 2015, la directrice ainsi que la maîtresse ont rapidement conseillé aux parents de monter un dossier MDPH et d'aller consulter un neuropédiatre au vu des difficultés d'Abdel.

En 2016, Abdel à 4 ans, il rentre en moyenne section et commence un suivi en SESSAD.

En septembre 2017, à 5 ans, lors de sa rentrée en grande section de maternelle, Abdel passe le Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence- 4ème édition (WPPSI-IV). C'est un test d'intelligence pour les enfants entre 2 ans et 7 ans. Il passe également la Vineland-II qui est un test évaluant l'autonomie de la personne dans différents domaines de la vie quotidienne. À la suite de ces bilans, le neuropédiatre conclue à une déficience intellectuelle légère à modérée avec un décalage d'environ 2 ans et demi par rapport à sa classe d'âge.

En 2018, Abdel alors âgé de 6 ans, change d'école et redouble sa grande section. En mai de cette même année, il réalise un bilan orthophonique concluant à un trouble langagier sévère, dysphasie, dans un contexte de retard de développement plus global. L'orthophoniste note la présence d'un trouble de l'articulation, un trouble phonique sévère, un trouble lexical sévère, un apragmatisme important et une hypo spontanéité du discours. Il quitte ensuite le SESSAD en décembre 2018, ce dernier n'accompagnant plus les enfants à partir de leur 7 ans.

En 2019, Abdel à 7 ans, il fait sa rentrée en Cours Préparatoire (CP) au sein du dispositif ULIS.

En septembre 2020, il a alors 8 ans, il intègre le SESSAD qui le suit encore actuellement et dans lequel j'effectue mon stage. Il passe un bilan psychomoteur en octobre 2020 qui met en exergue des difficultés dans l'ensemble des domaines psychomoteurs. Abdel n'a pas accès au repérage spatio-temporel, ni au relâchement tonique. Il possède à ce moment-là des coordinations peu fluides avec un équilibre précaire. Le schéma corporel était peu connu et l'image du corps pauvre. Il était aussi noté une lenteur d'exécution des gestes.

Au vu de ses difficultés, une prise en charge en psychomotricité est débutée afin de le stimuler l'ensemble des domaines psychomoteurs.

En février 2021, à ses 9 ans, une nouvelle batterie d'examens est prescrite par le neuropédiatre qui le suit depuis son entrée à l'école. Abdel passe donc le Wechsler Intelligence Scale for Children- 5ème édition, test d'intelligence pour enfants entre 6 ans et 16 ans qui montre des capacités intellectuelles préservées mais hétérogènes. Il passe aussi la Vineland-II qui constate un retard dans les différents domaines explorés, d'environ 2 à 5 ans. Le domaine de l'adaptation sociale ressort comme étant son point fort et la vie domestique comme son point faible majeur. Ses compétences d'adaptation sociale sont témoignées par sa pratique extra-scolaire du Taekwondo, deux fois par semaine depuis ses 4 ans. Enfin, il passe le Questionnaire de Conners-3 (évaluation du TDA(H)) qui met en évidence la présence d'un trouble de l'attention avec une répercussion négative sur son quotidien et ses apprentissages. Je n'aborderai pas l'impact de ce trouble dans ce mémoire car il ne semblait pas prégnant quand j'ai rencontré Abdel.

Cette batterie de tests pose le diagnostic encore valide aujourd'hui de multidys avec la présence d'un TDA et d'une dysphasie dans un contexte d'efficience intellectuelle préservée.

2.2. La situation lors de mon arrivée en stage

Lorsque j'arrive en stage en septembre 2022, Abdel est en Cours Moyen 1^{ère} année (CM1) toujours accompagné du dispositif ULIS. Il a également de nombreux temps d'inclusion en classe ordinaire.

2.2.1. *Bilan psychomoteur*

En novembre, ma maître de stage me propose de faire passer un bilan psychomoteur de milieu de suivi à Abdel afin de faire un point sur son évolution. J'effectue alors un bilan sur plusieurs séances. Je constate que depuis le bilan de 2020, Abdel a évolué dans certains domaines. Ses capacités de concentration se sont améliorées. L'écriture cursive a été automatisée. Abdel est maintenant capable de percevoir les rythmes et de les reproduire. Il peut aussi se repérer et repérer des objets externes sur un plan. Il peut donc passer d'un référentiel égocentré à allocentré.

En revanche, de nombreuses difficultés persistent. Abdel semble avoir peu de représentations de son corps et de ses sensations, les connaissances corporelles sont en deçà des attendus de son âge. Je détaillerai cette partie ultérieurement. Le repérage spatio-temporel est encore précaire. Abdel ne peut me donner la date du jour, ni même le jour de la semaine. Il a en revanche automatisé la comptine des jours de la semaine. D'un point de vue tonique, il est en difficulté tant dans le relâchement que dans le recrutement. La motricité globale et les praxies sont peu fluides et entravées par son impulsivité. De plus, Abdel est dans l'incapacité d'accélérer les mouvements sur demande verbale.

À la suite des conclusions du bilan et dans la perspective de mener en co-animation les séances avec Aurélie, nous décidons d'orienter plus spécifiquement le soin autour de la construction de représentations corporelles stables et l'obtention d'une meilleure régulation tonique. De fait, ses compétences sont des prérequis à de nombreuses autres acquisitions psychomotrices.

2.2.2. Projet personnel d'accompagnement

Le PPA d'Abdel a été en parallèle remis à jour en novembre 2022 lors d'une réunion à laquelle j'ai pu assister. L'équipe a préconisé :

- La poursuite du temps individuel éducatif, une fois par semaine, avec pour objectif d'aider à l'autonomisation et à l'élaboration psychique avec notamment la mise en mots des émotions.
- La poursuite du soin psychomoteur, une fois par semaine.
- La participation au groupe thérapeutique « jeux » pour la deuxième année consécutive. C'est un groupe qui se déroule une fois par semaine. Il est encadré par la psychologue et son éducatrice référente en présence de deux autres enfants. L'objectif est de favoriser le « jouer ensemble ».
- La poursuite des entretiens familiaux avec l'assistante sociale, l'éducatrice référente et les parents, à raison d'une fois par mois. Seront abordés dans cet entretien le sujet de l'autonomisation et le probable déménagement de la famille.

En parallèle, Abdel est pris en charge par une orthophoniste libérale à raison de deux séances par semaine. Le SESSAD n'est pas en contact avec cette dernière, je ne connais donc pas les objectifs de cette prise en charge.

2.2.3. *Des repères externes mouvants*

Mon arrivée en stage correspond à la reprise des séances en psychomotricité avec Abdel après la pause des vacances estivales. Lors de cette rentrée Abdel fait face à des changements au niveau du cadre thérapeutique. Il change d'éducatrice référente, la précédente ayant quitté son poste. Les séances en psychomotricité qui se déroulaient à l'école l'année dernière se passeront cette année au sein des locaux du SESSAD et en ma présence. Lors de ce suivi, j'ai d'abord été plutôt observatrice tout en participant aux diverses activités, puis j'ai très vite co-animé les séances avec Aurélie.

2.3. Première rencontre

Je rencontre Abdel le deuxième jour de mon stage, nous allons le chercher dans son école en voiture. Nous pénétrons dans l'enceinte de l'établissement par une grande cour de récréation où quelques enfants jouent au foot. Il y règne une ambiance assez calme. Abdel ne s'y trouvant pas, nous nous dirigeons donc vers le réfectoire, il est treize heures et de nombreux enfants sont encore en train de manger. En rentrant dans la cantine, je suis assaillie par un flot de stimulations sensorielles : bruits de vaisselle, cris des enfants, odeurs. Je suis sidérée par le contraste entre la cour plutôt paisible et le vacarme du réfectoire. J'ai alors l'impression que tous les enfants nous regardent en même temps, je reste en retrait derrière Aurélie sans prononcer de mot. Elle remarque alors Abdel qui écoute la conversation de ses camarades. Elle lui fait signe de nous rejoindre. Il lui sourit, lui fait un signe de la main puis sort du réfectoire en courant. Il passe devant nous sans s'arrêter. Il se dirige vers l'intérieur du bâtiment scolaire. Aurélie l'intercepte et lui rappelle alors que cette année les séances se dérouleront au sein du SESSAD et non plus à l'école. Il semble perplexe, il fronce les sourcils mais ne dit rien.

Durant cette discussion, j'observe Abdel, il porte un ensemble de jogging bleu cyan qui semble neuf. C'est un jeune garçon au teint basané. Il a des cheveux noirs, coupés très courts. Son visage rond, sa peau lisse, son corps potelé lui donne au premier abord une allure d'enfant plus jeune. Il a un léger strabisme et ne porte pas de lunette ce jour-là. Sa démarche est particulière : bras ballants, tronc légèrement affaissé, pieds qui glissent sur le sol plus qu'ils ne se déroulent. Abdel ne semble pas remarquer ma présence. C'est lorsque Aurélie lui demande s'il a observé un changement, qu'il me jette un regard en coin. Il semble intimidé. Comme il ne dit rien, je me présente à lui, il acquiesce par un simple hochement

de tête puis se dirige vers la voiture. Cette rencontre me laisse perplexe, son visage exprime beaucoup de choses mais il semble parler très peu. Cela me donne l'impression d'un petit garçon mystérieux, dans son monde.

3. Suivi en psychomotricité

Toutes les séances ont le même déroulement. Je vais chercher seule Abdel à l'école et je le ramène au SESSAD où Aurélie nous attend. Nous discutons tous les trois quelques minutes puis nous structurons la séance en trois temps. Chacun de nous décide d'une activité que l'on note au tableau. Pour le trajet retour, Aurélie et moi raccompagnons Abdel à l'école.

Je vous présenterai dans les parties suivantes des extraits de séances.

3.1. Un manque de représentations corporelles en lien avec un langage défaillant ?

3.1.1. Un manque de repères corporels

Lors de la passation du bilan d'Abdel, j'ai pu constater un retard général dans ses représentations corporelles.

Ses connaissances des parties du corps sont précaires et correspondent aux attendus d'un enfant de 5 à 6 ans. Abdel ne connaît pas les narines, les pommettes, la nuque, les paupières, les paumes, les tempes, les genoux.

Son dessin du bonhomme est sommaire, et reste peu élaboré malgré la cohérence de la représentation. (Voir annexe I) Est-ce ce qu'il se débarrasse rapidement de l'épreuve ? Est-ce en lien avec une image du corps pauvre ? Son dessin correspond à un niveau de 6 ans.

À la question : Peux-tu me nommer des parties du corps fragiles et des parties du corps solides ? Il ne répond rien et hausse les épaules. A-t-il compris ma question ? N'a-t-il pas de représentation de ce qui est fragile ou solide dans son corps ?

Un autre jour, je lui propose de faire des « devinettes corporelles ». Abdel a les yeux fermés, il est allongé sur le dos, sur un tapis. Je lui masse une partie de son corps avec une balle à picots. Abdel doit alors deviner la partie du corps que je touche. C'est un exercice qui s'avère très difficile pour lui. Il est démuni tant au niveau du vocabulaire pour me citer

les parties du corps qu'au niveau de la localisation. Il est difficile pour lui de se représenter l'endroit que je masse. Il peut me dire le coude alors que je suis au mollet. Je suis obligée de l'aider en lui posant des questions et en décomposant : est-ce que c'est en haut ou en bas du corps ? Est-ce que cela est plus près des épaules ou de la main ? Sa représentation du corps dans l'espace semble confuse et majorée par des difficultés, confusions sémantiques.

3.1.2. Des émotions qui ne font pas sens

Lors d'une séance, je dispose sur le bureau des cartes imagées et colorées représentatives d'émotions. Il y a la carte rouge avec un bonhomme les sourcils froncés pour la colère, une carte jaune avec un bonhomme souriant pour la joie, une carte bleue avec un bonhomme qui pleure pour la tristesse, une carte verte avec un bonhomme neutre pour le calme...

Je demande ensuite à Abdel de me décrire comment il se sent, en précisant que s'il a besoin il peut s'aider des cartes. Il lit alors les émotions écrites en bas des cartes et me les répète à voix haute. Il me dit : « je suis comme ça ». Il ne semble pas y mettre du sens puisqu'il le fait pour toutes les cartes. Quand j'approfondis les questions sur pourquoi il se sent comme ça, qu'est-ce que ça lui fait dans son corps. Il me regarde avec des yeux vides, il semble perdu. Comprend-il mes questions ? A-t-il besoin de vivre les émotions dans son corps pour identifier et nommer ses sensations ? J'essaye alors de l'aider en lui proposant différents mots, adjectifs. Soutenu par cette proposition, il peut finalement me dire qu'il n'est ni triste, ni en colère. Il ne m'en dira pas davantage.

3.1.3. Une opacité des ressentis

Alors que nous enveloppons et bordons Abdel dans une couverture pour un temps de détente, nous lui demandons comment il se sent. Il est enroulé dans la couverture, allongé sur le ventre, mains recroquevillées sous la poitrine, tête orientée vers la droite. Abdel ne peut rien dire de ses sensations. Nous lui posons des questions pour l'aider, mais cela reste compliqué pour lui. Il répète nos mots sans forcément que cela soit concordant et que cela ait du sens. Je décide alors de lui poser des questions fermées simples : Est-ce qu'il se sent serré, oui ou non ? Est-ce que c'est agréable ou désagréable ? Est-ce qu'il a chaud ou froid ? Il dit alors qu'il est serré, que c'est agréable. Étayer sa pensée en le questionnant de façon simple, en reformulant semble l'aider à s'exprimer et à s'attarder sur ses ressentis.

Dans une autre séance, je propose à Abdel de deviner avec quoi je vais le masser. Cette fois-ci, je veux qu'il se concentre sur ses sensations, ses ressentis et non pas sur la localisation. Je lui demande de fermer les yeux, il est allongé sur le dos sur un tapis. Je choisis de prendre une balle à picots, en plastique. La balle est froide. Abdel connaît très bien cette balle et les sensations qui en découlent car nous l'utilisons souvent. Je commence par lui poser la balle sur son bras et sur le visage. Je fais des mouvements de va-et-vient. Je lui demande en même temps de me décrire ce qu'il ressent. Cela lui est difficile. Je lui propose alors différents mots mais il semble les utiliser de façon plaquée, sans signification. Pour lui, cela « gratte » mais « c'est doux ». Est-ce un problème dans la compréhension des mots ou l'expression de sa pensée en mots ? Je lui place ensuite la balle dans les mains, il peut me dire qu'il connaît cet objet mais est dans l'incapacité de me la décrire. Est-ce que ses difficultés liées au langage pourraient entraver ses capacités de représentations ?

3.1.4. Asponanéité du discours

Je vais chercher seule Abdel à l'école. Une fois que je l'ai récupéré, nous avons une petite dizaine de minutes en tête-à-tête dans la voiture avant d'arriver au SESSAD. C'est un moment privilégié propice à la discussion. Pour autant, dans ce temps, il y a très peu d'échanges verbaux entre nous. Abdel n'engage de lui-même jamais la conversation. J'essaye alors de lui poser des questions simples sur sa journée, sa famille... Il me répond par des réponses brèves, fermées. Il ne relance pas un sujet de conversation ou ne me retourne pas la question. N'a-t-il pas envie de discuter ? Lorsque j'organise ma question de sorte qu'il me décrive plus en profondeur son activité du matin ou autre, il me répond avec son trouble articulatoire : « jfvfeveux pas te dire ». Est-ce qu'exprimer un discours construit est trop coûteux ? Est-ce plus simple pour lui de couper court à la conversation ?

En revanche, certaines fois, il accepte que je devine en lui faisant différentes propositions. Dans ces moments- là, c'est moi qui réfléchis à ce qu'il aurait pu faire, qui construis la phrase et qui la verbalise. Il ne lui reste plus qu'à choisir ou à me répondre oui ou non. De nouveau, l'étayage du langage oral semble facilitateur dans l'échange, lui permettant ici de se dégager de toute réflexion en lien avec l'expression du langage.

3.2. Exister par rapport à autrui

3.2.1. *Les limites*

Lors d'une partie de basket, où nous participons tous les trois, je vois qu'Abdel s'investit pleinement. Il est en mouvement perpétuel : il dribble, il tire, il récupère le ballon, il court dans la salle. À aucun moment il ne s'arrête pour reprendre sa respiration qui est courte et saccadée. Il transpire beaucoup, des gouttes de sueur lui coulent le long des tempes. Il n'hésite pas à aller au contact brusque avec nous, à nous coller voire s'appuyer sur nous.

Cette excitation débordante arrive une nouvelle fois lors de la partie de foot «ti pont». C'est sa manière à lui de dire « petit pont ». Le but est de faire passer le ballon entre les jambes des autres joueurs. Lors de la partie Abdel se donne à mille pour cent, il n'hésite pas à aller au contact. Il nous pousse avec des coups de hanches. Il est rouge et essoufflé. Il nous provoque verbalement pour qu'on vienne lui prendre le ballon entre les jambes.

Dans la mise en jeu corporelle, Abdel me donne l'impression de chercher ses limites corporelles autant que celles du cadre. Est-ce qu'Abdel cherche à ressentir son corps en éprouvant de fortes sensations corporelles ?

3.2.2. *Être le premier*

Lors de nos premières séances, Abdel, compte les points pour le moindre jeu et s'arrange pour être le premier. Il ramène toujours la compétitivité dans la séance. Il répète qu'il va gagner, qu'il a gagné, qu'il est le premier. Je me questionne sur cette nécessité à se mettre en avant. Cherche-t-il à attirer notre attention ? A-t-il besoin d'être valorisé ?

Lors d'un tournoi de foot « ti pont » en séance, Abdel perd une des trois manches. À mon grand étonnement, sur le moment, il ne réagit pas. Il va tranquillement s'asseoir pour nous laisser terminer la partie avec Aurélie. Il nous observe, nous encourage. Une fois cette dernière terminée, nous comptons les points en additionnant les trois manches. Aurélie gagne le tournoi, Abdel est deuxième et je termine dernière. À l'annonce des scores, Abdel a un mouvement de recul. Il s'écrie : « vous avez triché, j'ai pas perdu ». Il commence à s'agiter dans l'espace, il a les sourcils froncés, il crie de façon répétitive que l'on a triché. Je suis désemparée face à ce retournement soudain de situation. Cela a l'air insupportable pour lui de ne pas gagner. A-t-il mal compris et cru qu'il avait perdu ? Ou est-ce que pour lui, ne pas être premier c'est obligatoirement perdre ?

3.2.3. *Cache-cache*

Lors d'une séance, alors que nous arrivons au SESSAD, je fais une halte par l'accueil afin de déposer les papiers du véhicule. Abdel monte seul à la salle de psychomotricité pour rejoindre Aurélie. Lorsque j'arrive quelques minutes plus tard, je vois seulement Aurélie, mais la porte de la salle est presque fermée, comme si quelqu'un était caché derrière... Je fais semblant de ne pas remarquer et je demande à ma maître de stage où est Abdel. Elle me répond qu'elle ne l'a pas vu tout en me faisant un clin d'œil. Je me mets alors à l'appeler dans le couloir et le cherche dans la salle. Je n'entends aucun bruit en revanche, je sens ses yeux qui m'observent depuis sa cachette. Quand je le trouve, un grand sourire apparaît sur son visage, ses yeux pétillent.

Cette séquence de cache-cache se répète très régulièrement, en début de séance. Abdel s'amuse à se cacher et attend qu'on vienne le chercher. Si nous ne lui demandons pas d'arrêter et de nous rejoindre au bureau, il pourrait continuer inlassablement ce jeu. Ce comportement renforce mon impression d'un côté enfantin et régressif chez Abdel car ce sont des jeux que l'on retrouve chez les tout-petits. Ce jeu traduirait-il un fonctionnement psychique archaïque ?

Lors d'une nouvelle séance, Abdel me demande de faire une blague à Aurélie en lui faisant croire que je ne l'ai pas trouvé à l'école et que je suis revenue sans lui. Or, cette situation est improbable puisque l'école ou sa maman nous aurait prévenues de son absence. A-t-il conscience que c'est une situation qui ne peut se passer en réalité ? Je rentre dans son jeu mais je décide d'effectuer une variante comparée à d'habitude. Je monte les escaliers en direction de la salle de psychomotricité, Abdel me suit, il reste derrière moi et longe les murs. Une fois dans la salle, je laisse la porte grande ouverte et j'explique à Aurélie que je n'ai pas trouvé Abdel à l'école... Cependant, je lui suggère de commencer la séance sans lui.

À ce moment-là, j'aurais aimé voir la réaction d'Abdel qui est caché derrière le mur de la salle. Nous discutons quelques minutes avec ma maître de stage de nos envies pour la séance. En parallèle, dans mon regard périphérique je vois Abdel passer sa tête à travers l'encadrement de la porte. Mon regard dévie instinctivement vers lui. Il nous observe presque stupéfait, il ne parle pas, aucun mouvement n'est amorcé pour entrer dans la salle. Nos regards se croisent, son air penaud me touche à cet instant. Je m'adresse alors à Aurélie en lui indiquant que je crois apercevoir quelqu'un à la porte. Le regard de cette dernière se pose sur lui. Elle surjoue le fait qu'elle est contente de le retrouver. Elle nous lance ensuite à

Abdel et moi un regard complice et nous dit : « Vous m’avez fait une blague ». Abdel ne réagit pas, il reste figé comme sidéré par le fait qu’on ne l’a pas pris en compte. Qu’est-ce que cela a pu lui faire vivre ? La séance a pu commencer une fois qu’Aurélie s’est approchée de lui, lui a touché l’épaule et demandé de retirer son manteau. Ce contact semble l’avoir fait revenir dans la réalité. Ce début de séance, n’a pas eu de conséquences visibles sur le reste du soin que ce soit ce jour-là ou sur les semaines suivantes. En effet, dès la séance d’après il m’a de nouveau demandé de faire une blague à Aurélie.

3.3. Exister à travers ses sensations

3.3.1. *Les vibrations*

Alors qu’Aurélie positionne les tapis au centre de la pièce pour un temps de détente, je tends à Abdel une caisse où se trouvent des balles à picots et des objets vibrants (main électrique vibrante de massage). Je lui demande de choisir ce avec quoi il aurait envie de se masser. Il saisit alors les deux mains vibrantes puis va s’allonger sur le dos. Il les allume, ces dernières se mettent à vibrer. Il a un objet vibrant dans chaque main. Abdel les regarde intensément quelques minutes puis les pose au niveau de son torse. Il les bouge jusqu’à arriver sur ses clavicules.

Là, il soupire d’aise. Il descend ensuite les objets sur son ventre et ses jambes. Au bout de quelques minutes, il pose un des objets sur le tapis et secoue sa main. Il la regarde fixement comme éberlué. A-t-il une sensation désagréable ? A-t-il besoin de faire bouger sa main pour vérifier qu’elle existe ? Les vibrations produites par les mains vibrantes peuvent donner la sensation d’un léger engourdissement. Il me regarde ensuite et me dit que cela lui fait tout bizarre, il reprend tout de même l’objet et le pose de nouveau sur ses clavicules. Au bout de quelques minutes, il me dit que cela commence à le gratter. Je lui propose alors de changer de parties du corps si cela devient trop désagréable. Il ne le fait pas. Il semble obnubilé par ce que lui procurent les objets.

Dans un second temps, je lui propose que ce soit moi qui le masse avec les objets sur l’ensemble du corps. Il accepte et reste sur le dos. Dès que je commence, il ferme les yeux et ne gigote plus. Sa respiration se ralentit et devient plus profonde. Aurélie me fait signe ensuite de lui faire doucement sur la tête. Il souffle de plaisir et s’en mord les lèvres. Je suis surprise face à ces manifestations de plaisirs corporels. Ayant déjà expérimenté la main vibrante sur la tête, je trouve que c’est une sensation désagréable. Cela vient faire résonance avec tous les os du crâne. En tout cas pour Abdel cette sensation semble l’apaiser et lui

donner du plaisir. Est-ce que les sensations fortes perçues à ce moment-là lui permettent de sentir son corps autrement que dans l'action ? Est-ce que cela participe à son apaisement ?

3.3.2. *L'enveloppement*

Avec Aurélie, nous décidons sur plusieurs séances d'effectuer des activités autour de l'enveloppement et des bercements. Nous espérons ainsi pouvoir permettre à Abdel de se recentrer sur son corps et de lui en faire éprouver ses limites.

Je décide de dire à Abdel que l'activité que j'ai choisie est une activité surprise. J'espère ainsi attiser sa curiosité et favoriser l'émergence de questions de sa part. Alors que nous installons les différents éléments, il nous regarde fixement. Il ne bouge pas, ne dit rien. Je le sens dubitatif. Nous disposons un matelas au centre de la pièce, sur lequel nous venons étaler un hamac. Sur le hamac, nous posons une couverture. À un moment donné, Abdel écarquille les yeux et nous dit : « Vous n'allez pas faire ce que je crois ? ». Nous essayons de lui demander ce qu'il pense mais il ne nous dit rien. Est-ce qu'il n'arrive pas à trouver les mots pour expliquer ? Nous lui demandons ensuite de s'allonger sur la couverture. Il se met à plat ventre, bras recroquevillés au niveau de la poitrine, je le sens tendu. Une fois allongé, il nous demande si on va lui couvrir la tête. Est-ce angoissant pour lui ? Nous le rassurons sur ce questionnement.

Je lui demande alors de se retourner afin qu'il soit allongé sur le dos. Il accepte, il place dans un premier temps ses bras sur sa poitrine puis lorsque je lui demande s'il veut les positionner à un autre endroit, il les place le long du corps mais finalement les remet sur sa poitrine. Nous le bordons dans la couverture. Je lui demande alors comment il se sent, il ne peut me répondre. Il ne semble pas apeuré, les traits de son visage sont détendus, il est concentré sur nos mouvements. Avec Aurélie, nous saisissons chacune une extrémité du hamac et nous soulevons Abdel de quelques centimètres au-dessus du matelas. De sorte qu'il puisse se sentir porté et enveloppé. Lorsque nous soulevons le hamac, Abdel ferme directement les yeux et entrouvre la bouche. Est-ce une réaction de peur ? Puis toutes les tensions de son visage se relâchent. Au fur et à mesure, il se détend, jusqu'à devenir complètement hypotonique. Il devient de plus en plus lourd à porter.

Une fois l'activité terminée, il lui faudra de longues minutes pour revenir dans la réalité de la séance. En effet allongé sur le tapis, les yeux fermés, Abdel ne réagit pas à nos multiples sollicitations, il ne semble ne pas nous entendre. Nous l'appelons par son prénom, nous le frictionnons, nous enlevons la couverture. Se sentir contenu et enveloppé semble lui

avoir permis de se relâcher complètement voire de s'abandonner. Est-ce un relâchement total lié à une détente profonde ? Au bout de quelques minutes, il rouvre les yeux et s'assoit. Il nous regarde, le visage calme. Je lui demande comment il se sent. Il ne dit rien. Est-ce qu'il n'a pas les mots de vocabulaire pour me répondre ? J'essaie de lui prêter des mots : chaud, froid, serré, agréable, désagréable... Il me regarde fixement et me dit : « j'sais pas ». Est-ce qu'il ne sait pas mettre des mots sur ce qu'il ressent ou est-ce qu'il n'en a pas conscience ?

3.3.3. *La vitesse*

La semaine suivante, à peine arrivé dans la salle de psychomotricité, Abdel s'agite et me demande si nous allons refaire la surprise. Au vu de son enthousiasme, je décide de réaliser le même enveloppement dans la couverture et le hamac. J'installe le matériel et demande à Abdel de s'allonger dans la couverture. Juste avant que je ne lui couvre les mains, Abdel me regarde et me demande en effectuant un geste de balancier avec ses mains si nous allons faire ça. Je lui demande si ça veut dire se balancer de droite à gauche dans le hamac. Il acquiesce et me fait un grand sourire. Est-ce qu'il n'a pas trouvé les mots pour le dire et a donc utilisé les gestes pour s'exprimer ? Nous commençons à le balancer tout doucement avec Aurélie. Cependant, il nous demande que cela aille "plus vite, encore plus, encore encore plus vite". Je vois juste sa tête sortir du tissu de la couverture et du hamac, il a les yeux qui pétillent et un grand sourire aux lèvres. Il semble prendre du plaisir. Est-ce la vitesse du balancement qui lui procure du plaisir ? Est-il en recherche de sensations vestibulaires ? Il nous demande de recommencer.

3.3.4. *La chute*

Dans la même séance, à la suite de ce balancement Abdel demande que nous balançons le hamac d'un côté et de l'autre et qu'au bout d'un décompte nous lâchions le hamac afin qu'il tombe sur le tapis. Par cette suggestion, il semble de nouveau en recherche de sensations. Est-ce pour mieux apprécier son corps ? Je reste perplexe face à sa demande, je reformule plusieurs fois afin d'être sûre d'avoir bien compris. Il acquiesce et me dit qu'il a envie d'essayer. Nous saisissons alors chacune une extrémité du hamac avec Aurélie et soulevons Abdel d'une trentaine de centimètres au-dessus du tapis. Nous effectuons quelques balancements, Abdel compte jusqu'à trois et nous le lâchons. Il n'a pas de réaction particulière pendant ou après la chute. Il a les yeux grands ouverts, il ne crie pas. Un léger sourire apparaît sur ses lèvres. Il semble apprécier mais n'en verbalise rien.

3.3.5. *La pression*

Lors d'une autre séance, je décide d'effectuer une variante de l'enveloppement. Dans un premier temps, je borde Abdel dans la couverture comme à notre d'habitude. Puis, je lui propose cette fois-ci de passer le gros ballon sur l'ensemble de son corps. Il me regarde dubitatif mais accepte. Je lui passe une première fois le ballon en partant des pieds jusqu'au torse. Je lui demande ce qu'il a ressenti, sa réponse est : « je sais pas te dire ». En revanche, il veut que je recommence et que je passe le gros ballon sur sa tête. Je suis surprise. Je lui fais répéter pour être bien sûre. Il me répète la même chose. Je lui passe alors le ballon sur l'ensemble du corps en terminant par la tête.

À ce moment, il ferme les yeux. Il les gardera fermer pendant vingt minutes alors même que j'ai arrêté le mouvement du ballon. Il est complètement relâché. Je me demande s'il s'est endormi ou s'il fait semblant. Nous essayons alors de le réveiller, en lui enlevant progressivement la couverture. Puis voyant qu'il ne se réveille pas nous montons crescendo dans les stimulations : paroles, chatouilles, frictions. Il semble imperturbable, pour autant certaines de ses manifestations corporelles le trahissent. En effet, ses paupières sont crispées, elles tremblent comme lorsque l'on se force à garder les yeux fermés. Est-ce qu'il cherche par son comportement à prolonger ce moment qui semble lui avoir fait du bien ? Après de nombreuses verbalisations de notre part lui signifiant la fin de la séance, il ouvre d'un seul coup les yeux et part s'installer au bureau. Que signifie ce brusque changement d'état attentionnel et tonique ?

Au travers de ces différents extraits cliniques, j'espère vous avoir transmis une visualisation assez claire de la prise en charge d'Abdel ainsi que l'origine de mes questionnements. En effet, un flot de questions m'a assailli dès notre rencontre. Je me suis questionnée sur le lien entre sensation et perception ainsi que sur le cheminement vers la représentation. Je me suis interrogée sur la place du langage et des représentations dans le phénomène de conscience du corps et de ses ressentis. C'est à partir de là que s'est construit mon questionnement général suivant :

Dans quelle mesure, le soin psychomoteur peut-il permettre, à un patient dysphasique et entravé dans ses représentations corporelles, une meilleure conscience de son corps et de soi ?

Je tenterai dans la partie suivante d'apporter des pistes de réflexion à ce questionnement.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Le sentiment d'avoir un corps à soi- un corps qui appartient à celui qui l'habite, dont il en est le propriétaire, heureux ou malheureux, un corps porteur d'une identité propre, dont il a la jouissance et le contrôle - est loin d'être un sentiment inné (Potel, 2010, p. 75).

1. À la recherche d'un soi corporel

1.1. Une genèse des représentations entravée

La dysphasie d'Abdel et ses difficultés de représentations corporelles sont-elles deux problématiques séparées ou pouvons-nous les mettre en lien ? Je m'attellerai à développer ceci dans la partie suivante.

Le corps du bébé à sa naissance est impacté par de nombreux stimuli qu'il ne sera pas en mesure de traiter due à la non-construction de sa psyché. Dans un premier temps, c'est la mère au travers des interactions précoces (*handling, holding*, rôle miroir de la mère) qui va servir d'échafaudage à la vie psychique de l'enfant en répondant immédiatement à ses besoins. Cela correspond à la symbolisation primaire. J'entends par symbolisation primaire le fait que les différentes manifestations sensorielles qu'éprouve le bébé vont se métaboliser sous une première forme de représentation tout ceci grâce à l'échafaudage de l'environnement.

« Sur une base affectivo-sensorimotrice « toujours en train de se développer », un processus de *mise en équivalence des impressions corporelles avec des figurations dans le monde physique et humain* environnant produit de la symbolisation primaire. » (Latour, 2021, p. 70). En effet, la maman par ses paroles et sa présence, donne du sens aux manifestations physiologiques de son enfant. Cela permet à ce dernier d'établir petit à petit des correspondances entre ses ressentis et ce que la mère lui renvoie. Cela correspond aux prémices de la construction de sa psyché et de ses représentations.

Puis, l'enfant va grandir. Petit à petit, la mère va mettre de l'écart et de l'attente à ses besoins. Ce dernier va alors éprouver son corps seul mais avec une présence maternelle

soutenante à ses côtés si nécessaire. À cette étape, pour Abdel, il semble déjà y avoir une possible entrave.

D'une part, du fait de sa dysphasie, la compréhension linguistique des propos de son environnement a pu être entravée dès son plus jeune âge, l'empêchant ainsi d'établir certaines concordances entre ses ressentis et la symbolisation apportée par sa mère. D'autre part, encore aujourd'hui la relation qu'il a avec sa maman est très fusionnelle, très collée. L'éducatrice référente d'Abdel m'a notamment rapporté que lorsqu'elle ramenait Abdel au domicile, la maman de ce dernier les attendait en bas avec un biberon d'eau. Elle incitait ensuite Abdel à boire, sans que celui-ci n'en manifeste le besoin ou l'envie. Ainsi, Abdel au cours de son développement n'a peut-être pas eu le temps de s'approprier son corps seul aux cours d'expérimentations. Étant donné que c'était un petit garçon qui ne bougeait pas beaucoup, qui n'était pas curieux, il n'a pas beaucoup exploré par lui-même.

Les expériences fondamentales - qui s'enracinent dans les expériences du corps en relation à l'autre et à son environnement - vont constituer un socle identitaire primaire, cette base narcissique solide, qui permettra d'accéder à des processus cognitifs qui engagent la pensée, la réflexion, ces mécanismes de symbolisation plus secondarisés (Potel, 2010, p. 85).

La symbolisation secondaire va suivre la symbolisation primaire. Elle correspond pour moi au passage des représentations abstraites inconscientes en représentations en mots, conscientes. C'est-à-dire qu'avec l'avènement de la pensée, du langage, l'enfant va pouvoir faire des analogies entre ses représentations primaires et les mots sans que l'autre, l'environnement, fasse tiers. La pensée et le langage lui serviront d'étayage, de traducteur dans le processus de représentations. Cela participera en plus au phénomène de perception de soi : « L'activité de pensée consolide enfin les assises narcissiques du sujet dans la mesure où le fait de se sentir penser concourt à l'instauration d'une certaine continuité du sentiment d'exister » (Golse, 2015, p. 248).

Or, dans le cas d'Abdel avec sa dysphasie, la pensée tout comme le langage le met en difficulté, le restreignant ainsi dans son développement psychique et donc à l'accès à la symbolisation secondaire. « c'est surtout le défaut de mentalisation et de représentations - qui ne trouvent pas le chemin des processus de symbolisation secondarisée - qui fait barrage à l'autonomie psychique » (Potel, 2010, p. 86). Nous pouvons donc aisément imaginer

qu'Abdel soit en mal de représentations corporelles et qu'il ait recours à différentes expérimentations pour y pallier.

1.2. Éprouver sa sensorialité

1.2.1. Par des sensations vestibulaires et proprioceptives

Comme évoqué dans la partie clinique, Abdel essaye notamment de se stimuler à travers des sensations vestibulaires et proprioceptives. Lorsqu'il nous demande à Aurélie et à moi d'effectuer un mouvement de balancier plus rapide, cela vient stimuler son système vestibulaire.

Le système vestibulaire est composé de cinq récepteurs, situés dans l'oreille interne, qui vont capter les différents mouvements du corps et de la tête dans l'espace. Il joue un rôle dans le maintien de l'équilibre en générant des réponses motrices permettant la stabilisation du regard, de la tête et de la posture. Il joue aussi un rôle essentiel dans le schéma corporel en permettant de se représenter les mouvements du corps dans l'espace. Ce système fonctionne en parallèle du système proprioceptif. (Sansous et al., 2022)

Les récepteurs proprioceptifs sont situés dans nos muscles, nos ligaments, nos tendons, nos articulations. Ils vont être stimulés lorsqu'un muscle est étiré ou si une pression profonde est exercée. Le système proprioceptif autrement appelé proprioception permet de connaître la position de notre corps dans l'espace sans le regarder. C'est la capacité à sentir son propre corps : savoir sans regarder si notre bras est tendu ou plié, si notre tête est penchée ou non. (Sansous et al., 2022)

Ainsi lorsqu'Abdel nous demande de le balancer puis de le laisser tomber sur le tapis, les capteurs proprioceptifs vont alors s'activer à la suite de l'impact et de la pression exercée. Le cerveau va traiter l'information et lui donner une représentation de son corps dans l'espace. Il en est de même lorsque je lui passe le gros ballon avec une pression assez soutenue sur l'ensemble de son corps.

Par ses expérimentations, Abdel cherche à éprouver et à sentir son corps, il stimule sa sensorialité et construit son schéma corporel. Ces expériences lui permettent également d'éprouver l'intériorité de son corps, sa continuité d'existence étayant ainsi ses représentations corporelles : « La proprioception nourrit la notion de conscience du sujet,

d'intériorité et ancre le sentiment d'exister ; la certitude que nous avons un corps, la certitude de son existence » (Damasio cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2011, p. 163).

1.2.2. Par l'intensité

Comme décrit en clinique, lors des jeux de foot ou de basket Abdel pousse son corps au maximum. Au niveau physiologique, on observe des manifestations telles qu'un essoufflement massif, le rouge aux joues, une sudation excessive qui témoignent de l'ampleur de son implication corporelle.

Dans son livre, Pireyre, explique qu'avec certains patients nous pouvons avoir l'impression qu'ils présentent une absence de sensibilité à la douleur, au chaud, au froid mais dans la réalité c'est souvent l'inverse : « C'est l'intensité de la sensation qui est recherchée pour entretenir une image défaillante de la continuité de vie. Plutôt avoir mal que se sentir inexistant ou en voie d'annihilation. » (Pireyre, 2021, p. 174).

Ainsi Abdel, par son investissement corporel massif, témoignerait d'une recherche de perception du corps. Au quotidien, c'est l'intensité des stimulations qu'elles soient internes ou externes qui lui permettraient de sentir son corps et d'en prendre conscience. Ce besoin d'intensité a aussi été présent pour Abdel dans sa recherche de résonance osseuse.

1.2.3. Par la résonance

Lorsqu'on applique une forte vibration sur un os, il va se passer un phénomène de résonance osseuse c'est-à-dire que la personne va ressentir une vibration dans l'ensemble de sa charpente osseuse. Ainsi, lorsqu'Abdel applique des vibrations intenses sur ses os, il peut percevoir sa solidité interne, il trouve le dur, le solide en lui. Il peut ainsi avoir la sensation d'un corps unifié dû aux vibrations qui se propagent dans l'ensemble de son corps.

Du fait qu'Abdel n'ait pas totalement intégré son schéma corporel, il va tenter de percevoir son corps de façon physiologique via différentes expérimentations sensorielles comme évoqué ci-dessus. Mais, la conscience de son corps et surtout de soi se construit à partir d'un corps en relation, entre sensations et interactions. Le soin psychomoteur permet de favoriser cette conscience à travers les différentes expérimentations proposées.

2. La mise en sens du psychomotricien

Tout au long du suivi, nous avons mis des choses en place afin d'étayer Abdel dans ses expérimentations et son cheminement vers une attention portée au corps. C'est dans cette optique que nous avons pensé le soin avec Aurélie.

2.1. Par le cadre

Cela a commencé par la mise en place d'un cadre thérapeutique sécurisant et contenant. L'ensemble du cadre qui régissait l'année dernière les séances a évolué. Les personnes participant au soin d'Abdel ont changé puisque je suis arrivée dans le suivi. Le lieu des séances a lui aussi changé, entraînant un changement de repères par rapport à la salle qu'il connaissait, au matériel utilisé. Ces bouleversements n'ont pas été sans conséquence pour Abdel qui a montré lors des premières séances comment ceci l'impactaient. Cela se manifestait chez lui par un refus de quitter la séance et de retourner à l'école.

Lors de notre deuxième séance, alors que nous effectuons la dernière activité, moment de détente, Abdel me demande combien de temps il reste avant la fin. Je suis assise à côté de lui sur le tapis. Aurélie, elle est à son bureau et nous observe de loin. Je lui réponds cinq minutes, il acquiesce. Une fois les cinq minutes écoulées, Aurélie se rapproche de nous. Je demande à Abdel de me passer les objets vibrants qu'il tient dans les mains pour que je les range. Il m'en donne un, mais garde l'autre sur son corps. De là, Abdel se met à faire semblant de dormir.

Nous rentrons alors dans son jeu en lui laissant le temps de se réveiller tout en nous préparant à partir. Nous verbalisons le fait que nous allons nous en aller car nous avons d'autres enfants à récupérer. Nous mettons nos manteaux, nos chaussures, Aurélie prend son sac. Toujours aucun mouvement de la part d'Abdel. Finalement, je fais du bruit avec mes clefs et j'ouvre la porte de la salle. À ce moment-là, Aurélie observe du mouvement sur le tapis et Abdel a les yeux ouverts. Elle dit alors tout fort : « c'est bon Abdel est réveillé ». Nous nous rapprochons alors de lui et lui disons qu'il est l'heure d'y aller. Là, allongé sur le ventre en étoile de mer, Abdel agrippe avec ses mains les deux extrémités du tapis et nous dit qu'il veut faire de « la trampoline ».

Aurélie lui explique que ce n'est pas possible, que c'est la fin de la séance. Il insiste. Elle lui répète que ce n'est pas ce qui était convenu au départ mais que nous

pourrons en faire la semaine suivante. Lui, répète de nombreuses fois qu'il veut faire de « la trampoline », rien ne le fait décoller du tapis. J'essaye d'amener une touche d'humour à la situation en lui disant que si cela continue, je vais le chatouiller et venir lui tirer les jambes pour le faire sortir. Ma tentative ne mène à rien. Aurélie lui explique qu'elle va maintenant utiliser un ton plus ferme car ce n'est pas lui qui commande et qu'il est l'heure de partir.

Abdel se lève et commence à s'agiter dans la salle. Aurélie essaye de l'attraper afin d'essayer de le contenir mais cela à l'effet inverse. La voix d'Abdel devient plus grave, il se met à se débattre ou du moins à tourner les bras dans différents sens de sorte à rendre difficile la prise d'Aurélie. Il dit : « je fais ce que je veux ». Il refuse de nous suivre. Je suis à ce moment-là en retrait ne sachant pas comment intervenir. Aurélie arrive avec difficulté à le faire sortir par la force de la salle. Je referme la porte derrière elle. Là, il s'affale sur le sol dans le couloir. Le directeur du SESSAD surpris par le bruit nous rejoint. Il s'accroupit pour être à sa hauteur, il essaye de parler avec lui mais rien ne le décide à partir. Cela fait déjà trente minutes que nous essayons de partir. Finalement, c'est une éducatrice avec qui il a déjà effectué des sorties qui réussit à le convaincre.

Cette séquence s'est déroulée plusieurs fois lors des premières séances du suivi. Il a donc fallu reprendre, se réinterroger sur le cadre.

Potel (2010), décrit les différentes conditions nécessaires à l'élaboration d'un cadre thérapeutique sécurisé. Selon elle, pour qu'un cadre soit thérapeutique et contenant il faut : un lieu propice aux expérimentations, du matériel qui va soutenir ces expérimentations, un cadre temporel régulier, un encadrement stable et un fonctionnement institutionnel cohérent. Dans cette optique, nous avons donc effectué une réunion clinique au sein de l'institution pour discuter de cette situation.

À la suite de cette réunion, les directives institutionnelles face à cette situation ont été claires et présentées à l'ensemble des professionnels. Si cela se reproduisait le directeur du SESSAD devait être alerté tout comme l'éducatrice référente de l'enfant afin de pouvoir poser des mots dans un second temps.

En psychomotricité, nous avons aussi pensé à des aménagements de la séance. Tout d'abord écrire au tableau le déroulé des séances de façon claire et numérotée avec en dernière étape le retour à l'école. En effet, comme expliqué en théorie, les enfants porteurs de dysphasie peuvent présenter des troubles dans la compréhension du langage. Ainsi utiliser

un support visuel peut être étayant dans la compréhension des différentes étapes de la séance et diminuer une incompréhension potentielle.

Ensuite, nous avons pensé à signifier à Abdel de prendre le temps de choisir une activité qui lui plaise afin qu'il ne choisisse pas dans la précipitation.

Enfin, selon nous, il était essentiel de lui rappeler qu'en psychomotricité comme dans tous les espaces au SESSAD, nous serions présentes la semaine suivante pour l'accueillir : « Ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. » (Cicone cité par Veesser, 2015, p. 139). À la suite de cette remise en question et mise en forme auprès d'Abdel les séances suivantes ont pu se dérouler dans le calme.

2.2. Par la relaxation

Il était primordial pour moi, dans le soin d'Abdel de commencer le suivi en lui faisant réexpérimenter le portage. Comme décrit plus haut, *le holding* est l'un des composants à la mise en place d'un sentiment continu d'exister, lui-même soubassement à l'élaboration des représentations corporelles. Il me paraissait donc essentiel qu'il puisse se sentir porté tant physiquement que psychiquement.

J'ai donc proposé un temps de relaxation où Abdel était enveloppé dans une couverture, il était ensuite bercé physiquement par Aurélie et moi et contenu par nos paroles et notre regard. « Quand on propose une relaxation, on fait l'hypothèse d'une reprise des processus premiers de la construction du sujet, c'est-à-dire, réenclencher par des expériences sensorielles fondatrices un mouvement de construction, arrêté ou mis en échec. » (Potel & Joly, 2020, p. 138).

J'entends par le mot relaxation le fait de diminuer la motricité, abaisser le tonus pour permettre une détente physique et une attention particulière à son corps et à ses sensations. Ainsi une certaine prise de conscience de son corps et de soi est possible. Dans cette optique, j'aurais pu utiliser une relaxation à induction verbale. Cependant, Abdel avec sa dysphasie présente un trouble dans la compréhension du langage. Effectuer une relaxation uniquement sur la base de la parole n'aurait pas été approprié, ni pertinent. J'ai donc choisi pour lui une relaxation avec des étayages sensoriels.

J'ai renforcé ma verbalisation par des massages, des pressions profondes lui permettant de percevoir son corps via différents canaux sensoriels : l'ouïe, le tactile, la vue,

la proprioception. En se plaçant sur plusieurs sens à la fois, j’offrais à Abdel une multitude d’informations dans une même temporalité, favorisant l’analogie entre sensation et perception.

En tant que professionnel, il est primordial de nous adapter aux besoins et aux difficultés de notre patient pour atteindre les objectifs de soin. En psychomotricité, le médiateur que nous avons est d’utiliser notre propre corps et appareil à penser pour aider le patient en mal de représentations. Ainsi, nous allons nous appuyer sur nos propres ressentis pour étayer la symbolisation du patient. « Le passage entre sensation et représentation est toujours difficile à transmettre, et le thérapeute est là pour l’aider, soutenir ce processus de symbolisation » (Potel & Joly, 2020, p. 153).

2.3. Par sa fonction alpha

Ainsi, comme la mère, le psychomotricien va utiliser sa fonction alpha pour aider son patient dans la compréhension et l’intégration de ses éprouvés. Dans son article, Bronstein (2012) reprend la théorie de Bion sur la fonction alpha de la mère dans les interactions avec le nourrisson.

Selon cette théorie, le bébé va projeter sur sa mère des éléments bêta, éléments bruts, que cette dernière va devoir symboliser et transformer afin qu’ils deviennent des éléments alpha, compréhensibles et intégrables pour son psychisme.

En séance, c’est à Aurélie et moi, de donner du sens aux comportements d’Abdel et de lui retranscrire ce que nous en comprenons afin de l’aider dans sa propre compréhension. Ainsi, dans une partie de jeux de société où il est en train de perdre, Abdel commence à s’agiter, il tape du pied, il se crispe, il fronce les sourcils. Je lui demande si tout va bien, il me répond par un hochement de tête affirmatif. Je lui explique alors que j’ai l’impression que ce n’est pas le cas, qu’il semble en colère. Je lui décris les différents signes que j’observe chez lui, je les réalise moi-même afin qu’il puisse s’en rendre compte de manière visuelle et ainsi mieux les assimiler.

Il en est de même quand Abdel se donne beaucoup voire trop physiquement dans les mises en jeu corporelles. Nous lui faisons remarquer verbalement son fort investissement et l’invitons aussi à toucher, entendre son cœur battre fort dans sa poitrine. Nous tentons

d'apporter du signifiant à un comportement que nous observons. Nous lui demandons aussi qu'il aille s'essuyer son front luisant de sueur pour qu'il constate que ce dernier est mouillé.

Dans les cas où le langage dysfonctionne, utiliser différentes modalités sensorielles permet de soutenir la construction des représentations corporelles.

Pour pouvoir utiliser son propre corps et appareil à penser au service du patient, il faut de prime abord voir et comprendre ce dont ce dernier a besoin. En psychomotricité, cela passe souvent par l'observation du langage non-verbal de notre patient comme cela a été le cas avec Abdel et bien d'autres patients au cours de mes différents stages. En effet, il n'y a pas que dans la dysphasie où le langage est entravé et où le corps est alors l'intermédiaire de la communication. J'illustrerai donc mes propos dans la partie suivante avec des vignettes cliniques de stages que j'ai précédemment effectués.

3. Du langage non-verbal à une conscience de son corps et de soi

Dans la clinique psychomotrice, la communication orale fait parfois défaut, le corps devient alors un véritable vecteur d'échange et un support de communication. Le psychomotricien, lui est là, pour accompagner le patient à prendre conscience de son corps et de lui-même au travers de ses ressentis afin de cheminer vers une meilleure conscience de soi.

3.1. Le regard vecteur de relation

Dans la prise en charge d'Abdel le regard a une place centrale. En effet, il est dans une recherche perpétuelle du regard de l'adulte, que ce soit lorsqu'il ne sait pas répondre à nos questions, lorsqu'il réalise une action ou lorsqu'il est en recherche d'approbation. Le regard de l'autre lui est essentiel, sans ce dernier il semble perdu. Il attend autant qu'il cherche ce regard, en témoigne les incessantes parties de cache-cache dans la salle.

Ce cache-cache est très archaïque au vu de l'âge d'Abdel. Pour lui, s'il ne nous voit pas cela veut dire qu'il est caché. Mais en réalité ses pieds dépassent de la porte, il n'est pas véritablement caché aux yeux extérieurs. Cependant, il n'en a pas conscience et cela témoigne des représentations primaires qu'il a de son corps. Cela fait écho à la citation évoquée en théorie : « Même si les enfants dysphasiques s'inscrivent dans des échanges de

qualité avec une réciprocité, l'absence de langage peut favoriser le maintien d'un fonctionnement psychique archaïque. » (Cohen et al., 2016, p. 300).

Pour Abdel, le plus important est le fait de se sentir cherché, le fait qu'on porte attention à lui. Cela rappelle et concorde le fait qu'il veuille être le premier. Lorsqu'on est premier on est généralement valorisé et mis en avant par ses pairs. Gagner, c'est exister, c'est avoir de l'importance aux yeux des autres.

Ainsi, au début du soin, c'est le regard de l'autre qui semble apporter à Abdel un sentiment continu d'exister. L'ancrage du regard dans l'échange adulte-enfant est pour lui un véritable filin de reconnaissance et d'identification.

De plus, l'image du corps se construit dans l'échange avec l'autre. Nous nous percevons d'abord au travers de l'image de nous-mêmes que nous renvoie notre mère puis plus largement ce que nous renvoie notre environnement au fil de notre développement.

Notre regard en tant que professionnel devra alors être attentionné et symbolisant pour Abdel afin de lui permettre de se sentir en sécurité. Grâce à ce soutien, il pourra se permettre de se laisser aller à ses sensations, ressentis se sentant contenu et pris en compte.

Par ailleurs, le regard extérieur n'est pas forcément tendre face à des personnes porteuses de troubles. Il sera alors essentiel que notre regard professionnel renvoie une possibilité de reconnaissance et d'identification.

Pour Ponton, psychomotricienne : « En donnant du sens à la posture et aux gestes et en dialoguant avec celui que l'on accompagne, notre alliance sensorielle lui évite de se sentir abject dans le regard que le monde lui porte. » (2012, p. 136-137). Il faut que le patient puisse se sentir reconnu et en sécurité au travers de notre regard pour qu'une relation émerge.

Cela prend tout son sens lorsque je repense à Mme F, que j'ai rencontrée dans mon second stage de troisième année que j'effectue en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) :

Mme F est une femme âgée de 80 ans présentant une démence sévère de la maladie d'Alzheimer. Elle ne communique plus verbalement et est très peu dans l'échange visuel avec autrui. J'ai commencé avec elle un suivi en salle snoezelen (salle multisensorielle).
--

Ce furent dans un premier temps des séances compliquées car Mme avait un regard vide qui ne laissait rien transparaître, son corps était désinvesti et ne traduisait rien de ses ressentis.

Puis au fur et à mesure des séances, j'ai eu l'impression qu'elle s'est sentie plus en sécurité en ma présence. Elle a pu commencer à me regarder, à laisser son regard exprimer des émotions. Par exemple, des larmes sont apparues lorsque je lui ai apporté des peluches à câliner. Elle a aussi pu fixer mon regard tandis que je lui massais le visage et effectuer un clignement des yeux pour me remercier.

Il aura fallu un long moment avant que la relation se mette en place avec Mme F. Mais prendre le temps de nous rencontrer, de nous comprendre, de nous observer nous aura mutuellement permis de nous connaître et de créer une relation. Voici ici une illustration de l'importance du regard dans la communication non-verbale ainsi que dans la prise en compte du corps et de ses ressentis.

3.2. Le tonus source de dialogue

Abdel présente un tonus particulier, variable. Mon rôle a alors été de percevoir son état tonique du moment, de s'ajuster à ce dernier tout comme le fait la mère dans les premiers mois de vie de son enfant avec le dialogue tonique.

Robert-Ouvray et Servant-Laval expliquent bien que le dialogue tonique qui se joue dans la relation est un vrai outil thérapeutique : « Le but de ce dialogue tonique comme outil thérapeutique sera de renouer un dialogue fructueux avec l'enfant, de relancer le processus intégratif et de l'amener progressivement à la symbolisation de ses ressentis. » (2011, p. 181).

En observant Abdel au travers de différentes activités, j'ai pu remarquer son hypertonie majeure que ce soit lors des parties de foot, de basket ou lors des parcours moteurs. Dans ces moments-là, il avait les épaules hautes, les poings serrés, la tête rentrée dans les épaules. Son hypertonie était aussi visible lors du jeu des postures où il devait reproduire la position qu'un modèle effectuait. Il était alors crispé, incapable de détendre les bras ou les jambes pour réaliser convenablement la position. Après avoir fait ce constat, je lui ai donc proposé des expériences de modulations toniques afin qu'il puisse lui-même percevoir et ressentir ses différents états de tension et de relâchement. C'est ainsi que m'est

venue l'idée du hamac et des bercements comme décrit en clinique. Ces moments ont permis à Abdel de ressentir son corps autrement que dans le mouvement, la tension. Il a pu complètement se relâcher et intérioriser sa continuité d'existence malgré un tonus moins élevé.

Ces activités de modulations toniques ont tenu une place essentielle dans l'ensemble de mes stages notamment dans celui que j'ai effectué en service hospitalier de rééducation neurologique adulte, lors de ma deuxième année de formation. Le dialogue tonique était souvent utilisé afin d'amener les patients à moduler leur recrutement tonique. Un des exercices consistait à mettre un ballon entre un professionnel et un patient, chacun le tenant de part et d'autre. Ensuite, chacun à leur tour professionnel et patient guidaient le mouvement du ballon. Ainsi, il y avait un guidant et un guidé.

Pour que cet exercice fonctionne, il faut que les deux partenaires soient à l'écoute de leur corps, du corps de l'autre afin de pouvoir réguler leur propre tonus. Une patiente que je nommerai Mme C s'est retrouvée en difficulté dans cet exercice :

Mme C a été hospitalisée en rééducation à la suite d'un traumatisme crânien dû à un accident sur la voie publique. Mme C présente depuis une hypertonie massive la restreignant dans sa mobilité et une aphasie (trouble du langage). C'est à ce-jour la troisième fois que je lui propose l'exercice de dialogue tonique avec le ballon.

Dans cet exercice, Mme C, est plus à l'aise dans le rôle de guide. Elle exerce toujours une forte pression sur le ballon, m'obligeant ainsi à moduler mon propre tonus pour suivre ses mouvements. Se laisser guider lui est plus difficile, elle garde le bras tendu, ne se relâche pas et est donc en difficulté pour suivre les mouvements que je propose. J'adapte alors mes gestes, en effectuant tout d'abord des mouvements de faible amplitude avant de les agrandir progressivement. J'ancre mon regard dans le sien afin qu'elle puisse y trouver un appui. Puis, au fur et à mesure de la séance, je vois ses épaules s'abaisser, sa respiration se synchroniser à la mienne. Nos mouvements deviennent alors plus fluides. Un dialogue et un accordage tonique semblent se mettre en place.

Ainsi, un dialogue non-verbal, corporel peut s'établir par l'intermédiaire du tonus. Cela permet au patient de ressentir son corps dans des états toniques divers, il vit des expérimentations différentes favorisant une certaine conscience de son corps et de soi-même.

Pour comprendre Abdel et attirer son attention sur son propre corps, je me suis dans un premier temps beaucoup appuyée sur sa communication non-verbale avec l'observation de son regard et de son tonus... Puis au fil du suivi, une certaine évolution est apparue me permettant de m'appuyer sur d'autres supports afin de faire évoluer le soin et sa conscience de lui-même.

3.3. La naissance d'une identité

3.3.1. *Des représentations corporelles...*

Début avril, j'ai proposé à Abdel le jeu du pantin afin de me rendre compte de l'évolution de ses représentations corporelles. Pour cette activité, j'ai demandé à Abdel de fermer les yeux. Lorsque ce dernier a eu les yeux fermés, je l'ai mobilisé afin de mettre l'ensemble de son corps dans une position spécifique. Je lui ai ensuite demandé de mémoriser cette posture, d'essayer de retenir le plus de détails sans ouvrir les yeux. Je lui ai laissé quelques secondes puis je l'ai repositionné bras le long du corps et jambes serrées. Je lui ai ensuite proposé qu'il rouvre les yeux et qu'il se mette dans la position qu'il avait mémorisée. Cela lui a demandé beaucoup de concentration. Il a notamment plissé les yeux et s'est mordu la lèvre inférieure. Pour reproduire la posture, il a décomposé les différentes parties du corps et fermé les yeux de temps à autre. Cependant, j'ai été surprise par sa capacité de mémorisation. Il n'a oublié aucune partie du corps et a été précis quant au positionnement des doigts, de la tête...

La répétition hebdomadaire d'activités autour de la prise de conscience du corps semble permettre à Abdel d'intégrer de meilleures représentations corporelles.

J'observe en parallèle une évolution dans sa verbalisation. Abdel au fur et à mesure du suivi a pu reprendre des mots que nous avons utilisés les semaines précédentes afin de décrire ses ressentis : « c'était bien », « j'étais serré », « j'avais chaud », « c'était agréable ». Puis spontanément, à la fin d'une expérimentation, il pourra nous dire quelques mots sur ses impressions, sans que nous ayons besoin de faire des propositions : « c'était confortable », « c'était bien ». Enfin vers les dernières séances vont apparaître des ressentis teintés d'émotions : « c'était cool », « c'était magnifique ». Abdel est davantage à l'écoute de ses sensations et une certaine subjectivité apparaît dans ses propos, la représentation de soi devient possible.

3.3.2. ...À l'identification des émotions...

Face à ses évolutions majeures par rapport au début du soin, j'ai choisi de rep proposer à Abdel une activité autour des émotions en séance :

Assis tous les trois autour du bureau, je propose à Abdel huit cartes différentes sur lesquelles se trouvent des photos d'enfants incarnant des émotions. Il y a la joie, la tristesse, la colère, la surprise, l'inquiétude, la peur, la sérénité, la fatigue.

Dans un premier temps, je demande à Abdel de me dire quelles émotions les enfants pourraient avoir ? Il regarde successivement les cartes et mon visage comme pour y déceler une réponse. Je l'encourage avec un sourire et une parole rassurante. Il me rapporte alors qu'un des enfants est content, qu'un autre pleure. Je lui demande de me préciser quelle émotion cela pourrait être : « Quand on pleure, cela veut dire qu'on est... ? ». Il peut me répondre triste. Une fois que l'ensemble des émotions ont été trouvées, je lui demande de trouver des situations pendant lesquelles il a pu ressentir les différentes émotions.

Là, il se lève de sa chaise, se place au centre de la pièce et commence à crier, taper dans un tapis, serrer les poings... Il se retourne ensuite vers nous et nous dit qu'il a fait la colère. Une fois remise de notre perplexité avec Aurélie nous sourions et rapportons à Abdel que c'était très ressemblant mais que cela ne correspond pas à la consigne que nous lui avons demandée. Je lui reprécise alors que j'aimerais qu'il me décrive à voix haute une situation dans laquelle il pourrait être en colère plutôt qu'il mime la colère.

Il lève les yeux au ciel comme pour réfléchir. Cela lui est plus difficile. Après un temps de réflexion, il pourra me dire qu'il serait fatigué s'il se couche tard, qu'on peut être triste si une femme et un homme se séparent. Dans l'ensemble, il imite, incarne plus les émotions qu'il décrit des situations.

Dans un premier temps, Abdel a été capable d'identifier les émotions exprimées par autrui via les photos. Puis, par le mime, Abdel a pu nous montrer qu'il avait intégré les différentes manifestations corporelles qu'engendrerait une émotion par exemple pour la colère : les cris, un recrutement tonique important.

Si l'on reprend les caractéristiques des émotions évoquées en théorie, c'est-à-dire le fait qu'elle prennent ancrage dans le corps, qu'elles sont vectrices de communication et

surtout qu'elles parlent de soi, qu'elles ont une valeur subjective, alors le développement de ces dernières participe au développement de la conscience de soi.

Cette séquence clinique témoigne qu'Abdel intègre progressivement les émotions. Il peut dorénavant mettre du sens derrière des manifestations physiques et caractéristiques universelles. Abdel est sur la voie de l'appropriation de ses propres émotions. Du chemin reste à parcourir mais une évolution a vu le jour.

3.3.3. *À l'affirmation de soi*

Il est plus facile d'observer objectivement le cheminement d'un enfant vers la conscience de son corps que vers la conscience de soi. La conscience de soi est subjective et s'exprime chez chacun d'une façon qui lui est propre. Pour autant, certaines étapes sont globalement communes à tous, comme l'apparition du NON dans le langage de l'enfant.

Le Nestour, pédopsychiatre explique à propos du NON : « Cette formule révèle l'affirmation de l'enfant [...] c'est l'énoncé de l'existence propre de l'enfant qui le prononce : il affirme qu'il existe, différencié de ses parents » (2017). Ainsi, le NON témoignerait d'une affirmation de soi en tant que sujet indépendant, d'un développement psychique moins primaire, d'une certaine autonomie psychique.

Lors des deux dernières séances qui ont précédé le rendu de ce mémoire, il a de nouveau été compliqué pour Abdel de quitter les séances. Je suis restée perplexe face à ce retournement soudain de situation. En effet, je pensais que le cadre de la séance avait été intégré par Abdel, car il n'y avait plus eu de soucis comme en début d'année. De plus, aucun changement au niveau du cadre n'avait eu lieu. Je me suis donc questionnée sur l'origine de ce refus de partir de la séance. C'est en me replongeant dans mes notes du début d'année que j'ai remarqué une différence entre les refus du début et ceux de fin d'année.

Lors des premières séances, Abdel manifestait son refus de partir par une agitation motrice majeure. Son opposition s'observait majoritairement par des comportements corporels. Il déambulait dans la salle de psychomotricité, il jetait des ballons, il criait. Il pouvait aussi s'allonger au sol, mettre la tête dans ses bras. Son comportement ne passait pas inaperçu. Il était plus facile à ce moment-là d'attirer l'attention sur lui de cette manière, de manifester sa pensée par le mouvement à défaut de le mettre en mots.

Or, les deux dernières fois, début mai, son refus de quitter la séance s’est manifesté davantage au niveau verbal. Il a repris à chaque fois comme excuse que nous n’avions pas eue le temps de finir l’activité ou qu’il voulait profiter plus. Il répondait NON à chacune de nos propositions pour tenter de trouver une solution. Par exemple, alors que nous avions effectué toutes les activités de la séance et qu’il était l’heure de partir, Abdel a saisi une flûte dans un placard et a commencé à y jouer. Aurélie lui a demandé de la reposer car il était l’heure de retourner à l’école. Abdel s’est assis sur le tapis : dos contre le mur, jambes tendues croisées devant lui, regard dirigé droit devant lui, il ne présentait pas d’agitation motrice. Il lui a alors répondu : « Non j’irai pas », il est ensuite revenu sur ses propos en voulant bien nous suivre s’il pouvait emmener la flûte. Aurélie et moi-même, trouvant que c’était un bon compromis ; avons accepté son idée. Mais finalement à la suite de notre réponse, Abdel a changé d’avis et nous a rétorqué qu’il voulait en jouer dans la salle, refusant ensuite toute proposition de dialogue.

Il nous semble que ce “non” est une manifestation d’indépendance, s’exprimant dans la déclaration suivante : “J’ai ma volonté propre, et même si c’est la même que la tienne, elle est différente parce que c’est la mienne ! Je fais ceci parce que c’est moi qui le désire, et je ne fais pas ce que toi tu désires” (Spitz cité par Le Nestour, 2017).

Ainsi, par l’opposition dans ses propos, Abdel nous montre qu’il est différent de nous. Il affirme, déploie sa position de sujet.

CONCLUSION

Dans sa rencontre avec ses patients, le psychomotricien va toujours avoir en tête la portée symbolique de ces expériences concrètes qui passent par le corps, un corps effecteur, qui s'éprouvent dans un corps sensible, et qui s'intériorisent et se métabolisent pour former des pensées (Potel, 2010, p. 85).

CONCLUSION

En débutant cette troisième et dernière année, je ne savais pas sur quoi j'écirai mon mémoire. La complexité et la richesse de notre métier me permettait d'aborder une telle pluralité de sujets que j'en étais perdue. Puis les stages ont débuté, la clinique a commencé et Abdel est arrivé.

Petit garçon au teint basané, Abdel me marque dès les premiers instants où je le rencontre. À ce moment-là, je ne saurais dire pourquoi. Nos chemins se croisent lors de mon stage en SESSAD. Ce jeune garçon énigmatique au premier abord est diagnostiqué multidys. Il est atteint notamment d'une dysphasie et d'un trouble de l'attention, trouble dont, par choix, dans ce mémoire, je n'ai rien évoqué.

Lorsque je rencontre Abdel, je remarque assez rapidement son trouble du langage ou plutôt le peu de langage qu'il utilise. Ne connaissant pas la dysphasie j'entame des recherches pour essayer de comprendre pourquoi ce petit garçon parle peu, pourquoi il semble un peu dans sa bulle. Le peu de paroles qu'il prononce renforce le côté enfantin que je perçois chez lui. Il me fait penser à un petit enfant fragile perdu dans son corps et dans son monde mais avec une énergie débordante, presque chaotique. Il alterne entre des moments où il semble éteint, perdu dans sa tête et des moments où il est à fond telle une pile électrique.

J'ai la chance en début de stage de pouvoir réaliser moi-même son bilan psychomoteur. Lors de ce bilan, je me rends compte que ses représentations corporelles sont pauvres, qu'il investit son corps de manière peu commune. Les cours sur le schéma corporel et l'image de corps résonnent alors en moi et je décide d'approfondir mes connaissances. Ce n'est pas une mince affaire, pléthore d'auteurs et de théorie parlent de ces sujets. Cependant certaines nomenclatures et liens théoriques me parlent plus que d'autres. J'en viens alors à me questionner sur ce que sont finalement les représentations corporelles ? Comment se forment-elles, par quels mécanismes ? Est-ce que le langage intervient et si oui comment la dysphasie pourrait entraver ce processus ? Quelles sont les conséquences si les représentations sont non-intégrées ?

Une fois ces questions élaborées, vient le moment d'y répondre, d'essayer d'apporter une réflexion et de comprendre quel est notre rôle en tant que psychomotricien dans ce processus. Un accompagnement autour de la conscience de son corps et de soi revient alors

souvent dans mes recherches. Je décide d'approfondir le sujet et je viens à me poser la question : Dans quelle mesure, le soin psychomoteur peut-il permettre, à un patient dysphasique et entravé dans ses représentations corporelles, une meilleure conscience du corps et de soi ?

Je me suis alors attelée dans ce mémoire à tenter d'apporter une réponse à ce questionnement général. Par sa spécificité dans l'observation du langage non-verbal, le psychomotricien peut faire de ce dernier un véritable outil de communication palliant le langage oral défaillant. Le psychomotricien reçoit ce que le patient dysphasique tente d'exprimer à travers son corps plus que par la parole. Il y met du sens et prend le patient là où il en est dans le processus de symbolisation. Par les expérimentations qu'il propose, le psychomotricien permet au patient de mieux connaître son corps et d'y porter une attention particulière. En commençant par l'accompagner dans une perception du corps sur un versant plus sensoriel, le psychomotricien étaye la conscience qu'à le patient de son corps. Puis, il pourra l'accompagner ensuite vers une symbolisation plus secondaire en soutenant ses verbalisations et sa pensée au travers d'étayage matériel et psychique. Par la relation qui se crée, par l'investissement que le psychomotricien témoigne, le patient se sent alors pris en considération, reconnue dans les yeux de l'autre comme un être particulier avec ses propres envies, ressentis. Une certaine conscience de soi peut alors émerger.

Tout comme Abdel semble prendre conscience de lui-même et de son corps au fil du soin, j'apprends à me découvrir en tant que professionnelle. Je me forme, je tente, j'échoue, je réessaye, je persiste. Sous l'œil bienveillant d'Aurélie et dans l'accompagnement d'Abdel je développe ma posture, j'affirme mon cadre, je m'enrichis.

Dans cette continuité et dans l'optique de la poursuite du soin d'Abdel, il serait intéressant de voir comment la psychomotricité pourrait accompagner un enfant dans le processus d'individuation. En effet, une fois que le patient prend conscience de son corps et de lui-même, comment le soin psychomoteur peut-il l'aider dans l'affirmation de sa place d'individu différencié ?

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. de. (1974). Organisation et désorganisation du langage chez l'enfant. In *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2. éd. entièrement refondue, p. 329-375). Masson.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Bronstein, C. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), 769-778. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>
- CENOP. (2021). *Dysphasie*. Centre d'évaluation neuropsychologique et d'orientation pédagogique. <https://cenop.ca/troubles-apprentissage/dysphasie/>
- Cohen, D., Plaza, M., & Xavier, J. (2016). Chapitre 21. Troubles du langage. In *Troubles intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent* (p. 285-311). Lavoisier. <https://www.cairn.info/troubles-intellectuels-et-cognitifs-de-l-enfant--9782257206091-p-285.htm>
- Corraze, J. (1980). Caractéristiques générales des communications non-verbales. In *Les communications non-verbales* (p. 15-32).
- Dolto, F. (1992). 1. Schéma corporel et image du corps. In *L'image inconsciente du corps* (p. 7-49).
- Du Pasquier, M.-A. (2012). L'écriture, entre corps et psyché un langage qui se trace. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 169, 6-13.
- FFDYS. (2008). *Troubles DYS*. Fédération Française des DYS. <https://www.ffdys.com/troubles-dys>
- Golse, B. (2015). 10- La naissance de la pensée entre affects et cognition. In *Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (p. 245-265). Elsevier Masson.

- Guilbault, C. (2005). *Introduction à la linguistique I*. SFU : Introduction ton French Linguistics I. https://www.sfu.ca/fren270/introduction/page1_3.html
- HAS. (2017). *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec des troubles spécifiques des apprentissages Guide parcours de santé?* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/guide_tsla_vf.pdf
- Jacquet, C., Neveu, P., Pireyre, É. W., Scialom, P., & De Sainte Maréville, F. (2014). Chapitre 1—Sensations/Perceptions. In *Les liens corps esprit : Perspectives croisées à partir de cas cliniques* (p. 13-42). Dunod.
- Latour, A.-M. (2021). Chapitre 3—Intégration sensorimotrice et symbolisation primaire. In C. Potel, *Dans l'eau : Pour une psychomotricité aquatique théorie et cliniques* (p. 69-84). Éditions In press.
- Le Nestour, A. (2017). Les troubles de l'opposition chez le bébé et le jeune enfant : Question pertinente ou impertinente ? *Enfances & Psy*, 73(1), 13-23. <https://doi.org/10.3917/ep.073.0013>
- Lesage, B. (2021). Habitus et dialogue postural. In *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité* (p. 71-117).
- Morin, C. (2013). 1 Le schéma corporel. In *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire : Neurologie et psychanalyse* (p. 19-37).
- Pireyre, É. W. (2021). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (3e éd). Dunod.
- Plaza, M. (2016). Chapitre 7. Développement du langage oral. In *Troubles intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent* (p. 104-117). Lavoisier. <https://www.cairn.info/troubles-intellectuels-et-cognitifs-de-l-enfant--9782257206091-p-104.htm>

- Ponton, G. (2012). La réorganisation de la conscience corporelle. Se construire vivant dans la durée, rendre visible l'invisible. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 169, 130-144.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Potel, C., & Joly, F. (2020). 13- Une thérapie qui touche le corps et la psyché. In *Le corps en relaxation : Des émotions sensorielles aux racines primitives de l'être* (p. 137-149). Érès éditions.
- Pouhet, A. (2016). Connaître les dys- et en mesurer les enjeux: *Enfances & Psy*, 71(3), 88-104. <https://doi.org/10.3917/ep.071.0088>
- Reinalter Ponsin, F. (2011). Chapitre 6—Le corps et ses représentations- 5 Le corps en psychomotricité. In P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome I* (p. 201-246).
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2011). Chapitre 5 -Le tonus et la tonicité. In P. Scialom, F. Canchy-Giromini, & J.-M. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome I* (p. 161-199). Solal.
- Sansous, S., Dellavalle, P., & Dellavalle, J. (2022). *Rééducation vestibulaire des enfants sourds en psychomotricité*. Tom Pousse.
- Schilder, P. (2017, juin 8). *L'image du corps*. Socio-anthropologie. <http://journals.openedition.org/socio-anthropologie/2606>
- Soppelsa, R. (2018). Sémiologie des communications non verbales. In J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Canchy-Giromini, *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 4* (p. 193-203). De Boeck supérieur.
- Veesser, A. (2015). Chapitre 8 Contenance en psychomotricité, Accueillir l'autre pour l'aider à se relever... In É. W. Pireyre, *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 137-150). Dunod.

Winnicott, D. W. (2014). Chapitre premier : La relation d'une mère à son bébé au tout début.

In F. Bouillot (Trad.), *La famille suffisamment bonne* (p. 9-19). Payot & Rivages.

TABLE DES ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Dessin du bonhomme

Annexe I : Dessin du bonhomme



*Vu par la maître de mémoire,
Virginie Bourgoin, Psychomotricienne D.E.*

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'P' followed by a horizontal line.

Auteur : ROBINO Léa

Titre :

Entre trouble du langage et trouble des représentations corporelles,
comment l'enfant dysphasique se perçoit et se représente son corps ?

Mots – clés :

Dysphasie- représentations corporelles - schéma corporel – image du corps –
conscience du corps – conscience de soi – langage – psychomotricité
Dysphasia – body representations – body schema – body image – body awareness –
self awareness - language - psychomotricity

Résumé :

De prime abord langage et psychomotricité ne forme pas le duo le plus évident. Pourtant quand le langage dysfonctionne, le patient peut être entravé dans sa psychomotricité et notamment dans ses représentations corporelles. Le psychomotricien devient alors l'interlocuteur privilégié afin de décoder le langage corporel qu'exprime le patient. Le psychomotricien par l'attention qu'il porte sur la globalité du patient pourra étayer ce dernier. Dans ce mémoire il s'agit de comprendre, comment le soin psychomoteur peut-il permettre, à un patient dysphasique et entravé dans ses représentations corporelles, une meilleure conscience du corps et de soi.

At first sight, language and psychomotricity are not the most obvious duo. However, when language is dysfunctional, the patient can be hindered in his psychomotricity and especially in his body representations. The psychomotor therapist then becomes the privileged interlocutor to decode the body language expressed by the patient. The psychomotor therapist, by the attention she pays to the patient's globality, will be able to support the patient. In this thesis, the aim is to understand how psychomotor therapy can allow a dysphasic patient with altered body representations to become more aware of his body and himself.