

ISRP

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice



**LES SPECIFICITES DE LA PRISE EN CHARGE
PSYCHOMOTRICE**

Le plaisir au cœur du soin

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien par**

Marianna BONNET-PELTIER

Référente de mémoire :

Esclapez Valérie

Paris

Session Juin 2012

ISRP

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

**LES SPECIFICITES DE LA PRISE EN CHARGE
PSYCHOMOTRICE**

Le plaisir au cœur du soin

**Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien par**

Marianna BONNET-PELTIER

Référente de mémoire :

Esclapez Valérie

Paris

Session Juin 2012

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes qui m'ont accordé de leur temps et qui ont ainsi contribué à la réalisation de ce mémoire, et plus particulièrement :

Mme. Esclapez, mon maître de stage et référent de mémoire, pour avoir su judicieusement me guider dans mon approche clinique, pour son accompagnement constructif, sa confiance, la richesse de son expérience et de nos échanges au cours de l'élaboration de ce mémoire

Mme. Gourdin, pour son accueil chaleureux et pour m'avoir fait partager la richesse de son expérience professionnelle

Mme. Masse, pour m'avoir aidé à devenir et à me sentir psychomotricienne

Mme. Saim, pour m'avoir permis d'affiner mon œil clinique

A Sarah, David, Elodie et Nick, pour ce résumé en anglais qui n'aura pas été aussi simple que prévu

Je remercie également mes copines (et le copain) psychomot' pour ces trois années inoubliables

A la Madec Team et au clan Avr, pour tous les moments passés ensemble, que notre amitié dure encore longtemps

A mon frère, pour avoir accepté de m'accueillir pendant mes longues journées, soirées et weekend de révisions

Enfin, à mes « multiples » parents, pour m'avoir permis de faire cette formation, et pour tout le reste

« L'enfant existe par le jeu. Il ne joue pas pour apprendre mais apprend parce qu'il joue, à travers le plaisir qu'il éprouve à essayer son corps, son environnement. Il nous revient donc, à nous adultes, d'aménager un espace suffisamment riche, varié et souple autour de lui pour participer à son évolution tant par l'acquisition de sa force musculaire, celle de son équilibre, de son goût... et de ses facultés mentales ».

Jean Epstein, L'explorateur nu.

SOMMAIRE

Introduction.....	10
--------------------------	-----------

PARTIE 1 : Les enfants Infirmes Moteurs Cérébraux

1. Présentation du lieu de stage	12
---	-----------

1.1. Présentation du cabinet.....	12
1.2. Le travail de secteur.....	13

2. L'infirmité motrice cérébrale	14
---	-----------

2.1. Historique.....	14
2.2. Définition	14

3. L'enfant I.M.C ou l'histoire d'une rencontre.....	15
---	-----------

3.1. A la découverte de Maëlle	15
3.1.1. Définition de l'hémiplégie	15
3.1.2. Présentation de Maëlle.....	16
3.1.3. Anamnèse	16
3.1.4. Contexte familial	17
3.1.5. Le bilan psychomoteur	17
3.1.6. Conclusion du bilan psychomoteur.....	22

3.2. A la découverte d'Axelle.....	23
3.2.1. Définition de la diplégie	23
3.2.2. Présentation d'Axelle	23
3.2.3. Anamnèse	24
3.2.4. Contexte familial	24
3.2.5. La place des parents dans le développement du jeune enfant	24
3.2.6. Diagnostic.....	26
3.2.7. Bilan de kinésithérapie	26
3.2.8. Bilan ophtalmologique	27
3.2.9. Prises en charge	27
3.2.10. Bilan psychomoteur.....	28

PARTIE 2: Le plaisir au sein des prises en charge

1. La notion de plaisir	36
1.1. Le plaisir dans le développement psychosexuel.....	36
1.2. Le plaisir dans la théorie psychanalytique	37
1.3. Le plaisir dans le développement de l'enfant.....	38
1.4. Instauration du plaisir dans la prise en charge	39
1.5. Le plaisir : une émotion qui se partage	40
1.6. Le plaisir du psychomotricien.....	41
1.7. Le plaisir sensori moteur	41
2. Deux projets thérapeutiques, un point commun : le plaisir.....	42
2.1. Le projet Thérapeutique de Maëlle	42
2.2. Le projet thérapeutique d'Axelle	44
3. Le plaisir au sein de la prise en charge	44
3.1. La prise en charge de Maëlle	44
3.1.1. Le plaisir de bouger	44
3.1.2. Le plaisir dans l'échange	45
3.1.3. Le plaisir d'atteindre un objectif.....	46
3.1.4. Le plaisir de sentir	46
3.1.5. Le plaisir de laisser une trace.....	47
3.1.6. Conclusion de la prise en charge	48
3.2. La prise en charge d'Axelle.....	48
3.2.1. Le plaisir de manipuler	48
3.2.2. Le plaisir de laisser une trace.....	48
3.2.3. Le plaisir de bouger	49
3.2.4. Le plaisir dans l'échange	50
3.2.5. Le plaisir d'apprendre.....	50
3.2.6. Conclusion de la prise en charge	50

Partie 3: Les spécificités du psychomotricien

1. Introduction.....	51
2. Les qualités du psychomotricien	51
2.1. La disponibilité psychocorporelle.....	51
2.2. L'empathie psychique et corporelle.....	52
2.3. La faculté d'adaptation	52
3. Les outils du psychomotricien pour faire émerger le plaisir	53
3.1. Le cadre en psychomotricité.....	53
3.2. Sensorialité et psychomotricité.....	54
3.2.1. Le Moi-peau de D.Anzieu	54
3.2.2. La sensorialité au service d'un investissement corporel positif	55
3.2.3. Le toucher en psychomotricité.....	56
3.3. Le dialogue tonique à la base d'une lecture corporelle du patient.....	57
3.4. Les stimulations psychomotrices	59
3.5. La psychomotricité, un lieu d'expression	60
3.6. La verbalisation	62
3.7. Aider l'enfant à retrouver une estime de soi positive.....	62
3.8. L'importance du jeu en psychomotricité.....	63
3.8.1. Définition selon les auteurs.....	63
3.8.2. Apports du jeu dans le développement de l'enfant	64
4. Place et rôle des parents.....	66
4.1. Pourquoi travailler avec les parents ?	67
4.1.1. Ce que suscite le handicap chez les parents	67
4.1.2. Ce que suscite le handicap chez l'enfant.....	68
4.2. Les parents et la psychomotricité.....	69
4.2.1. Les parents au sein de la séance.....	69
4.2.2. Promouvoir une image positive de l'enfant	70
4.2.3. Redonner leur place aux parents	71
Conclusion.....	72

INTRODUCTION

Lors de ma troisième année d'étude en psychomotricité, j'ai réalisé deux stages longs : le premier au sein d'un foyer de vie pour personnes Infirmes Motrices Cérébrales (I.M.C) et le second dans un cabinet libéral au sein duquel j'ai également eu le chance de rencontrer deux petites filles atteintes d'infirmité motrice cérébrale. C'est donc tout naturellement que j'ai choisi de réaliser mon mémoire au sujet de cette population. Néanmoins, l'infirmité motrice cérébrale est un large domaine et le choix d'un sujet précis a été complexe. Ainsi, parallèlement à mes observations cliniques, j'ai commencé à effectuer des lectures afin de réunir les informations théoriques nécessaires à la réalisation de ce mémoire. J'ai donc recueilli un nombre important d'informations mais, en les organisant, je me suis rendue compte que la plupart des données que j'avais réunies ne correspondaient pas aux observations que je pouvais réaliser en séance. En effet, la plupart des ouvrages envisage les enfants I.M.C. d'un point de vue rééducatif alors que cet aspect me semblait secondaire dans les prises en charge que je réalisais. Cette observation m'a donc amené à me questionner sur la différence qui pouvait exister entre la psychomotricité et les autres professions intervenant auprès de cette population et c'est tout naturellement que j'ai orienté mon mémoire vers ce sujet.

Dès lors, je me suis interrogée sur la spécificité de notre approche et c'est lors d'un échange avec la maman d'une des petites filles présentée dans ce mémoire que le déclic s'est fait. Ce jour là, la maman nous annonce qu'il a été décidé, en commun accord avec le médecin, de diminuer les séances de kinésithérapie au profit d'une séance supplémentaire en psychomotricité. La raison évoquée par la maman est que sa fille rechignait de plus en plus à se rendre en kinésithérapie, alors qu'au contraire, elle réclamait à aller en psychomotricité, où elle prenait du plaisir.

Le plaisir... Voilà une notion qui me semble primordiale dans la prise en charge psychomotrice. Lorsqu'on est psychomotricien, et notamment lorsqu'on travaille avec des enfants, le jeu fait parti intégrante de notre approche. De plus, lorsque les enfants en question sont atteints d'une pathologie motrice, comme l'infirmité motrice cérébrale, qu'ils sont tributaires d'un corps dont le contrôle leur échappe et qui peut être source de frustration, de déplaisir voire de douleurs, on s'interroge sur la façon dont ils le vivent et le ressentent, sur le plaisir qu'ils peuvent en retirer et sur la manière dont on peut y contribuer.

En alliant ces différentes notions, je vais tenter de mettre en évidence l'importance du plaisir dans la prise en charge des enfants Infirmes Moteurs Cérébraux (I.M.C.) et la manière dont celui-ci contribue à un investissement corporel positif. Pour cela, je vais dans un premier temps présenter mon lieu de stage et décrire l'infirmité motrice cérébrale et ses répercussions sur le développement de l'enfant en m'appuyant sur les bilans de deux petites filles prises en charge en psychomotricité : Maëlle et Axelle. Dans un second temps, je vous exposerai la notion de plaisir d'un point de vue théorique que je mettrai ensuite en relation avec les prises en charge réalisées avec Maëlle et Axelle. Puis, je discuterai des formes sous lesquelles le plaisir peut se manifester, les conditions de son apparition, les outils du psychomotricien pour le faire émerger et ce que ce dernier apporte à l'enfant. Enfin, je m'intéresserai à la place occupée par les parents au sein des prises en charge.

Première partie : Les enfants infirmes moteurs cérébraux

1. Présentation du lieu de stage

1.1. Présentation du cabinet

Ce mémoire porte sur mon expérience clinique au sein d'un cabinet libéral situé en banlieue parisienne. La psychomotricienne, qui a accepté d'être mon maître de stage ainsi que mon maître de mémoire, est installée depuis 1992 au sein de la commune, et travaille également à mi-temps au sein d'un service d'éducation spécialisé et de soins à domicile (SESSAD). Deux autres psychomotriciennes travaillent en collaboration et utilisent également le cabinet.

La salle de prise en charge est divisée en deux espaces principaux. Le premier est un coin bureau où se déroulent les activités telles que la graphomotricité ou la motricité fine et où sont entreposés les livres, les jeux de société et les dossiers des patients dans une armoire spécialement prévue à cet effet. Le second espace, attenant au bureau, correspond à la salle de psychomotricité. Un miroir, un tableau et un espalier sont accrochés aux murs, et divers rangements permettent d'entreposer le matériel : ballons, balles, foulards, anneaux, cerceaux, cordes, instruments de musique, bâtons, plots, rubans, etc. Le matériel présent au sein de cabinet est riche afin de pouvoir s'adapter aux différents patients, dont les âges, les pathologies et les intérêts varient.

Lors de la prise en charge des deux enfants présentés dans ce mémoire, la présence d'un matériel varié fut particulièrement intéressante. En effet, Axelle et Maëlle sont deux petites filles d'environ 3ans atteintes d'infirmité motrice cérébrale. Il est donc important de susciter leur intérêt afin de favoriser leur envie de découvrir leur environnement. Dans ce but, la présence d'un matériel ludique et attrayant fut alors bénéfique, afin d'éveiller leur curiosité, leur envie de se déplacer, de manipuler et de tester de nouvelles expériences motrices et sensorielles.

Le psychomotricien en libéral a l'avantage de pouvoir organiser son emploi du temps comme il le souhaite. Cependant, il n'est pas isolé et tout un réseau de professionnels est présent auprès de lui : médecins, professionnels paramédicaux, structures de soins, écoles.

Ainsi, le psychomotricien fait parti d'un réseau et peut être amené à participer à différentes réunions en lien avec les patients accueillis.

1.2. Le travail de secteur

Le réseau pédiatrique du sud et ouest francilien¹ : En région parisienne, 2000 à 3000 nouveau-nés sont pris en charge dans les services de soins intensifs néonataux. Ces nouveau-nés sont à risque de troubles du développement. Or, une fois sortis de l'hôpital, 40 à 50% de ces enfants ne bénéficient pas d'un suivi adapté à leurs antécédents. En proposant un suivi spécialisé et prolongé (jusqu'à 7ans) et en apportant un soutien aux familles, le réseau pédiatrique du sud et ouest francilien donne à ces enfants toutes les chances de développer au mieux leurs capacités. Il s'agit d'un réseau de soins agréé et financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il a été mis en place par l'Association pour le Suivi des Nouveau-nés à Risque² (ASNR). Il a donc pour objectif d'améliorer le suivi et l'accompagnement des nouveau-nés vulnérables. Les professionnels du réseau partagent leurs compétences et leurs moyens pour suivre, accompagner et prendre en charge les nouveau-nés. L'enfant fait l'objet d'un suivi spécialisé réalisé par un pédiatre spécialement formé. Par ailleurs, ce réseau permet une orientation pour des bilans complémentaires, une prescription directe pour les soins en libéral, une orientation vers des structures de soins multidisciplinaires.

Le réseau TAP³ : Le réseau TAP Ile-de-France sud est constitué par les professionnels de santé de la région Ile-de-France Sud impliqués dans la prise en charge des troubles des apprentissages, éventuellement en lien avec le CHU du Kremlin-Bicêtre, Service de rééducation neuro pédiatrique. Il a pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires et sociales autour des besoins des enfants (et de leur famille) souffrant de troubles des apprentissages. Il assure une meilleure orientation de l'enfant et simplifie l'accès aux soins en favorisant la coordination et la continuité de ceux-ci. Il améliore la qualité des soins de proximité. Il optimise la formation médicale et paramédicale des professionnels de santé et contribue à la formation des professionnels de l'éducation. Il améliore les démarches diagnostiques et propose des protocoles thérapeutiques et de rééducation.

¹ <http://www.reseau-psof.fr/index.asp>

² <http://asnr.free.fr/>

³ <http://www.reseautap.org/index.html>

2. L'infirmi   motrice cérébrale

2.1. Historique

Le médecin anglais William John Little (1810-1894) décrivit en 1861 un trouble affectant les jeunes enfants et qui se manifeste par une raideur excessive des muscles des jambes et parfois des bras. Little notait que leur situation ne s'aggrave pas avec les années, les enfants conservant le même contrôle de leurs membres au cours du temps (   la différence des myopathies par exemple). Les difficultés ne s'améliorent pas non plus spontanément et la contracture des muscles peut entraîner des déformations des os au cours de la croissance de l'enfant.

Ayant remarqué que ces enfants avaient souvent travers   un accouchement difficile, Little pensait que ces troubles venaient d'un manque d'oxygène à la naissance, qui aurait endommagé les tissus nerveux contrôlant les mouvements. Une étude américaine menée dans les années 1980 sur 35000 naissances concluait cependant que les naissances difficiles ne représentaient que 10% des cas. Aucune cause précise n'a pu être trouvée dans la plupart des cas.

2.2. Définition

Le terme de « Cerebral Palsy » est d'origine anglo saxonne. Il est introduit en 1940 et désigne l'ensemble des encéphalopathies non évolutives. Ces dernières ont en commun une atteinte motrice prédominante. Néanmoins, il n'y a pas de distinction faite selon le déficit mental et les troubles associés.

En 1954, le professeur Tardieu introduit le terme d'Infirmi   Motrice Cérébrale, traduction française du terme « Cérébral Palsy », afin de créer une catégorie plus restreinte au sein de ce groupe. Ainsi, l'Infirmi   Motrice Cérébrale regroupe les enfants présentant un trouble moteur d'origine cérébrale et « un QI supérieur à 70, c'est-à-dire une intelligence suffisante, normale voire supérieure ». (AMIEL-TISON, 1987, p.12).

Selon Amiel-Tison C « L'infirmi   motrice cérébrale n'est pas une maladie mais un syndrome qui associe trouble de la posture et trouble du mouvement. C'est le résultat d'une lésion cérébrale non progressive et définitive survenue sur un cerveau en voie de développement ». (AMIEL-TISON, 1987, p 102). Des troubles spécifiques des fonctions supérieures peuvent s'associer, comme des troubles perceptifs, praxiques ou sensoriels. Néanmoins, les facultés intellectuelles sont préservées avec une scolarisation possible.

Cette définition exclut donc les enfants présentant un retard mental. Si ce dernier est présent, on parle alors d'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC).

Au cours de la rédaction de ce mémoire, j'ai eu la chance de pouvoir discuter avec différents professionnels intervenant auprès de cette population. Ces échanges, très instructifs, m'ont permis une remise en question quant à mes observations et mes recherches théoriques. Lors de ces rencontres, la distinction faite entre individu I.M.C. et individu I.M.OC fut l'objet d'un large débat. En effet, ces psychomotriciens, au vue de leur pratique, considéraient cette conception comme surannée. Je me suis donc mise à la recherche d'une bibliographie plus récente, afin de connaître l'évolution des idées à ce sujet mais mes recherches sont restées vaines. Dans ce mémoire, j'ai donc pris le parti de ne pas dissocier les infirmités motrices cérébrales avec développement cognitif préservé de celles où existe une déficience. En effet, lors des prises en charge que j'ai effectué, la question du développement intellectuel, bien que pris en compte, n'était pas l'élément central, l'important selon moi étant d'adapter chaque séance à la personnalité de l'enfant, à ses difficultés et qualités propres et ce, quelque soit son niveau cognitif.

3. L'enfant I.M.C ou l'histoire d'une rencontre

Lorsque nous rencontrons pour la première fois un patient, il s'agit d'une situation d'échange, de communication, qui passe par une perception du corps de l'autre, de ses vêtements, de sa voix, autrement dit qui passe par un ensemble de communications non verbales. Cette première rencontre, que ce soit pour le psychomotricien ou pour le patient, se complète et se construit petit à petit, pour aboutir à un véritable dialogue corporel, sous tendu par une multitude d'affects, cet ensemble étant à la base de la relation thérapeutique.

3.1. A la découverte de Maëlle

3.1.1. Définition de l'hémiplégie

L'hémiplégie est une paralysie affectant une moitié du corps, consécutivement à la lésion de l'hémisphère cérébral controlatéral. Le membre supérieur est généralement plus atteint que le membre inférieur et des attitudes caractéristiques sont retrouvées chez les patients atteints d'hémiplégie.

Ainsi, au niveau des membres supérieurs, le bras est en rotation interne, le coude est à moitié fléchi, le poignet en pronation, les doigts en flexion, le pouce en adduction et légère opposition.

Au niveau des membres inférieurs, les réflexes ostéo-tendineux (ROT) sont exagérés, ce qui provoque un clonus (tremblement) de la rotule et une trépidation épileptoïde du pied. On observe un signe de Babinski⁴ et des syncinésies⁵ qui traduisent une hypertonie mais pas de mouvements involontaires.

3.1.2. Présentation de Maëlle

Maëlle est une petite fille âgée de 2ans ½ lorsqu'elle rencontre pour la première fois la psychomotricienne au sein du cabinet libéral. Elle est adressée en psychomotricité par le médecin du centre d'accueil médico-social précoce (CAMSP) du secteur pour un travail de prise de conscience corporelle et d'utilisation du membre gauche chez cet enfant qui présente une hémiplégie gauche.

3.1.3. Anamnèse

Maëlle est née à terme (37 semaines d'aménorrhées) par césarienne. C'est un bébé qui présente une hypotrophie (1kg600), ce qui a nécessité une hospitalisation d'un mois et demi en service de néonatalogie. Lors de cette hospitalisation, le personnel soignant observe que Maëlle utilise peu son membre supérieur gauche. Cette faible utilisation du membre gauche fait partie de mouvements alarmants décrits par Bobath (1986) et leur observation doit être suivie d'examen complémentaires. Ces derniers ont été réalisés pour Maëlle (examens neurologiques, génétiques, IRM) et ont permis de poser le diagnostic d'hémiplégie du côté gauche consécutive à un AVC (accident vasculaire cérébral) prénatal.

La période prénatale se divise en deux parties : la période embryonnaire (de la conception à 3 mois) et la période fœtale (de 3 mois à la naissance). Les embryopathies sont des lésions survenant avant trois mois de vie utérine, période de la mise en place des structures nerveuses à partir du tube neural. Les fœtopathies, quant à elles, surviennent après quatre mois de vie utérine, période durant laquelle la maturation et la myélinisation du système nerveux est très importante.

⁴ Anomalie du réflexe cutané plantaire traduisant une atteinte du système nerveux (<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/Babinski/11472>)

⁵ Contraction involontaire d'un groupe de muscles apparaissant quand le sujet effectue un mouvement, que celui-ci soit réflexe ou volontaire, mettant en jeu un autre groupe de muscles. Une syncinésie s'observe au décours de différentes maladies neurologiques. Elle constitue une séquelle de lésions de la voie pyramidale. (<http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/syncin%C3%A9sie/16374>)

La période prénatale est donc un moment où le cerveau du fœtus est en pleine croissance donc extrêmement fragile. A partir du 5^{ème} mois de gestation, les neurones du fœtus en développement ne se multiplient plus. Ainsi, toute lésion survenant à partir de cette période provoque des conséquences graves et irrémédiables. Ces facteurs sont les plus nombreux mais aussi les moins connus. L'accident vasculaire cérébral à l'origine du handicap de Maëlle fait parti des facteurs prénataux d'infirmité motrice cérébrale.

A sa sortie de l'hôpital, Maëlle est suivie dans un centre d'accueil médico social précoce (CAMSP) notamment pour des séances de kinésithérapie.

3.1.4. Contexte familial

Maëlle a un demi-frère de 12ans. Son père est employé de chantier et la mère ne travaille pas. Cette année, Maëlle est entrée en petite section de maternelle. Elle y va tous les matins ainsi que deux après midi par semaine. Une ESS (équipe de suivi de scolarisation) sera mise en place au mois d'Avril 2012.

3.1.5. Le bilan psychomoteur

Le bilan a été réalisé par la psychomotricienne, en présence de la maman, d'après l'observation de l'activité spontanée, des informations fournies par la mère au cours de l'entretien, ainsi que par la réalisation d'items de l'Echelle de développement psychomoteur de la première enfance de Brunet-Lezine, Vaivre-Douret et du Talbot. Maëlle avait 2ans ½ lors du bilan et est désormais âgée de 3ans ½.

- **Entretien en présence de la mère et observation de l'activité spontanée**

Sommeil : La maman signale des difficultés de sommeil : elle s'agite et se réveille tôt (5h30 du matin). Elle refuse alors de rester dans son lit et insiste pour aller dans le canapé. En effet, Maëlle sait qu'elle n'a pas le droit de dormir avec ses parents. En revanche, elle sait qu'en restant dans le canapé, sa maman restera avec elle pour lui tenir compagnie.

Alimentation : Maëlle ne présente pas de difficultés particulières : elle mange de tout mais en petites quantités.

Propreté : Maëlle est propre au domicile mais demande à mettre une couche à l'extérieur car elle n'ose pas demander pour aller aux toilettes. Elle porte également des couches la nuit.

Développement posturo locomoteur : Maëlle a présenté un retard d'acquisition de la marche : elle parvient réellement à marcher seule à l'âge de 20mois (normalité située entre 12 et 18mois).

Autonomie : La mère de Maëlle signale que cette dernière a du mal à jouer seule : elle déballe tous ses jouets mais ne semble pas savoir quoi faire, elle ne se concentre sur aucune activité. Lors de l'activité spontanée, l'investissement des objets se fait de manière aléatoire, aux grés de ses découvertes. On n'observe pas de jeu symbolique et Maëlle est plutôt dans le faire/défaire et dans des activités sensori motrices. La maman signale également que sa relation avec Maëlle est très fusionnelle et que les séparations sont donc difficiles. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la maman est restée lors de la passation bilan. Maëlle, ainsi que sa maman, ne semblant pas préparées à la séparation.

- **Développement psychomoteur selon les échelles de première enfance**

Tonus :

Maëlle est très hypertonique : ses épaules sont en position haute, ses bras en rotation interne, les coudes fléchis, les poignets en pronation (position caractéristique des membres supérieurs chez les enfants atteints d'hémiplégie). De plus, ses bras sont collés au corps et l'extension est difficile.

Schéma corporel :

« Edifié sur les 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 ». (AJURRIAGUERRA, 1970)⁶.

La construction du schéma corporel résulte de l'intégration d'expériences sensorielles, proprioceptives et extéroceptives multiples. Ces perceptions varient en fonction du bagage sensoriel de l'enfant, plus ou moins riche en fonction des expériences et des apprentissages individuels, donc en fonction du niveau d'investissement corporel.

Ainsi, chez l'enfant I.M.C, le schéma corporel est souvent perturbé. En effet, puisque le développement moteur de l'enfant est retardé et perturbé par ses troubles moteurs mais aussi par les restrictions que lui imposent son handicap, ses expériences sensori motrices ainsi que ses possibilités de déplacement et d'expérimentation sont limitées, ce qui est un facteur néfaste dans le développement du schéma corporel.

⁶ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation/POLY.Chp.3.4.html>

Aucune ébauche du dessin du bonhomme n'est observée chez Maëlle, même si cela peut être normal pour son âge, d'autant plus au vu des troubles moteurs liés à son hémiplégie. Elle ne peut montrer, sur demande, que deux parties de son corps (mains et pieds) et se désintéresse rapidement de cette activité. L'épreuve d'imitation de gestes n'a pu être réalisée car Maëlle perçoit ses difficultés et se détache de l'épreuve. Par ailleurs, on observe que Maëlle utilise très peu son hémicorps gauche et agit comme si ce dernier n'existait pas, ce qui pose la question de l'intégration de son schéma corporel.

Pour André Bullinger (BULLINGER, 1996, pp21-32), il existe deux systèmes de flux qui permettent de différencier l'intérieur et l'extérieur du corps. La proprioception, qui permet de prendre conscience de son corps interne, et les organes sensoriels, qui permettent d'établir les limites de celui-ci. La prise de conscience de soi passe donc par une stimulation de la peau et par l'expérience de la sensorialité. Cependant, lorsque l'expérience sensorielle devient désagréable, comme parfois chez Maëlle en raison de son hémiplégie, on retrouve une discontinuité dans l'expérience du corps par surinvestissement ou au contraire désinvestissement de certaines parties. Face à la douleur, le sujet met en place des mécanismes de défense comme la mise à distance. Ce système de protection engendre des effets secondaires négatifs, comme provoquer une cassure dans l'intégrité du schéma corporel et donc dans l'unité de l'identité de la personne.

Développement posturo-moteur et locomoteur :

Maëlle se situe aux alentours de 19mois à l'échelle de Vaivre-Douret et réussit la plupart des épreuves de 18mois du Brunet-Lezine et du Talbot.

Les enfants I.M.C ont souvent un fond tonique extrêmement perturbé, dans le sens de l'exagération (spasticité, rigidité : comme dans le cas de Maëlle et d'Axelle) ou au contraire de la diminution (hypotonie axiale). On observe des difficultés de relâchement musculaire et de nombreuses syncinésies : la motricité volontaire est donc difficile, tout comme les coordinations/dissociations et le maintien de la posture. Ces difficultés vont avoir des retentissements sur la réussite de Maëlle lors des épreuves de motricité globale.

Maëlle peut faire quelques pas sur la pointe des pieds. Elle marche sur une surface étroite (20cm) posée par terre et peut shooter (pied droit) dans un ballon sans se tenir. Elle a des difficultés pour se freiner quand elle court ou descend sur un plan incliné. La marche à reculons est difficile et la course est encore malaisée. Elle descend l'escalier avec de l'aide sans changer de pied. Le saut n'est pas acquis. Elle a encore beaucoup de mal à se remettre debout et ne passe pas en quadrupédie.

D'un point de vue général, Maëlle est trop impulsive et a du mal à adapter son tonus en fonction de ses activités motrices. On observe un manque de contrôle lors des coordinations statiques et dynamiques : le contrôle moteur est difficile dans les déplacements lents requérant des mouvements précis sur le plan spatial.

Préhension/Coordination visuo manuelle :

Maëlle se situe aux alentours de 20 mois à l'échelle de Vaivre-Douret et réussit la plupart des épreuves de 18mois du Brunet-Lezine et du Talbot.

Associés aux troubles visuels, les troubles praxiques entraînent souvent des troubles du graphisme. Selon Mazeau M, il s'agit « d'une anomalie touchant les fonctions de planification et de pré programmation des gestes volontaires [...] Il s'agit d'un trouble de la réalisation du geste, secondaire à l'impossibilité de programmer automatiquement et d'intégrer au niveau cérébral les divers constituants sensori-moteurs et spatio temporels du geste volontaire⁷ ». La dyspraxie provient d'une part de la lésion cérébrale mais également des troubles du schéma corporel et de la pauvreté des expériences sensori motrices. Chez l'enfant I.M.C., on retrouve des troubles des praxies idéomotrices⁸, idéatoires⁹, bucco-phonatoires, d'habillage mais les principales praxies touchées sont les constructives¹⁰.

L'enfant I.M.C. se présente comme très maladroit et cette maladresse va le gêner dans les activités de la vie quotidienne. « Les difficultés de régulation tonique [...] perturbent la stabilité des points d'appui. Cette instabilité détermine une difficulté majeure dans le contrôle du mouvement, affectant particulièrement le contrôle de l'« adresse » finale du geste ». (BULLINGER, 2004, p 58). La majorité de ces troubles sont retrouvés chez Maëlle.

⁷ <http://sylviecastaing.chez.com/diapraxies.pdf>

⁸ L'apraxie idéomotrice se caractérise par l'incapacité à exécuter un geste sur demande, geste symbolique ou action mimée (se peigner) tandis que l'exécution spontanée est possible (dissociation automatico-volontaire).

⁹ L'apraxie idéatoire est considérée comme une désorganisation de la représentation mentale des gestes à exécuter. Il est impossible, pour le patient, de réaliser un mouvement composé d'un ensemble de sous-mouvements élémentaires organisés. Cette pathologie altère principalement les activités de manipulation d'objets et d'utilisation d'outils. (http://fr.wikipedia.org/wiki/Apraxie#L.27apraxie_id.C3.A9omotrice).

¹⁰ L'apraxie constructive est un trouble visuo-spatial qui se traduit par une difficulté à définir les relations des objets entre eux et dans le domaine graphique à dessiner des formes en 3D.

Elle réalise des gribouillages circulaires (20mois) avec la main droite. La prise est tri digitale, les autres doigts fermés. On observe d'importantes crispations avec des difficultés de régulation tonique.

On observe des difficultés pour empiler 6 ou 7 cubes : Maëlle manque de contrôle, le geste est précipité et non guidé par la vue.

Les encastremements sont difficiles : Maëlle procède par essai/erreur. Elle s'impatiente rapidement dans la recherche des pièces et a besoin d'être accompagnée pour terminer la tâche. Elle est gênée dans ses manipulations par ses membres supérieurs qui manquent d'extension, surtout le gauche, et par ses difficultés de coordination bi manuelle.

Dans les échanges de ballon : Maëlle est peu performante car elle n'utilise pas ses deux mains.

L'enfilage de perles est laborieux, le geste est mal adapté : les membres supérieurs sont placés dans une position inadéquate (poignet droit en flexion, coude relevé, bras plié). L'activité est contraignante pour Maëlle d'un point de vue moteur et attentionnel.

Les épreuves de coordination visuo manuelles et bi manuelles sont dans l'ensemble très difficiles à réaliser pour Maëlle. Certaines épreuves de dextérité manuelle nécessitant une bonne coordination oculo manuelle sont échouées.

Organisation spatiale :

En ce qui concerne Maëlle, elle maîtrise les notions devant/derrière par rapport à elle mais les autres notions topologiques n'ont pu être évaluées par manque d'intérêt.

« La représentation de l'espace n'est pas une fonction innée chez l'enfant, mais s'acquiert progressivement, au cours de son développement » (FEUILLERAT, 2006, p 56)

En effet, l'intégration des notions spatiales passe par une expérience sensori motrice au travers d'un corps en mouvement et la perception que nous avons du monde est une perception spatiale dans laquelle le corps est pris comme référence. Il existe donc une étroite relation entre connaissance du corps et appréhension de l'espace. L'enfant I.M.C. n'ayant pu accéder à ces expérimentations dans son enfance, il est fréquent qu'il présente par la suite des difficultés dans la perception de son corps dans l'espace environnant, bien que de tels troubles n'aient pas été retrouvés chez Maëlle.

Langage :

Chez l'enfant I.M.C, les troubles du langage peuvent toucher la production (dysphasie, aphasie, dysarthrie) et/ou la compréhension. Les troubles du langage peuvent résulter d'une atteinte motrice (muscles phonatoires) ou de mouvements involontaires des muscles bucco faciaux. Ces troubles peuvent avoir des retentissements sur la vie quotidienne de l'individu, en raison de la gêne occasionnée dans les rapports sociaux.

Au niveau de la compréhension, Maëlle comprend les ordres simples mais lorsque les consignes se complexifient, elle a besoin d'une démonstration.

Au niveau de l'expression, elle fait spontanément des phrases de 2 ou 3 mots. Elle peut répéter des mots entendus mais on observe des difficultés d'articulation.

Développement psycho affectif :

Maëlle participe correctement au bilan malgré une fatigabilité de l'attention. Elle est vive, active, gaie et de bon contact. Cependant, elle se détourne rapidement des épreuves lorsqu'elle se sent en difficulté et demande alors à changer : elle s'impatiente rapidement. L'étayage verbal lui permet de persévérer et facilite la réussite. Dans cette situation, elle demande à recommencer et reprend confiance.

3.1.6. Conclusion du bilan psychomoteur

Maëlle se trouve en difficultés dans les épreuves de coordination motrice globale, dans les épreuves de coordination oculo manuelles et bi manuelles. Elle manque de contrôle moteur. Elle n'évalue pas les informations extérieures nécessaires pour une bonne adaptabilité motrice. Son attention est labile. Entre chaque item, elle veut changer d'activité et choisir des jeux où elle est en réussite. Elle ne prend pas le temps de percevoir et d'intégrer les informations extérieures, ce qui amplifie ses difficultés motrices. Les consignes ne sont pas toujours suivies du fait d'une légère impulsivité et de troubles attentionnels associés. Une prise en charge psychomotrice lui permettrait, à travers des expériences motrices diverses, d'intégrer une meilleure conscience corporelle et notamment de son membre supérieur gauche, d'améliorer ses coordinations fines ainsi que sa motricité globale.

3.2. A la découverte d’Axelle

3.2.1. Définition de la diplégie

Dans cette forme d’infirmité motrice cérébrale, c’est principalement les membres inférieurs qui sont touchés, bien qu’on puisse retrouver des difficultés au niveau des membres supérieurs. La première année de vie est marquée par une hypotonie importante avec une tenue de la tête et une assise imparfaite. Néanmoins, au fil du temps, on va voir apparaître une hypertonie très marquée avec comme caractéristiques : une attitude préférentielle des membres inférieurs en flexion, une rotation interne et une adduction des hanches, une flexion des genoux, un varus équin¹¹ des chevilles (marche sur la pointe des pieds) ainsi qu’une tendance au croisement des deux jambes (marche en ciseaux).

3.2.2. Présentation d’Axelle

Lorsque je rencontre Axelle pour la première fois, elle est âgée de 2ans et 10mois et elle est déjà suivie en psychomotricité depuis l’âge de 12mois.

Axelle se présente comme une petite fille gaie, souriante et bavarde mais qui est très anxieuse face aux déplacements et à la station debout.

Elle participe activement aux séances mais se réfugie très souvent dans un monde imaginaire (princesses).

Par ailleurs, Axelle a un caractère très affirmé et peut parfois faire des colères, notamment lorsqu’elle se sent en difficulté et/ou en danger. En effet, les enfants I.M.C, plus que les autres, sont sensibles à l’échec et manquent de confiance en eux. Ces observations sont à mettre en lien avec leur vécu antérieur, constitué de frustrations, l’environnement représentant un obstacle : les multiples tentatives, souvent soldées par des échecs, découragent les initiatives de l’enfant dans son désir de création motrice et de maîtrise sur le monde des objets.

¹¹ Attitude vicieuse du pied tel qu’il ne repose plus sur le sol par ses points d’appuis normaux. C’est une triple déformation : équin du calcanéum, adduction des orteils qui tournent en dedans, supination globale du pied.

«En se dérochant à sa maîtrise, à son contrôle, son corps trahit ses efforts, ses désirs, ses projets, non seulement parce que ses possibilités sont limitées, mais aussi parce que ses mouvements sont limités par des spasmes, des contractures, une mauvaise régulation du tonus dont les manifestations sont variables suivant le moment, l'état émotionnel, la nature de l'acte à accomplir. L'instrument corporel est à la fois défectueux et non fiable. Par le fait même sont rendus fragiles et aléatoires le contrôle, la maîtrise du monde extérieur. D'où probablement un sentiment d'insécurité générateur d'angoisses» (GARELLI, LEPAGE, MISTELI, 1973-1974, p364).

3.2.3. Anamnèse

Axelle est née prématurément suite à la rupture prématurée des membranes au terme de 28 semaines de grossesse. Une anomalie du rythme cardiaque fœtal est alors constatée : l'accouchement par césarienne est rapidement déclenché. Axelle présente un poids de naissance de 1,120kg, une taille de 38cm et un périmètre crânien de 26,2cm. Elle est réanimée à la naissance puis transférée en service de réanimation. Après une hospitalisation de 12 semaines, Axelle fut placée en pouponnière.

3.2.4. Contexte familial

Axelle est la benjamine d'une fratrie de 5 enfants. La mère et le père sont respectivement âgés de 37 et 24 ans à la naissance de l'enfant et vivent chez les grands parents maternels. Le placement d'Axelle est ordonné par le juge des enfants du tribunal de secteur et fait suite à l'ordonnance du substitut du Procureur. Depuis octobre 2009, Axelle fait donc l'objet d'un placement familial, au domicile de Madame G., assistante maternelle. Axelle a alors 10 mois. A cette époque, les parents rencontrent régulièrement leur fille dans le cadre de visites médicalisées, et ce en présence d'une psychologue. A ce jour, Axelle n'a pas revu ses parents depuis Mai 2011.

3.2.5. La place des parents dans le développement du jeune enfant

Les éléments concernant la naissance et le contexte familial d'Axelle nous permettent de voir que sa petite enfance fut marquée par la séparation et l'incertitude, ce qui peut expliquer son anxiété. En effet, D.W.Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, a montré le rôle des soins prodigués à l'enfant par la mère dans l'organisation et l'évolution de son Moi.

Il définit trois notions essentielles dans le développement psychique de l'enfant : le *handling*, qui correspond à la façon dont l'enfant est « porté », le *handling*, qui correspond à la manière dont l'enfant est manipulé, soigné et *l'objet presenting*, qui correspond à un mode de présentation des objets. En parlant de ces notions, Winnicott explique que « toutes ces choses facilitent les premières étapes des tendances à l'intégration chez le nourrisson et le début de la structuration du moi. On pourrait dire que la mère transforme le moi faible du nourrisson en un moi fort parce qu'elle est là, affermissant chaque chose ». (WINNICOTT, 1970, p 27).

Ainsi, les fonctions maternelles sont essentielles dans l'évolution psychique précoce de l'enfant et doivent être apportées par une mère que Winnicott décrit comme « suffisamment bonne » c'est-à-dire par une mère attentive, qui peut répondre aux besoins de son bébé. Or, cet environnement sécurisant a fait défaut à Axelle, du fait des multiples séparations survenues dans sa petite enfance et de son placement en pouponnière.

De plus, chez le nouveau-né, les messages reçus par la peau vont se combiner aux autres messages sensoriels pour structurer son environnement. « Pour le nouveau né, le toucher équivaut à un langage. Le contact par la peau, surtout celle de la mère, est une stimulation très forte. Par la peau, il capte toutes les vibrations de la personne caressante et ressent les sentiments qu'elle nourrit à son égard ». (LACOMBE, 2005, p 17). « La mère et l'enfant sont dans un système d'éprouvés toniques et sensoriels qui se transmettent sans cesse sur un mode infra-verbal ». (ROBERT-OUVRAY, 2010, p 93). Ainsi, le portage et les soins apportés par la mère et qui ont manqué à Axelle servent normalement de base à l'instauration des relations précoces mère-enfant, relations garantes d'une sécurité intérieure.

Par ailleurs, nous avons vu que les enfants I.M.C. présentent des troubles du tonus. Leur ajustement tonique, inexistant ou mal adapté, peut perturber le dialogue tonico émotionnel qui existe normalement avec la mère (ou son substitut) ce qui aura des retentissements sur l'instauration des relations précoces dans la mesure où la mère peut se sentir incompétente face à cet enfant qui ne répond pas corporellement comme elle s'y attend.

3.2.6. Diagnostic

« Le très jeune enfant ne présente pas beaucoup d'anomalies. Les symptômes prédominants sont ceux d'un retard de développement moteur et la persistance des réflexes archaïques ». (BOBATH, 1986, p12). Il est donc très difficile de poser précocement un diagnostic clinique et celui-ci reste incertain tant que l'enfant n'a pas atteint un niveau de développement suffisamment stable.

« C'est vers le quatrième mois après la naissance que, dans la majorité des cas, commence à apparaître la possibilité d'un diagnostic précis chez ceux que Mademoiselle Köng a dénommés « bébés-risques », anoxiques, ictériques, prématurés. C'est à ce moment là que l'enfant doit être mis en traitement, sauf celui, sans erreur possible, totalement normal. Tous les autres I.M.O.C, certains ou douteux, doivent être pris en charge. Le traitement, [...] est inoffensif, indolore, efficace, et mieux vaut traiter pour rien, à notre avis, un enfant normal ou dont le diagnostic prête à discussion, que de ne pas traiter un I.M.O.C. Le temps perdu ne se rattrape jamais. » (CAHUSAC, 1980, p 12).

Pourtant, malgré les incertitudes face au diagnostic, il est important d'être vigilant et de ne pas manquer les étapes clés du développement, moments où les traitements sont les plus efficaces, afin d'étayer les capacités motrices du jeune enfant. Dans le cas d'Axelle, le diagnostic de diplégie spastique fut posé tardivement, vers l'âge de 2ans. En effet, c'est suite aux inquiétudes et à l'insistance de la psychomotricienne que les examens complémentaires ont été réalisés et ont permis le diagnostic.

3.2.7. Bilan de kinésithérapie

La spasticité est une des formes cliniques de l'infirmité motrice cérébrale et c'est celle retrouvée chez Axelle. Elle résulte d'une atteinte du système pyramidal, qui est le siège du mouvement volontaire. Cette forme se caractérise par l'augmentation du réflexe myotatique : on observe alors la libération d'activités réflexes normalement inhibées par le système pyramidal. Contrairement à l'enfant sain qui voit son tonus diminuer progressivement lors des premiers mois de vie, le sujet atteint de spasticité présente une hypertonie musculaire qui se développe progressivement au cours de sa maturation et en fonction de ses interactions avec l'environnement.

Le bilan en kinésithérapie d'Axelle met en évidence une importante spasticité des membres inférieurs, notamment au niveau des muscles ischiojambiers et adducteurs. Au niveau des membres supérieurs, sa préhension est meilleure à gauche. On ne note pas d'atteinte au niveau du visage, il n'y a pas de bavage. Axelle se déplace en flèche. Elle possède également un siège coque, un dynamico et une coque de verticalisation. Elle porte des orthèses la nuit et des chaussures orthopédiques le jour. En effet, bien que « la lésion cérébrale elle-même est cicatricielle et définitive, les conséquences du trouble de la commande motrice vont s'aggraver inexorablement, en particulier dans le domaine orthopédique ». (AMIÉL-TISON, 1987, p 102)

3.2.8. Bilan ophtalmologique

Une consultation réalisée en janvier 2011 a mis en évidence un léger astigmatisme et une hypermétropie. Axelle est alors âgée de 3ans. Une correction a donc été prescrite sous la forme de verres correcteurs qui sont bien supportés par Axelle.

3.2.9. Prises en charge

Axelle est prise en charge au CAMSP depuis octobre 2010. Elle est alors âgée de 1an et 10mois et bénéficie chaque semaine d'une séance de kinésithérapie motrice et d'une séance de psychothérapie. Elle est également prise en charge en libéral en kinésithérapie et en psychomotricité, cette dernière prise en charge étant réalisée au sein du cabinet de psychomotricité de mon maître de stage.

Par ailleurs, Axelle est scolarisée depuis la rentrée 2011, le matin uniquement. La mise en place de la scolarité en milieu ordinaire a été difficile suite à la réticence et l'inquiétude de la maîtresse. Une demande d'aide de vie scolaire a été réalisée, mais le poste n'est toujours pas pourvu à ce jour.

Il semblerait que le jeune enfant I.M.C. « refoule » son handicap le plus longtemps possible pour ne pas faire face à la réalité c'est-à-dire aux difficultés qu'il rencontrera tout au long de sa vie. « Il est probable qu'à un certain âge ils croient que leur infirmité ne sera que passagère, et d'ailleurs, les parents et l'entourage s'appliquent très souvent à les accréditer dans cette croyance ». (ROBAYE, 1975, p73). L'enfant va réellement prendre conscience de sa différence à travers le regard des autres.

Dans le cas d'Axelle, cette prise de conscience s'est faite lors de la scolarisation. Tout d'abord, en début d'année, elle ne comprenait pas pourquoi les enfants de son âge allaient à l'école et pas elle. Ensuite, elle ne comprenait pas pourquoi ses copains de l'école restaient toute la journée en classe alors qu'elle n'y allait que le matin. Ainsi, progressivement, Axelle s'est mise à poser plus de questions et à interroger Madame G. à ce sujet. Cette année fut donc importante car il a fallu accompagner la prise de conscience d'Axelle en répondant à ses questions et à ses inquiétudes.

3.2.10. Bilan psychomoteur

Axelle est indiquée en psychomotricité pour un retard d'acquisition à la marche chez une enfant prématurée. Le bilan a été réalisé par la psychomotricienne, en présence de l'assistante maternelle, d'après l'observation de l'activité spontanée, des informations fournies par l'assistante maternelle au cours de l'entretien, ainsi que par la réalisation d'items de l'Echelle de développement psychomoteur de la première enfance de Brunet-Lezine, du Vaivre-Douret et du Talbot.

Un premier bilan avait été réalisé lorsqu'Axelle avait 12mois et ce dernier a été approfondi à 15mois suite aux inquiétudes de la psychomotricienne quant au développement d'Axelle et afin d'étayer la demande d'examens complémentaires auprès des médecins.

Axelle avait donc 15mois lors de la réalisation du bilan et est désormais âgée de 3ans. Il me semblait intéressant d'intégrer dans ce mémoire le second bilan réalisé afin d'avoir un aperçu des progrès déjà réalisés par Axelle. Néanmoins, je compléterai par la suite ce bilan par un bilan d'observation que j'ai réalisé au début de la prise en charge, afin de réactualiser le projet thérapeutique.

- **Bilan psychomoteur initial**

Contact visuel et Interactions :

Le contact visuel avec le partenaire est stable dans la relation et de bonne qualité : Axelle tourne bien la tête des deux côtés. Elle regarde autour d'elle et peut suivre un objet du regard. Elle porte de l'intérêt pour les objets qui lui sont présentés.

Le langage et la compréhension :

Axelle vocalise beaucoup. Elle imite certains bruits de bouche et y prend plaisir. Le babillage est plus diversifié et Axelle varie le volume et le débit de ses expressions.

Au niveau de la compréhension, elle jette le jouet et regarde où il est tombé. Elle peut manifester son plaisir ou son mécontentement. Elle sourit et vocalise devant son image dans le miroir.

La station assise :

Chez Axelle, la position assise en trépied est possible depuis peu grâce à un renforcement de son tonus axial. En effet, « A la naissance du bébé, l'immaturation neuromotrice [...] se présente sous la forme d'une bipolarité tonique : l'hypertonie des membres et l'hypotonie des muscles de la colonne vertébrale ». (ROBERT-OUVRAY, 2010, p 77). L'évolution de cette répartition tonique va être sous le contrôle de différentes lois qui régissent l'évolution motrice des individus. Ainsi, le renforcement du tonus axial est sous le contrôle de la loi céphalo caudale qui énonce que les muscles de l'axe sont d'autant plus tôt sous le contrôle de la volonté qu'ils sont proches du système nerveux central. Ce renforcement est progressif et permet l'acquisition de la station assise vers l'âge de 6 mois.

Lors de la position assise, on observe une importante cyphose dorsale chez Axelle, avec une attitude en flexion des membres inférieurs (en W). Lors des tentatives de redressement, Axelle se déséquilibre mais une ébauche de réaction parachute est observable. Elle peut désormais maintenir la position assise tout en jouant avec un objet d'une main et en se maintenant de l'autre. Dans la situation du tiré-assis, Axelle commence à participer à la traction.

En décubitus ventral :

Axelle redresse sa tête et soulève légèrement son buste mais elle ne peut maintenir la position. Elle peut prendre appui sur ses avant bras puis les tendre pour saisir un objet qui lui est présenté. Le poids du corps est alors sur le sternum afin de pouvoir manipuler l'objet. Le retournement en décubitus dorsal n'est pas acquis.

En décubitus dorsal :

Axelle est plus à l'aise dans cette position qu'en décubitus ventral. Elle tourne la tête dans les deux sens et peut revenir dans l'axe. Elle soulève sa tête et ses épaules, joue à fléchir et étendre ses jambes mais elle n'amène pas encore ses pieds dans son champ visuel. Axelle est continuellement en extension et aucune ébauche d'enroulement n'est observable. Elle peut saisir un objet dans chaque main. Lors du retournement en décubitus ventral, Axelle participe peu au mouvement et dégage difficilement sa main.

Au niveau de la préhension :

La préhension s'effectue d'une seule main, le plus souvent la gauche. L'approche est latérale et parabolique, le lâcher est volontaire. La préhension fine commence à apparaître avec la prise en pince de tous petits objets (9mois) mais l'approche n'est pas directe. Les mouvements d'Axelle sont très saccadés.

Au niveau locomoteur :

Il n'existe aucun déplacement autonome : pas de pivotement en décubitus ou en station assise, pas de retournement. Le Métayer. M définit le développement moteur « comme une prise de contrôle progressive par l'enfant de son système musculaire, au fur et à mesure de la disparition de la motricité primaire (souvent appelée archaïque), de la progression de son éveil et de la répétition de ses expériences motrices ». (LE METAYER, 1993, p 15). Or, le jeune enfant I.M.C « est atteint dans ses potentialités cérébro-motrices. Ce qui veut dire que les atteintes cérébrales touchent la motricité innée ». (*ibid*, p 12). Ainsi, l'expérience motrice nécessaire au développement psychomoteur de l'enfant est limitée, ce qui peut expliquer le retard de développement observé chez les enfants I.M.C. et chez Axelle.

Conclusion :

Au vue de l'évolution lente d'Axelle et des difficultés importantes au niveau posturo-moteur et locomoteur, il paraît important de poursuivre la prise en charge en psychomotricité.

- **Bilan psychomoteur de suivi**

Il s'agit d'un bilan d'observation que j'ai réalisé au début de mon stage.

Entretien en présence de l'assistante maternelle :

L'alimentation : Axelle mange de tout mais en petites quantités. Avec la main gauche, elle pique les aliments avec la fourchette et remplit la cuillère mais elle a des difficultés à porter à la bouche.

La propreté : La propreté (diurne et nocturne) est acquise depuis Avril 2011.

Le développement posturo locomoteur : Axelle a présenté un retard d'acquisition sur l'ensemble des stades de développement : tenue de la tête acquise à 10mois (normalité entre 2 et 4mois), tenue assise à 2ans passé (normalité vers 6mois). La station debout n'est toujours pas acquise à ce jour.

La compréhension et le langage :

En ce qui concerne l'expression, Axelle présente un vocabulaire varié et se fait très bien comprendre par l'adulte.

En ce qui concerne la compréhension, elle comprend et applique les consignes simples lorsqu'elle connaît les exercices proposés. Par contre, lors de nouvelles consignes, on peut parfois observer des difficultés de compréhension.

Axelle présente donc un bon niveau de développement des capacités langagières et de compréhension.

Bien que ce ne soit pas le cas chez Axelle, il est fréquent de retrouver des troubles de la compréhension chez l'enfant I.M.C. En effet, pour Piaget, l'intelligence est au début essentiellement pratique. Elle se construit en fonction de la sensorialité et de la motricité de l'enfant. Elle lui permet d'organiser le réel selon un ensemble de structures spatio-temporelles et causales. Lors du stade sensori moteur, de 0 à 2ans, l'enfant ne possède ni langage ni fonction symbolique et ses constructions doivent alors s'effectuer en s'appuyant exclusivement sur des perceptions et des mouvements, autrement dit, par une coordination sensori-motrice des actions sans intervention de la représentation ou de la pensée. Selon Piaget, « c'est à l'activité sensori motrice préverbale qu'est due la construction d'une série de schèmes perceptifs dont on ne saurait, sans simplification exagérée, nier l'importance dans la structuration ultérieure de la pensée ». (PIAGET, 1998, p 6).

Piaget suppose donc que le développement mental de l'enfant est lié à l'interaction permanente qu'il a avec son environnement, en lien avec les principes d'assimilation (tendance à incorporer tout objet dans ses schèmes sensori moteurs) et d'accommodation (tendance à modifier ses schèmes moteurs en fonction des caractéristiques des objets). Ainsi, nous pouvons supposer que la présence d'un éventuel déficit intellectuel chez l'enfant I.M.C est à mettre en lien avec son retard moteur, ce dernier engendrant une difficulté à intégrer les schèmes sensori moteurs élémentaires.

Niveau moteur :

Le tonus :

Axelle présente une forte hypertonie, que ce soit au niveau des membres supérieurs ou des membres inférieurs. Lors des épreuves de motricité fine, elle a du mal à alterner les temps de contraction et de détente. Le relâchement est difficile à obtenir spontanément.

Le corps, de par sa fonction tonique, est le véhicule de l'expression et des émotions, ainsi que le support essentiel de la communication infra verbale (langage corporel). Or, la plupart du temps, le corps de l'enfant infirme moteur cérébral est source de douleurs. Cette douleur peut se retranscrire au niveau corporel et affecter le tonus. En effet, la répétition d'émotions et de messages douloureux laissent des traces dans le tonus et déterminent son intensité de base (tonus de fond). L'hypertonie retrouvée chez Axelle, résultat de l'atteinte du système pyramidale, est peut être majorée par les douleurs subies par son corps depuis sa petite enfance.

Le décubitus dorsal et ventral :

En décubitus dorsal, Axelle redresse bien sa tête.

En décubitus ventral, elle s'appuie sur un avant bras pendant qu'elle tente d'attraper un objet plus éloigné.

On observe des mouvements de reptation : elle se propulse sur le ventre, recule, avance, pivote un peu en se poussant avec les jambes et en s'aidant de ses avant bras. Elle rampe en avançant mais a besoin de stimulations pour qu'il y ait une flexion des jambes.

La station assise :

Axelle peut saisir un objet posé plus loin devant elle et se redresser par la suite.

On observe des réactions de protection latérales et en arrière.

Elle peut effectuer une rotation du tronc pour atteindre un objet placé à côté d'elle.

Elle peut se relever seule de la position en décubitus à assise avec l'appui de ses mains ou en se servant de l'appui latéral d'un coude ou de la main mais cela est difficile pour elle et, le plus souvent, elle préfère passer par la position à genoux ou à 4 pattes.

Elle tient assise seule penchée en avant, appuyée sur ses membres supérieurs étendus devant. Néanmoins, Axelle présente de grosses difficultés pour coordonner station assise et activités manuelles (perte d'équilibre).

La position à genoux : Axelle ne se tient pas à genoux sans appuis du tronc

La station debout :

Maintenue debout, Axelle se redresse globalement.

Elle peut tenir debout plusieurs minutes en se tenant à la boîte de jeux (à une ou deux mains). Elle peut lâcher une main pour aller fouiller dans la boîte mais a besoin d'être rassurée par la présence de l'adulte à ses côtés.

Axelle plie les genoux pour aller chercher un objet au sol.

Axelle n'a pas encore acquis la marche autonome. Néanmoins, elle peut marcher tenue sous les aisselles ou par les mains, mais on observe une hyper extension des jambes et une marche sur la pointe des pieds et en ciseaux. Cette marche est caractéristique des enfants atteints de diplopie spastique. En effet, chez le jeune enfant I.M.C, la première année de vie est marquée par une hypotonie importante avec une tenue de la tête et une assise imparfaite. Néanmoins, au fil du temps, va apparaître une hypertonie très marquée.

Préhension et coordinations visuo manuelles :

Balles et ballons :

Axelle lance un ballon avec ses deux mains en direction de l'adulte avec un mouvement global de tout le corps mais elle manque de contrôle lors du lancer et on observe des à-coups.

Elle attrape occasionnellement un ballon à 1,5 mètres de distance et elle peut s'aider de son tronc pour la réception si elle est soutenue au niveau dorsal.

Axelle ne se concentre pas toujours sur ce qui se passe et n'anticipe donc pas obligatoirement la réception de la balle (ses bras et ses mains ne sont pas dans une position adaptée). De ce fait, elle ne parvient pas à récupérer la balle, d'autant plus qu'Axelle présente une lenteur dans la coordination de ses gestes et de ses mouvements qui sont brusques.

De plus, Axelle ne présente pas de points d'appuis stables, ce qui l'empêche d'être entièrement concentrée sur ce qui se passe autour d'elle.

Elle ne parvient pas encore à adapter son geste au matériel et au but à atteindre. Elle présente toujours les mêmes lancers, quelle que soit la cible.

Lors des lancers d'anneaux, Axelle utilise ses deux mains mais présente des difficultés à contrôler son relâchement (elle relâche souvent trop tôt).

Les mouvements sont brusques et Axelle est très contractée.

La motricité fine :

Chez les enfants I.M.C, l'acquisition du graphisme est souvent rendue difficile en raison des contractions excessives survenant lors de la réalisation des mouvements volontaires.

Les mains sont d'emblée crispées dans la tenue du crayon.

Ces troubles sont également retrouvés chez Axelle. Elle peut réaliser des figures circulaires au tableau mais avec difficultés : les mouvements sont saccadés et on observe ainsi une discontinuité dans les tracés.

Les difficultés toniques ainsi que les difficultés d'ajustement postural que présente Axelle sont défavorables à l'acquisition du graphisme car la concentration exigée par la tenue de la posture ne permet pas à Axelle de s'investir totalement dans cette activité.

Les coordinations visuo manuelles ne sont pas efficaces. Axelle ne présente pas de contrôle local. De plus, ces difficultés motrices engendrent des déséquilibres qui font qu'elle ne peut se concentrer sur la tâche demandée.

La préhension :

Les prises se font en pince et de la main gauche.

Axelle peut saisir une perle et la mettre dans une bouteille.

Elle découpe mieux de la main droite.

Ses gestes sont brusques et saccadés.

Les coordinations visuo manuelles :

Axelle ne regarde pas toujours les activités qu'elle réalise (ne regarde pas où elle envoie la balle).

Elle peut placer un anneau sur son support.

Elle réalise un petit train ou une tour avec 3 ou 4 cubes (avec démonstration).

Elle peut percer des trous sur des points dessinés sur une feuille avec précision mais on observe un manque de contrôle tonique (elle appuie très fort). On observe une recherche oculaire des points restants à percer.

Conclusion du bilan psychomoteur de suivi :

Axelle a une bonne connaissance du vocabulaire corporel mais elle se trouve en difficultés dans les épreuves de coordination motrice globale et dans les épreuves de coordination oculo manuelles et bi manuelles. De plus, elle présente des difficultés en ce qui concerne la motricité fine. Par ailleurs, nous notons la présence d'une importante anxiété face aux nouvelles expériences. Une prise en charge psychomotrice lui permettrait, à travers des expériences motrices diverses, d'intégrer une meilleure conscience corporelle afin d'améliorer ses coordinations fines ainsi que sa motricité globale.

Seconde partie : Le plaisir au sein des prises en charge

1. La notion de plaisir

« Même si le plaisir est éphémère et substantiel, gardez-le en pensée, car il contient le sens de la vie » (GOETHE). L'enfant handicapé moteur est généralement dans un vécu douloureux. En psychomotricité, l'approche globale de l'enfant aura comme objectif de contrecarrer cette souffrance, de faire découvrir à l'enfant un corps plaisir.

1.1. Le plaisir dans le développement psychosexuel

« Le premier signe de plaisir explicité par le nouveau-né au cours des premiers jours est le fait de se calmer lorsqu'on le prend dans les bras. Pendant ses tétées, il montre son plaisir en écartant ses orteils qu'il fléchit et étend ». (ILLINGWORTH, 1990, p128). L'enfant se met extrêmement tôt à la recherche du plaisir. Freud décrit différents stades de développement dans lesquels le plaisir est retrouvé :

Le premier stade est celui de l'oralité. Le bébé ressent un état de tension (la faim) puis il découvre l'apaisement grâce au sein. Le plaisir est dit « sexuel » car c'est le début de la découverte du plaisir pour l'être humain. Cette tension qui cède est d'abord liée à l'excitation de la zone buccale (aux mouvements des lèvres qui accompagnent la prise de nourriture et au contact des aliments tout au long du système digestif) : la pulsion s'étaye donc sur une fonction vitale. Puis, l'enfant prenant conscience du plaisir procuré, va commencer à téter sans fonction alimentaire et la pulsion va devenir autonome. Le plaisir est alors auto érotique. Par ailleurs, lors de l'alimentation, l'enfant se remplit d'autres sensations : odeurs, paroles, images, portage... Il incorpore (de la nourriture) et il introjecte (du monde extérieur). Cet échange avec le monde extérieur permet le début de l'intériorisation. En perdant la sensation de faim et en découvrant le plaisir, le bébé fait un premier pas vers l'unification (il se sent uni dans son corps). En même temps, ce sentiment est labile et la désunion guette.

Le stade anal est le second stade décrit par Freud. Il est organisé sous le primat de la zone érogène anale qui s'étend à l'ensemble de l'appareil musculaire et l'enjeu de ce stade est la maîtrise et le contrôle puisqu'il s'agit de garder ou d'expulser des objets. Le but pulsionnel est double : Il est auto érotique par la stimulation de la zone anale mais aussi affectif par la recherche de maîtrise de l'environnement (faire plaisir ou s'opposer). L'enfant comprend qu'avec ses selles, il peut négocier avec ses proches. Parallèlement, ce jeu musculaire permet à l'enfant de percevoir ses limites corporelles. Néanmoins, en grandissant, l'enfant va devoir modérer son pouvoir pour être en accord avec les convenances sociales. Il sera donc nécessaire qu'il trouve des substituts à son plaisir.

Enfin, Freud décrit un troisième stade, parallèle à la maîtrise sphinctérienne, qui est le stade phallique. C'est le stade de l'unification des pulsions sous le primat des organes génitaux. Pour l'enfant, il n'y a qu'un seul organe génital : l'organe mâle. L'opposition des sexes revient à avoir un pénis ou ne pas en avoir. Le complexe de castration va naître de la constatation par l'enfant de la différence des sexes et du bouleversement engendré par l'absence fantasmée. Ce stade urétral recouvre la 3ème année de vie qui est une année d'affirmation de soi pour l'enfant. La source pulsionnelle prévalente est l'urètre. Le but est double : plaisir de la miction ou plaisir de sa rétention. Il y a donc une dimension auto érotique et une dimension objectale (faire plaisir ou non à son entourage). Les objets sont l'urine et les objets externes à maîtriser (parents, instituteurs, nounou...). A ce stade, l'enfant présente une curiosité sexuelle infantile importante. L'enfant commence à entrevoir les différences entre les sexes mais il est dans le déni. L'enfant se persuade que sa mère a un pénis, même si celui-ci n'est pas visible. Le petit garçon, lui, est dans le déni de la perte. L'enfant commence à élaborer des théories quant à la naissance des enfants. C'est un stade pré génital où l'enfant est centré sur le pénis qui symbolise la toute puissance, l'unité, mais à cet âge, le pénis n'a pas encore de pouvoir génital pour l'enfant. C'est seulement à la fin de l'œdipe que l'enfant apprend que le pénis est à l'origine des naissances. Lors de ce stade, le narcissisme est au premier plan.

1.2. Le plaisir dans la théorie psychanalytique

Le plaisir est une notion fondamentale dans la théorie freudienne avec le principe de plaisir qui régit le fonctionnement mental. Comme nous l'avons vu, pour Freud, l'individu cherche à apaiser ses tensions, c'est-à-dire à éprouver du plaisir depuis sa naissance. Toute tension qui rompt l'équilibre de l'organisme est ressentie comme douloureuse.

« La théorie psychanalytique admet sans réserves que l'évolution des processus psychiques est réglée par le principe de plaisir. Autrement dit, nous croyons, en tant que psychanalystes, qu'elle est déclenchée chaque fois par une tension agréable ou pénible et qu'elle s'effectue de façon à aboutir à une diminution de cette tension, c'est-à-dire à la substitution d'un état agréable à un état pénible ». (FREUD, 1920, p7)¹². L'individu tend à éviter le déplaisir et à rechercher la satisfaction : c'est un principe économique. Le bébé cherche à retrouver le plaisir obtenu par la nourriture mais aussi par le contact avec son entourage et notamment avec sa mère. Néanmoins, le principe de plaisir se heurte au principe de réalité qui régule le fonctionnement psychique. Le principe de réalité est l'intériorisation progressive du fait que le plaisir ne peut pas toujours être obtenu immédiatement et de manière identique à chaque fois puisqu'il existe des interdits, des limites, des frustrations.

1.3. Le plaisir dans le développement de l'enfant

« C'est toujours en terme de « bon », « satisfaisant » et « agréable » que sont qualifiées les composantes nécessaires au bien être de l'enfant et à son développement » (GALLET-LEGRIX. C, 1977, p105). Ainsi, le plaisir est essentiel au bien être de l'enfant et à son développement. La relation et la dialogue tonico émotionnel établis entre la mère et l'enfant ouvrent le bébé à l'affectivité et à la relation à l'autre. C'est grâce aux soins maternels et aux jeux que l'enfant découvre son corps donc qu'il construit son schéma corporel et peut partir à la découverte de l'espace environnant. Ces étapes sont fondamentales pour le développement de l'enfant. Elles permettent une bonne évolution si elles ont été vécues dans la joie.

En effet, « c'est dans la mesure où il aura été rassasié de plaisir que l'enfant pourra supporter la frustration, par anticipation d'un plaisir connu » (*ibid*, p 106). Tout au long de la vie, on retrouve cet aspect structurant et dynamique du plaisir. La perspective et l'anticipation de celui ci permettent de supporter les tracas de la vie quotidienne. Pour faire référence à Freud, on peut dire que « c'est le principe de plaisir qui permet l'acceptation du principe de réalité ».

¹²http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_de_psychanalyse/Essai_1_au_dela/au_dela_prin_plaisir.html

1.4. Instauration du plaisir dans la prise en charge

Comme nous l'avons vu avec Freud et son principe de réalité, le plaisir ne peut pas toujours être présent et son absence est aussi structurante. De plus, vivre d'autres émotions telles que la peur, la tristesse ou la colère est nécessaire au développement de tout individu. Lors des séances, un cadre est posé mais il n'est pas sans limites et il peut se révéler contraignant pour l'enfant, ce qui sera à l'origine de frustrations. Ces dernières permettent alors une évolution du patient. « Les frustrations, inévitables, jouent, elles aussi, un rôle structurant de prise de conscience de soi et de la réalité, mais elles requièrent des qualités particulières qui les rendent assimilables, et non pas destructrices ». (GALLET-LEGRIX, 1977, p22).

En tant que thérapeute, il nous faut donc favoriser l'émergence de ce plaisir tout en gardant à l'esprit que ce dernier peut prendre différentes formes. Le cadre physique et psychique est un élément fondamental dans sa mise en place. Un cadre contenant et sécurisant, qui reste toujours le même, est à la base de tout plaisir puisque ce dernier est une sorte d'abandon de soi et pour laisser venir ce sentiment, une relation de confiance doit être établie.

Par ailleurs, le thérapeute doit être impliqué dans la prise en charge. Une écoute attentive et empathique, via des observations fines du langage non verbal, va permettre de connaître au mieux l'enfant, ses signes de plaisir et/ou de déplaisir voire de douleur. Grâce à ce dialogue tonico émotionnel, le thérapeute peut répondre aux demandes du patient même s'il ne les formule pas. En effet, il existe une multitude de façon d'exprimer son plaisir (sourires, regards, relâchement musculaire, etc.) « Rien de tangible, de mesurable, mais quand on est à l'écoute, c'est tout d'abord une impression faite de « certitude », d'une grâce, d'un bien être éprouvé par l'autre et qui se répand dans l'espace » (GALLET-LEGRIX, 1977, p108-109).

Le plaisir va permettre d'entrer en relation avec l'enfant. En effet, au début de la prise en charge, l'enfant peut être inquiet et peut se demander ce qu'il va faire avec nous. Le plaisir partagé avec le psychomotricien lors d'un jeu va permettre à l'enfant de se sentir plus à l'aise et va permettre d'instaurer une relation de manière positive, une complicité.

Chez Maëlle tout comme chez Axelle, il est rare qu'elles expriment verbalement leur plaisir. Néanmoins, leur enthousiasme à poursuivre les activités ou encore leurs sourires sont autant de signes tangibles du plaisir éprouvé. Au contraire, lorsqu'une activité leur déplaît, ou n'est pas assez ludique, on peut remarquer, notamment chez Axelle, une augmentation de son tonus, une crispation de son visage. De plus, au lieu d'exprimer son mécontentement verbalement, elle se ferme sur elle-même et peut faire des colères, exprimant ainsi ses émotions corporellement. Maëlle, elle, tente de trouver des échappatoires, comme demander à aller aux toilettes. Il est alors important de mettre des mots sur leurs émotions, pour leur montrer qu'on est à l'écoute de leurs besoins et désirs.

1.5. Le plaisir : une émotion qui se partage

Une autre dimension du plaisir est importante : celle du partage. « Ce qui est important avant tout, c'est que le processus actif et relationnel s'engage sur la base d'un plaisir partagé. La thérapie doit devenir source de plaisir : plaisir d'être en relation, plaisir d'avoir un corps, d'agir et de communiquer à travers lui » (BUCHER, 1994, p 83). L'enfant qui est encouragé dans ses explorations et ses découvertes, qui est stimulé, qui voit son plaisir partagé par son entourage, prend confiance en lui et prend des initiatives. Néanmoins, nous avons vu qu'il est nécessaire de poser des limites et de ne pas consentir à tout ce que veut l'enfant car la frustration engendrée par ces limites sera structurante pour l'enfant.

Les séances de psychomotricité sont un véritable lieu d'échanges, un espace d'expression où le patient est considéré comme un sujet et où ses désirs sont entendus et respectés. Toutefois, les observations faites permettent également de se rendre compte quand un patient ne peut supporter une excitation trop intense suite à un plaisir trop important. Le thérapeute joue alors un rôle de pare excitation pour permettre à l'enfant de ne pas être envahit par ses sensations.

Cette notion me rappelle la prise en charge avec Maëlle. Il n'est pas rare, lors d'activités particulièrement plaisantes pour elle, d'observer une surexcitation. Il était alors nécessaire de la recadrer car son agitation motrice et psychique était telle qu'elle faisait totalement abstraction de ce qui passait autour d'elle.

En conclusion, je pense que ces moments de plaisir peuvent être favorisés mais il ne faut pas oublier que le patient reste guide de son plaisir. Il est donc important de le laisser choisir, à son rythme, selon sa façon de faire. Néanmoins, le thérapeute doit garder en tête le projet thérapeutique et va donc devoir adapter les envies du patient dans le but de mener à bien son projet.

1.6. Le plaisir du psychomotricien

Le patient n'est pas le seul à être autorisé à éprouver du plaisir. Au contraire, le plaisir se partage, ce qui renforcera celui du patient. « Le psychomotricien est celui qui tient compte de son propre regard dans la réalisation du fonctionnement, autrement dit, qui tient compte de son désir ». (BERGES, 1985, p25). Ainsi, ce partage permet l'émergence du plaisir. « Plaisir pour l'enfant de venir jouer avec l'adulte, plaisir de voir que l'adulte peut prendre du plaisir à jouer avec lui, plaisir dans la répétition, plaisir dans la découverte que le cadre tient, qu'il peut même subir des attaques sans pour autant être détruit ». (MOYANO, 1997, p2).

Cette notion me semble évidente et fondamentale et pourtant, elle ne fut pas aisée à mettre en place. En effet, en troisième année, j'ai été amenée à réaliser seule les prises en charge. Cette nouvelle liberté, bien qu'enrichissante, m'a demandé au départ beaucoup d'énergie et de concentration, ce qui m'empêchait de prendre pleinement du plaisir lors des séances. En effet, j'étais entièrement concentrée sur les activités que je proposais et n'étais donc pas en mesure de me laisser aller au plaisir émergeant des échanges avec les patients. Ce n'est qu'au fur et à mesure de l'année, en prenant confiance en moi et en mes capacités à mener une séance sans être débordée, que j'ai pu accéder à cette échange si important dans toute prise en charge.

J'ai pu prendre conscience que le « lâcher prise » résultant du plaisir partagé est un moteur pour le thérapeute et qu'il est à la base de l'évolution de la prise en charge. Avec le temps, je me suis rendue compte que j'avais de moins en moins besoin de prévoir les séances puisque je me laissais guider par ce que m'apportaient les patients.

1.7. Le plaisir sensori moteur

Selon Bullinger, « le développement de l'enfant passe par l'étape fondamentale de la sensori-motricité, fondée sur les sensations extéroceptives provenant des stimulations externes (tactiles, auditives...) et par les sensations proprioceptives correspondant à la sensibilité attachée aux instruments moteurs et d'orientation du corps (muscles, tendons, articulations, appareil vestibulaire) ». (ALLARD, 2010, p 46)

Le plaisir sensori moteur est donc un des piliers dans l'évolution de l'enfant. Le sujet découvre son corps en mouvement, ce qui lui permet de se l'approprier et structurer l'espace par rapport à lui. Les expériences sensori motrices, à partir desquelles va émerger le plaisir, permettent de créer un lien entre ressentis corporels et état tonico émotionnel. Les activités vont d'abord être centrées sur le corps propre pour ensuite être centrées sur les activités extérieures. Cet investissement spontané de l'espace environnant est l'effet du plaisir. « Un enfant qui a trouvé le plaisir d'être au monde s'investit spontanément dans des activités d'exploration de son corps propre et de l'espace matériel qui l'entoure ». (LEMPP, 1986, p305).

2. Deux projets thérapeutiques, un point commun : le plaisir

2.1. Le projet Thérapeutique de Maëlle

La prise en charge devra se faire, dans la mesure du possible, de façon ludique, afin d'aider au maintien de l'attention de Maëlle et pour lui permettre de persévérer dans les activités proposées. Du fait de la fatigabilité et de la labilité de son attention, les prises en charge dureront 45minutes, à raison de deux séances par semaine. De plus, toujours du fait des troubles attentionnels observés lors du bilan, la prise en charge sera décomposée en plusieurs temps distincts et répétitifs d'une semaine à l'autre, afin de proposer un cadre contenant à Maëlle et afin d'éviter les dispersions. Néanmoins, nous laisserons une part de liberté et d'innovation, afin de permettre une prise d'initiatives. En effet, le psychomotricien se doit de proposer, de guider le déroulement des séances, sans jamais imposer ses envies, au risque de bloquer la relation établie. Il faut avant tout respecter le rythme et les envies du patient.

Lors de chaque séance, nous proposerons un temps dynamique, notamment à l'aide de parcours moteurs. Lors de ce dernier, la mise en jeu du corps permettra un travail sur la motricité de base, la régulation du tonus, l'équilibre, l'aisance corporelle et la prise de conscience du corps en mouvement. Le parcours permet aussi un travail sur les coordinations (bi manuelles, hémicorps inférieur/supérieur, droite/gauche). De plus, ces parcours seront installés de manière à inciter l'utilisation de l'hémicorps gauche de Maëlle. Les notions topologiques de base pourront également être travaillées de manière ludique lors du parcours, notamment par la verbalisation des déplacements.

Nous proposerons également un travail sur la motricité fine. Des exercices requérant de la précision seront proposés (découpage, pose de gommettes...) afin de soutenir les apprentissages scolaires. Ces propositions seront amenées de manière ludique pour inciter l'utilisation de son membre supérieur gauche.

Parallèlement à ces activités, une prise de conscience de la régulation tonique des membres supérieurs devra être réalisée afin d'améliorer les performances de Maëlle. Ainsi, des mobilisations et un toucher thérapeutique pourront être proposés en début de séance afin d'apporter une détente. Ce travail sur la régulation du tonus pourra être bénéfique en permettant une meilleure ouverture articulaire du membre gauche.

Durant les premières années de son développement, le jeune enfant I.M.C est entravé dans son corps en raison de ses difficultés motrices. Néanmoins, il existe toute une gamme de récepteurs sensoriels et lorsque ces derniers sont fonctionnels, comme chez Maëlle, ils peuvent permettre un étayage dans la découverte d'eux-mêmes et de leur environnement. En effet, « les divers systèmes sensoriels et mécanismes perceptifs du fœtus (sensibilité cutanée, proprioceptive, vestibulaire, gustative, auditive et visuelle), sans toutefois atteindre un niveau de fonctionnement très différencié car la maturation des structures nerveuses n'est pas terminée, sont tous déjà fonctionnels dès la naissance, quoique à des degrés divers, lui permettant d'entrer en contact et d'interagir sur un mode orienté ou défensif avec le monde qui l'entoure » (RONDAL ET ESPERET, 1999, p 13). Lors de la prise en charge, il me semble donc important de profiter des capacités sensorielles présentes chez Maëlle pour favoriser la découverte et l'exploration de ses possibilités motrices.

L'objectif des séances est de proposer de multiples expériences motrices et sensori motrices à Maëlle, afin d'enrichir son schéma corporel et pour qu'elle puisse découvrir ses capacités et investir son corps comme un lieu de plaisir.

2.2. Le projet thérapeutique d'Axelle

Le travail réalisé avec Axelle devra être orienté pour une évolution de son niveau moteur et cognitif. Le cadre proposé lors des séances se doit d'être cadrant pour offrir un espace sécurisant à Axelle, enclin à l'anxiété face aux expériences nouvelles.

Un travail sur la motricité globale, la motricité fine et les coordinations visuo-manuelles semble primordial dans la suite de la prise en charge afin d'offrir à Axelle la possibilité d'évoluer et de s'adapter au monde extérieur avec le plus de facilité possible.

Axelle a bien investi le milieu scolaire. Il est donc important de poursuivre son intégration parallèlement à une prise en charge pluridisciplinaire adaptée à ses difficultés.

Tout comme pour Maëlle, l'objectif des séances est de proposer de multiples expériences motrices et sensori motrices à Axelle, afin d'enrichir son schéma corporel et pour qu'elle puisse découvrir ses capacités et investir son corps comme un lieu de plaisir.

3. Le plaisir au sein de la prise en charge

3.1. La prise en charge de Maëlle

N'assistant qu'à une séance sur les deux proposées à Maëlle, je développerai uniquement celles auxquelles j'assiste et qui ont lieu le vendredi. Cependant, je suis informée, au fur et à mesure des semaines, de ce qui se passe lors de l'autre séance, qui a lieu le mardi. Par ailleurs, je vous présenterai la prise en charge selon les items psychomoteurs puisque ceux-ci ont été travaillés tout au long de l'année, en fonction de l'évolution de Maëlle et de ses envies. Maëlle est très motivée pour venir aux séances de psychomotricité. Les séances se déroulent de façon ludique et le plus souvent dans la salle de psychomotricité, les activités réalisées à la table étant généralement réservées au travail de la motricité fine.

3.1.1. Le plaisir de bouger

La motricité globale et les coordinations dynamiques générales sont particulièrement travaillées à l'aide des parcours moteurs. Ces derniers me semblent intéressants avec Maëlle dans la mesure où c'est une activité qu'elle apprécie et qui lui permet d'avoir une participation active : elle aide à la construction en allant chercher le matériel puis nous installons le parcours ensemble.

Le matériel change à chaque séance mais certains exercices reviennent régulièrement, comme enjamber des barres placées à quelques centimètres du sol, marcher sur une surface étroite, passer dans un cerceau, afin de donner des repères et rassurer Maëlle.

Depuis le début de l'année, les progrès de Maëlle sont importants dans le domaine de la motricité globale. Le saut à pieds joints est désormais acquis et sans aide. Son équilibre est plus stable sur surface plane et elle est prudente et attentive dans ses déplacements. Néanmoins, lors d'une marche sur un matelas avec obstacles, son équilibre est précaire et elle finit généralement le trajet en rampant. Cette observation est à mettre en lien avec le manque d'équilibre observé chez les enfants I.M.C. Le fait que Maëlle aille à terre met en évidence le fait qu'elle est à la recherche de points d'appuis stables, stabilité qu'elle retrouve lorsqu'une plus grande surface de son corps est en contact avec le sol. Par ailleurs, la marche à 4 pattes est très difficile à obtenir, ce qui met en évidence l'atteinte de son membre inférieur gauche.

Pour travailler l'organisation spatio temporelle, j'énonce verbalement les étapes du parcours en le réalisant, afin que Maëlle intègre l'ordre de réalisation des différentes étapes. Lorsque Maëlle réalise par la suite le parcours, elle doit également verbaliser les endroits par lesquels elle passe et les actions qu'elle réalise. Depuis le début de l'année, Maëlle a fait de réels progrès en ce qui concerne le séquençage. En effet, elle réussit désormais à respecter l'ordre de réalisation des parcours.

3.1.2. Le plaisir dans l'échange

Le trampoline est également une activité particulièrement appréciée par Maëlle et qui nous permet de travailler l'équilibre et les coordinations bi manuelles. Lors des sauts sur le trampoline, je me place près d'elle, afin d'apporter une présence contenant et rassurante. Nous profitons de ce moment pour faire des échanges avec un ballon de baudruche.

En effet, la disposition du trampoline dans la salle, contre un mur et à côté de l'espalier, oblige Maëlle à avoir le bras gauche vers l'espalier afin d'être tournée face à moi. Ainsi, elle est obligée de se tenir avec cette main pour se stabiliser et envoyer le ballon. Par la suite, nous changeons la main de soutien pour qu'elle utilise sa main gauche dans l'envoi de la balle. Les échanges sont difficiles : Maëlle s'excite rapidement et a des difficultés pour renvoyer le ballon vers le haut. Ainsi, le ballon finit régulièrement au sol, ce qui engendre une discontinuité dans les échanges. En revanche, lors des échanges de balles au sol, on observe que Maëlle est désormais capable de placer de façon adaptée ses mains pour la réception et que les coordinations bi manuelles sont de meilleure qualité.

3.1.3. Le plaisir d'atteindre un objectif

Afin de travailler les coordinations oculo motrices et bi manuelles, nous avons mis en place un jeu de lancer. Il s'agit de lancer des sacs lestés ou des anneaux dans des cerceaux alignés verticalement face à elle, avec les deux mains, en respectant un code couleur. Maëlle est en réussite dans ce type d'activité, même s'il est souvent nécessaire de lui rappeler de regarder le cerceau à atteindre. Cette activité permet également de travailler sur la conscience corporelle, Maëlle devant changer et anticiper le positionnement de ses bras mais aussi de son corps en fonction des lancers. De plus, une adaptation du geste est nécessaire, que ce soit au niveau de la direction ou de la force. Pour favoriser cette adaptation, nous changeons régulièrement la distance et le type de matériel. Par ailleurs, la nouveauté engendrée par ces changements est un facteur attrayant pour Maëlle et permet de susciter son envie de réaliser l'activité.

3.1.4. Le plaisir de sentir

Le schéma corporel est également abordé grâce à des stimulations tactiles réalisées à l'aide de balles sensorielles. Lors de cette activité, Maëlle doit fermer les yeux et reconnaître la balle que je passe sur différentes parties de son corps, les différentes balles lui ayant été présentées auparavant. Maëlle est en difficulté dans cette activité. Tout d'abord, malgré les verbalisations constantes que j'apporte pour la soutenir, elle a du mal à rester les yeux fermés, ce qui met peut être en évidence une certaine angoisse de sa part. Cette observation est à mettre en lien avec la notion de flux sensoriel de Bullinger. En effet, pour cet auteur, la présence des flux sensoriels est importante dans la découverte de l'environnement. Or, lorsque Maëlle ferme les yeux, c'est comme si nous la privions d'un flux sensoriel, ce qui est difficile, notamment à son âge. Ainsi, elle ne reconnaît presque jamais la balle utilisée, et en cite une au hasard.

Par ailleurs, nous travaillons la somatognosie au travers de la stimulation proprioceptive. Maëlle s'allonge sur le dos puis je dépose un sac lesté sur une partie de son corps. Elle doit alors me dire où se trouve le petit sac. Maëlle est en réussite sur ce type d'exercice. Elle y prend du plaisir et me peut dire à chaque fois où se trouve le sac. Par ailleurs, nous utilisons un bâton que Maëlle doit placer devant elle, derrière elle ou encore au dessus de sa tête au rythme d'une chanson que nous chantons. Ainsi, nous incitons Maëlle à utiliser son corps de façon adéquat en fonction d'un but à atteindre. Cette activité est difficile pour Maëlle car elle a des difficultés à ajuster son tonus en fonction des mouvements demandés.

3.1.5. Le plaisir de laisser une trace

Le graphisme est également abordé avec Maëlle. Lors de ces moments, nous veillons à ce qu'elle soit correctement installée et, pour cela, nous insistons sur la prise de conscience de ses appuis, que ce soit au niveau des membres supérieurs ou inférieurs. Pour aborder le rond, nous lui proposons de former une tête en complétant le contour d'un visage dessiné par nos soins. Au début de la prise en charge, ce type d'exercice était impossible à réaliser pour Maëlle. En effet, elle était uniquement sur le plaisir sensori moteur. La consigne n'était alors pas du tout respectée et Maëlle se contentait de faire des gribouillages. Mais, depuis peu, Maëlle a acquis la représentation des ronds. Ces derniers, bien que de taille importante, sont désormais fermés et Maëlle peut donc former la tête des bonhommes. Pour que Maëlle passe du plaisir sensori moteur au plaisir de laisser une trace, nous avons présenté cette activité de manière ludique en dessinant des bonhommes rigolos.

Lors du temps au bureau, nous travaillons également les coordinations oculo manuelles. Nous traçons un chemin entre une maison et un petit lapin et Maëlle doit, en traçant un trait, relier les deux. Cet exercice lui pose de grandes difficultés, notamment lorsque le chemin est courbé. Maëlle ne regarde pas l'objectif à atteindre (maison) et elle coupe presque systématiquement le chemin. La tenue du stylo est tri-digitale mais Maëlle est crispée, ce qui se ressent dans ses gestes qui sont brusques. De plus, le positionnement de son bras est toujours non adapté, avec une semi flexion du bras et le poignet en pronation. Néanmoins, puisque nous créons une histoire (le petit lapin doit retrouver sa maison), Maëlle persévère dans ses tentatives et prend du plaisir en nous demandant parfois de changer de personnage (chat, chien, etc.).

Avant de passer au bureau, j'ai tenté de proposer un travail de détente à l'aide de massages. Néanmoins, ces temps sont difficiles à mettre en place. Maëlle ne parvient pas à se détendre et me fait savoir que cela ne lui plaît pas. Il sera donc intéressant dans le futur de trouver une façon plus ludique de proposer ce type d'activité. Pour le moment, les massages ne sont donc pas proposés systématiquement, mais en fonction de l'état tonique de Maëlle.

3.1.6. Conclusion de la prise en charge

Globalement, nous pouvons observer une amélioration des capacités motrices globales de Maëlle. L'utilisation des deux mains se fait spontanément dans les activités de motricité globale mais pas encore dans les activités de motricité fine. Cela est à mettre en lien les lois de développement psychomoteur proximo distale. En effet, cette loi énonce que les muscles du corps sont d'autant plus tôt sous le contrôle de la volonté qu'ils sont proches de l'axe du corps. Ainsi, l'enfant maîtrise d'abord la motricité globale avant de maîtriser la motricité fine et c'est cette progression que l'on peut observer chez Maëlle.

3.2. La prise en charge d'Axelle

3.2.1. Le plaisir de manipuler

La motricité fine est travaillée grâce à des jeux de construction avec du matériel de type cubes. Axelle parvient bien à attraper les cubes mais les constructions en hauteur, avec empilement, sont difficiles, du fait des mouvements brusques d'Axelle au niveau des membres supérieurs. Axelle apprécie cette activité car elle aime faire « comme nous » mais elle aime aussi qu'on fasse « comme elle ». De plus, elle aime faire tomber les tours de cubes.

Lors de la réalisation de puzzle (2 et 4 pièces), Axelle utilise bien ses deux mains mais la mise en place des pièces reste difficile.

Lors des encastremets, il n'y a pas de contrôle visuel. Axelle ne tourne pas les pièces pour les mettre dans le bon sens et force pour les faire rentrer.

Puisque les manipulations sont difficiles, nous choisissons souvent des puzzles et encastremets représentant des animaux car Axelle les apprécie et aime les imiter.

3.2.2. Le plaisir de laisser une trace

Le travail au bureau nous permet de travailler différents items, mais nous devons nous montrer rassurantes car Axelle est très inquiète à l'idée d'être placée sur le rehausseur. Comme avec Maëlle, nous veillons à son positionnement et à ce que ses appuis soient stables.

Axelle saisit les crayons de la main gauche mais s'aide peu de sa main droite pour maintenir la feuille. Sa prise est tri digitale. Nous profitons du temps au bureau pour travailler les coordinations oculo manuelles. Pour cela, nous traçons un chemin entre une maison et un petit lapin et Axelle doit, en traçant un trait, relier les deux.

Cet exercice pose de grandes difficultés à Axelle, notamment lorsque le chemin est courbé, car les changements de direction sont difficilement réalisables. Axelle ne regarde pas l'objectif à atteindre (maison) et elle coupe presque systématiquement le chemin. De plus, ses mouvements sont extrêmement brusques et saccadés, du fait de la présence de spasticité au niveau de ses membres supérieurs. Le tracé n'est donc pas linéaire mais discontinu. De ce fait, la réalisation du rond n'est pas encore possible pour Axelle. Toujours du fait de la spasticité et des difficultés d'ajustement tonique, le graphisme est très difficile à mettre en place et Axelle est plutôt dans le sensori moteur.

3.2.3. Le plaisir de bouger

La motricité globale est également travaillée, notamment grâce à l'installation d'obstacles dans la salle. Là encore, Axelle est très craintive dès qu'il s'agit de se mettre un peu en hauteur. Un étayage verbal est donc nécessaire, afin de l'encourager dans ses déplacements et dans la découverte de son environnement. Ainsi, après encouragement, elle accepte de tenter des expériences motrices, comme marcher à 4 pattes sur un parterre de briques et y prend du plaisir. Le quatre pattes est désormais bien acquis, avec dissociation des quatre membres.

A la demande d'Axelle, un travail sur la marche est également réalisé. Cela peut être une marche tenue par les mains de l'adulte ou une marche dans laquelle Axelle se tient à un support mobile, avec un support dorsal sur l'adulte, ce qui lui permet de tenir son équilibre. Dans tous les cas, nous restons présentes à ses côtés, puisque son équilibre est précaire. En effet, Axelle présente toujours une marche caractéristique des enfants atteints de diplopie spastique, c'est-à-dire une marche avec une hyper extension des jambes, les pieds sur la pointe et une tendance au croisement des deux jambes. De plus, Axelle a tendance à projeter l'ensemble de son corps sur l'arrière, ce qui ne favorise pas la marche.

Ces moments sont très importants pour Axelle car elle veut faire comme les autres enfants et cela permet donc de la revaloriser narcissiquement.

3.2.4. Le plaisir dans l'échange

Les coordinations sont travaillées à travers des échanges de balle. Lors de cette activité, nous participons chacun notre tour, afin d'amener Axelle à accepter l'attente. Au début de la prise en charge, cela était très difficile car Axelle faisait preuve d'impatience et d'impulsivité et un recadrage était alors nécessaire. Néanmoins, on a pu observer de grands progrès au cours de l'année : Axelle est désormais moins égocentrée, accepte plus volontiers l'attente et prend du plaisir à jouer avec nous.

Axelle est capable de lancer la balle mais présente des difficultés de relâchement volontaire, ce qui donne de nouveau des mouvements brusques et saccadés. En ce qui concerne la réception, la réussite est meilleure avec des balles de gros calibre. La plupart du temps, Axelle place ses mains de façon adaptée mais l'adaptation temporelle n'est pas toujours respectée ce qui fait qu'elle ne rattrape pas toutes les balles.

3.2.5. Le plaisir d'apprendre

Un travail cognitif est également abordé. La notion de pareil est désormais acquise. Nous mettons des instruments de musique accompagnés de leur photographie à la disposition d'Axelle. Cette dernière est alors capable d'associer l'instrument à la photographie correspondante. Par la suite, nous lui demandons de jouer de l'instrument qu'on lui montre en photographie, mais Axelle persiste sur la précédente consigne et continue à associer photographie et instrument.

Avec les pots gigognes, elle procède par essai/erreur. Elle prend le premier pot qui vient et ne comprend pas qu'il ne rentre pas dans les autres. Elle peut ainsi persévérer longtemps.

3.2.6. Conclusion de la prise en charge

Globalement, nous pouvons observer qu'Axelle est moins anxieuse lors des séances de psychomotricité. Elle peut faire de nouvelles expériences sans être angoissée et cela est bénéfique au développement de sa motricité globale mais aussi fine par un enrichissement de son vécu corporel et du plaisir à être en relation avec l'entourage.

Troisième partie : Les spécificités du psychomotricien

1. Introduction

Vers l'âge de 2ans, l'enfant est en pleine expansion motrice. Il souhaite tout explorer et tout faire par lui-même. Or, l'enfant I.M.C. peut difficilement réaliser ces expériences motrices. La kinésithérapie est souvent prescrite et le travail réalisé est généralement d'ordre fonctionnel. Le kinésithérapeute appréhende le corps dans sa motilité, c'est-à-dire dans la façon de bouger, de marcher. Le déplacement est donc travaillé pour lui-même alors que celui-ci sert de base lors des séances de psychomotricité et permettra de travailler la conscience corporelle, la revalorisation narcissique, l'appréhension de l'espace, etc. Le psychomotricien s'intéresse donc à la manière dont l'individu utilise et appréhende son corps, à son investissement corporel.

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle qui s'appuie sur une unité et une globalité de l'être humain. Le corps, la motricité, l'intelligence, l'affectivité forment un tout. Ainsi, la psychomotricité articule réalisation motrice et expression psychique. Le psychomotricien agit sur le versant moteur afin d'accéder aux émotions, à la pensée, aux fonctions intellectuelles, à la conscience de soi, aux capacités relationnelles ainsi qu'aux capacités d'adaptation à l'environnement.

2. Les qualités du psychomotricien

2.1. La disponibilité psychocorporelle

C'est le fait d'être disponible, que ce soit sur le plan corporel ou psychique. Cet état est nécessaire afin de pouvoir comprendre le plus justement possible le langage corporel de notre patient.

Au niveau psychique, il est nécessaire d'être attentif à ses propres émotions, sentiments. Le thérapeute doit être en mesure de reconnaître en lui ce que l'autre met en mouvement, ce qu'il suscite.

Au niveau corporel, le psychomotricien doit être présent au sein de la prise en charge. Sa posture, sa régulation tonique, ses déplacements doivent être adaptés puisque le corps est le reflet de nos émotions.

Cette disponibilité psychocorporelle est une notion qui s'est implicitement mise en place lors de mes prises en charge. En effet, dès que le premier patient arrive, une sorte de bulle se crée et je suis alors entièrement impliquée dans la séance sans me préoccuper de ce qui peut se passer dans ma vie quotidienne. Cette disponibilité est d'autant plus visible à la fin de la journée, lors du retour au monde « réel », moment où je prends conscience de la fatigue résultant de l'implication personnelle nécessaire aux prises en charge.

2.2. L'empathie psychique et corporelle

« L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, « comme si ». La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il éprouve, et qu'on perçoive la cause comme il la perçoit sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification ». (ROGERS, 1962, p197)

L'empathie correspond donc au fait de saisir intuitivement les sentiments d'autrui et de participer affectivement à ses états subjectifs. L'empathie corporelle renvoie à la capacité de percevoir et de ressentir les états corporels et émotionnels qui surviennent chez son patient. Ces changements sont perceptibles par la communication non verbale et particulièrement par l'examen du tonus, révélateur des émotions. « Le psychomotricien doit avoir une lecture fine, attentive et empathique du sujet, être à l'écoute des infimes signaux que l'enfant nous envoie ». (ALLARD, 2010, p49). Ce phénomène préconscient a pour objectif premier de comprendre le sujet et cela est particulièrement intéressant dans la prise en charge d'enfants comme Axelle et Maëlle, qui ne communiquent pas aisément leurs émotions et sentiments.

2.3. La faculté d'adaptation

De la même façon que la mère s'adapte aux besoins de son enfant pour y répondre de la façon la plus adéquate possible, le psychomotricien doit s'adapter à son patient et doit agir en fonction de ses capacités, de ses difficultés et de ses envies, pour l'accompagner dans son développement.

Lors des séances, il est indispensable d'adapter les propositions en fonction des difficultés repérées lors bilan mais également en fonction des compétences de l'enfant, ce dernier devant être pris en compte dans sa globalité. Il est nécessaire que les activités proposées soient enrichissantes pour l'enfant c'est-à-dire qu'elles prennent du sens pour lui, qu'elles soient assimilables. Par ailleurs, il faut que les nouvelles expériences soient quantifiées pour ne pas induire d'angoisses, pour que l'enfant ne soit pas débordé par les informations qui lui parviennent.

Lors des séances, je me laisse guider par les propositions amenées par Axelle et Maëlle. Par ailleurs, j'adapte également les séances en fonction de leur état de fatigue. Il est parfois arrivé que Maëlle vienne en séance un peu malade ou après s'être endormie sur le trajet jusqu'au cabinet : je commence alors la séance par un temps calme, de manipulation par exemple, afin de lui laisser le temps de s'adapter et d'être présente dans la relation.

3. Les outils du psychomotricien pour faire émerger le plaisir

3.1. Le cadre en psychomotricité

Le rôle du psychomotricien est de proposer un espace contenant et sécurisant à l'enfant afin que celui-ci puisse découvrir son environnement en toute confiance, qu'il se sente soutenu dans la rencontre avec l'inconnu. Ce support correspond à la famille dans la vie quotidienne et c'est le psychomotricien qui prend le relai lors des séances. Le psychomotricien, en proposant un cadre stable et solide, offre la possibilité à l'enfant de prendre des risques, de faire des expériences nouvelles, qui sont à la base d'une meilleure connaissance de soi.

La relation thérapeutique est une relation en duo, ce qui exige un échange constant entre le psychomotricien et le patient. Il s'agit « d'une expérience commune où l'on se pose et se présente ; tout le contraire des manipulations et rééducations où celui qui sait impose ses représentations. C'est bien sûr l'expérience d'une fragilité, d'une faille, qui n'a rien d'inquiétant, au contraire. Il s'agit de contenir le sujet ; on lui donne à sentir lui, mais comme on le fait pour le nouveau né, cela se fait dans la relation. C'est sa propre présence que l'on donne à sentir, que l'on propose à l'autre, qui le renvoie à lui-même ». (LESAGE. B cité par FLOREZ A F, 1997, p87)¹³.

¹³ JOUNIN C. 2003, Le travail corporel du psychomotricien : incidence du vécu corporel dans la relation thérapeutique, Mémoire DE de psychomotricité, Université Pierre et Marie Curie.

3.2. Sensorialité et psychomotricité

L'enfant, pour avoir conscience de son corps propre, doit le vivre et le ressentir. La peau est l'organe des sens le plus étendu. C'est un tout unificateur : elle protège contre les agressions extérieures tout en transmettant les informations venues de l'environnement. Ainsi, c'est grâce aux perceptions sensorielles que l'enfant se sent exister. La peau, organe clé dans la représentation mentale du corps, délimite le dedans du dehors. Les sensations intéroceptives participent à cette élaboration. Les fonctions vitales telles que l'alimentation ou les besoins naturels permettent la différenciation entre intérieur et extérieur. Dès les premières heures de sa vie, le nourrisson, grâce à la tétée, expérimente cette distinction. La notion de Moi peau, développée par Anzieu, me semble primordiale pour comprendre l'importance des stimulations sensorielles dans le développement de l'enfant.

3.2.1. Le Moi-peau de D.Anzieu

Anzieu D. fait la distinction entre les fonctions corporelles et les fonctions psychiques, ces dernières s'étayant sur le corps. Autrement dit, la peau protège corporellement l'individu mais ce dernier construit également une enveloppe psychique appelée le Moi-peau. Le Moi Peau désigne « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ». (ANZIEU, 1995, préface). Partant du principe que toute fonction psychique s'étaie sur une fonction biologique, Anzieu D. a établi des correspondances entre fonctions de la peau et fonctions du Moi-peau. Je décrirais ici celles qui sont le plus souvent atteintes chez les individus I.M.C.

La fonction contenante : La peau recouvre le corps de manière contenante, tout comme le Moi-peau enveloppe la psyché et la contient. Cette fonction se développe par le « handling » maternel. La représentation psychique du Moi-peau se construit grâce à la répétition des réponses gestuelles et vocales de la mère aux émotions et aux sensations du bébé qui peut alors se les approprier et les éprouver comme siennes.

Fonction de maintenance du psychisme : La peau soutient le squelette, les muscles tout comme le Moi-peau maintient le psychisme. Cette fonction se développe par l'intériorisation du « holding » maternel décrit par Winnicott et donne à la psyché un appui interne.

Fonction de pare excitation : Tel l'épiderme, Freud pense que le Moi a une fonction de pare excitation avec une structure en double feuillet. Anzieu ajoute que « la mère sert de pare excitation auxiliaire au bébé jusqu'à ce que le Moi [...] trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assurer cette fonction ». (ANZIEU, 1995, p125)

Fonction d'individuation de soi : Tout comme la peau possède ses caractéristiques propres pour chaque individu, le Moi-peau assure cette fonction d'individuation de soi, apportant le sentiment d'être unique.

Fonction d'intersensorialité : Tout comme la peau permet de relier entre eux les différents organes, le Moi-peau relie les diverses sensations entre elles afin d'aboutir à « un sens commun, dont la référence de base se fait toujours au toucher ». (*ibid*, p127).

Fonction d'inscription des traces sensorielles : La peau fournit au système nerveux des renseignements concernant le monde extérieur. Cette fonction se développe selon deux axes : le biologique et le social. Cette fonction est renforcée par l'environnement maternel qui a aussi pour rôle « l'objet presenting » décrit par Winnicott.

3.2.2. La sensorialité au service d'un investissement corporel positif

L'investissement corporel correspond à la relation qu'entretient le sujet avec son corps et la manière dont il l'utilise. Il implique une conscience, une connaissance (appropriation du corps par le sujet grâce aux expériences corporelles), une représentation (mémorisation des activités sensorielles et motrices) et une utilisation (engagement corporel) du corps. Son origine découle des expériences sensorielles et psychomotrices.

C'est le mouvement qui va permettre au sujet de prendre conscience de son corps, de l'espace et du temps. L'enfant I.M.C. est limité dans ses mouvements et le manque d'expériences sensori-motrices entraîne des modifications de la perception corporelle.

L'enfant I.M.C. est blessé par ce corps qui le persécute, qui ne lui permet pas toujours de faire ce qu'il veut et qui ne lui permet pas de connaître suffisamment d'expériences positives et de plaisir. Très tôt, il perçoit un décalage entre ce qu'on lui demande, ce qu'il peut faire et ce que font les autres. Malgré les efforts qu'il met en œuvre, il n'arrive pas forcément au but qu'il espérait. Il investit alors moins le monde extérieur. L'enfant est blessé narcissiquement par son corps.

La maladie provoque donc une atteinte de l'intégrité physique et psychique. L'objectif thérapeutique est d'amener Axelle et Maëlle vers un investissement positif de leur corps. En d'autres termes, en stimulant l'enveloppe peau dans ses différentes fonctions, on va tenter de rétablir les fonctions du Moi peau qui font défaut du fait de l'atteinte motrice d'Axelle et Maëlle. La psychomotricité doit donc permettre à l'enfant de découvrir son corps et ses possibilités motrices.

3.2.3. Le toucher en psychomotricité

« Le toucher participe à la construction sensitive d'une banque de mémoire affective dans le cerveau limbique. Chaque moment de soin participe ainsi à la construction de la mémoire « de l'ambiance affective », mémoire dans laquelle l'humain va puiser tout au long de sa vie pour identifier les bons moments de rencontre avec l'autre ». (GINESTE ET MARESCOTTI)¹⁴. Chez le bébé et l'enfant, les stimulations sensorielles ont une véritable fonction d'éveil, d'apprentissage et de découverte de son propre corps et du monde qui l'entoure.

Sans en avoir conscience, nos activités quotidiennes sont à l'origine de nombreuses sensations tactiles qui réactualisent en permanence notre schéma corporel ainsi que l'image que nous avons de notre corps. La maladie, de part la limitation du champ d'activité qu'elle engendre, peut entraîner des carences sensori tactiles. Par ailleurs, les manipulations, souvent douloureuses, imposées par les prises en charge, peuvent engendrer une représentation incomplète ou modifiée de son corps.

En psychomotricité, il est donc important de ne pas négliger le toucher. Ce dernier peut intervenir à différents moments lors de la séance : à l'arrivée ou au départ du patient, lors de séances de relaxation ou lors des jeux nécessitant un contact corporel. Le toucher est un contenant et peut être rapproché du handling maternel décrit par Winnicott. Le contact entre patient et thérapeute permet de mettre en place un dialogue tonique où les affects peuvent s'exprimer au travers des états de tension ou de détente.

¹⁴ MICHEL C., 2007 : Démence et stimulation des sens... Approche psychomotrice par les stimulations neuro sensorielles auprès de sujets souffrant de démences, mémoire DE de psychomotricité, Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice.

A la base d'un enrichissement du vécu corporel

Le toucher permet d'améliorer la connaissance que l'on a de notre corps, permet de mieux le connaître et de l'habiter avec plaisir. Grâce au toucher, nous pouvons prendre conscience de notre solidité, de notre unité. Le toucher permet un investissement corporel qui permet la découverte ou la redécouverte du corps.

A la base d'une sécurité affective

Par ailleurs, pour qu'un enfant puisse aller de l'avant en toute confiance, il a besoin d'amour, de sécurité de la part de ses parents et cela passe d'abord par le contact physique : l'enfant a besoin de retrouver la sécurité maternelle par des rapports corporels, ce qui permet à l'enfant de partir par la suite à la découverte de son environnement.

Cette notion me rappelle une prise en charge avec une autre petite fille que je suis au sein du cabinet libéral : Amélie. Elle est actuellement âgée de 1an et 8mois, et est atteinte du syndrome William Beuren qui est une maladie génétique rare due à la micro délétion du chromosome 7 et qui engendre comme trouble principal un retard de développement psychomoteur. Depuis le début de l'année, nous accompagnons Amélie dans son développement posturo locomoteur et notamment dans l'acquisition de la marche. Lors de cet apprentissage, il était fréquent qu'elle tombe et on observait alors qu'elle regardait ou allait presque systématiquement voir son père pour avoir un câlin pour reprendre confiance en elle et retenter une nouvelle fois l'expérience.

3.3. Le dialogue tonique à la base d'une lecture corporelle du patient

Cette notion, introduite par Wallon et développée par De Ajuriaguerra constitue la première forme de communication entre le bébé et sa mère. « Le dialogue tonique, qui jette le sujet tout entier dans la communication affective, ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps ». (AJURIAGUERRA, 1980, p240).

Le dialogue tonique est l'un des premiers moyens d'échange et de communication pour le nourrisson. Pour Wallon, le tonus est un moyen d'exprimer la satisfaction ou le malaise (hypotonie de satisfaction et hypertonie d'appel). Ainsi, le tonus musculaire est associé dès la naissance à un vécu émotionnel et Wallon accorde une place particulière aux phénomènes toniques comme fonction de communication au sein de la dyade mère-enfant. L'enfant dans les bras de sa mère va intégrer l'état tonique de sa mère et ressentir la capacité de celle-ci à réagir et à répondre à ses variations toniques. Ce phénomène est une condition de l'intégration psychomotrice.

« C'est l'attitude émotionnelle de la mère et de ses affects, tels qu'ils se traduisent dans son jeu corporel, qui serviront à orienter ceux de l'enfant et donneront vie à ses expériences ». (BERNARD, 1995, p57). C'est à partir des premières manifestations posturales auxquelles la mère donne sens et dont le bébé prend conscience, que va s'installer le dialogue tonique.

Le psychomotricien et l'enfant s'engagent corporellement lors des séances. C'est l'une des spécificités de l'approche psychomotrice. Cet engagement est à la base d'une relation psycho corporelle où la motricité et le tonus de l'un influence celui de l'autre. La façon dont le psychomotricien entre en relation avec l'enfant va donc influencer les réactions de ce dernier. Ainsi, les mots, les gestes, les postures, la façon d'installer l'enfant et de lui faire découvrir l'environnement correspond au point de départ de la relation. Dans les séances, le psychomotricien doit être disponible sur le plan corporel pour recevoir les informations et les retranscrire sur un mode corporel. Il doit également pouvoir percevoir tous les messages transmis corporellement par le patient. « La sensibilité tonique et corporelle du psychomotricien va permettre une lecture corporelle du patient pour ainsi mieux accéder à ses émotions et ainsi faire le lien par le dialogue tonique et la verbalisation ». (ALLARD, 2010, p49). En retour, le thérapeute doit veiller à être détendu et à l'écoute. Il donnera du sens aux réactions toniques de l'enfant, indices de l'acceptation ou du refus de la relation.

« La spécificité de l'approche en psychomotricité va se caractériser par l'implication active, corporelle et motrice du psychomotricien. Partenaire d'échanges ludiques, son corps devient un soutien, un contenant, un étayage, un miroir pour le sujet en devenir. L'accompagnement thérapeutique se faisant au travers d'une écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mots. Ceci dans un climat sécurisant, bienveillant, respectueux, chaleureux où les deux protagonistes sont affectés par ce qui se vit au travers de cette rencontre singulière ». (LIOTARD, 2008, p56).

Lors des séances, il me semble donc important d'être à l'écoute du vécu corporel du patient, afin de pouvoir adapter les activités en fonction de ce dernier. La première fois que j'ai proposé une stimulation tactile manuelle à Maëlle, j'ai pu observer une crispation de sa part et une augmentation de son tonus général à l'annonce de l'activité. On peut alors penser qu'il s'agit ici d'une angoisse qui s'exprime corporellement par une hypertonie et qui met en évidence une attitude de vigilance, de protection. Il m'a alors semblé judicieux d'utiliser une balle comme médiateur.

Cela fut bénéfique puisque Maëlle a alors pu accepter le toucher, le contact corporel lui rappelant peut être les manipulations douloureuses qu'elle peut connaître lors de ses séances de kinésithérapie.

3.4. Les stimulations psychomotrices

Dès sa naissance, l'enfant a des besoins physiologiques. Il a besoin d'être stimulé mais aussi parfois d'être au calme, et c'est le rôle des parents que de veiller aux besoins de leur enfant. En effet, le bébé étant immature et ne pouvant réguler les stimulations qui viennent à lui, l'adulte joue un rôle de protection, de « pare excitation ». Ce concept de « pare excitation », développé par Freud en 1920, est un mécanisme qui « protège l'appareil nerveux (que Freud appellera bientôt psychique) de l'intensité des excitations d'origine externe ; il constitue un écran ». (ANZIEU, 1995, p101).

Dans certains cas, des stimulations compensatoires peuvent être proposées au bébé : ce sont les stimulations psychomotrices. L'objectif de ces dernières est d'accompagner l'enfant vers une plus grande autonomie motrice tout en stimulant les fonctions cognitives et de favoriser les échanges entre l'enfant et son environnement.

Les enfants présentés dans ce mémoire ne peuvent plus être considérés comme des nourrissons. Néanmoins, leur jeune âge doit être pris en compte. Le psychomotricien doit donc être attentif aux stimulations proposées. « Tout exercice forcé, mal adapté au niveau, dépassant les possibilités d'attention, est en général mal intégré...ou entraîne un refus de participation » (BUCHER, 1994, p209).

La stimulation sensorielle selon Levy a comme objectif de « profiter de toutes les occasions pour donner à l'enfant les moyens de progresser et d'acquérir son autonomie. [...] Il s'agit – en s'adaptant à son rythme et à sa personnalité – de favoriser son épanouissement, de le mettre à l'aise dans son corps, d'accompagner, en quelque sorte, son développement». (LEVY, 1972, p7).

Cette méthode a pour but de favoriser l'interaction de l'enfant avec le monde extérieur de par des stimulations diverses, de solliciter sa participation, de l'encourager dans son activité spontanée, de tenter de tonifier les parties du corps qui en ont besoin, par des exercices dynamiques. Par les différentes stimulations, l'enfant peut ressentir ses limites corporelles avec une augmentation de l'espace corporel connu. L'enfant découvre également son corps en mouvement. Ainsi, l'ensemble de ces acquisitions permettent une meilleure conscience de soi, ce qui aide à la constitution du Moi.

Dans un climat sécurisant et stimulant, cette méthode amène le nourrisson ou le jeune enfant vers l'autonomie, en lui proposant des exercices et des jeux adaptés à ses capacités. Ces expériences, si elles sont satisfaisantes, plaisantes et vécues avec plaisir, vont pousser l'enfant vers un désir d'autonomie, véritable moteur de développement. Elles vont également enrichir l'enfant de sensations nouvelles, permettant une meilleure connaissance et utilisation du corps.

Spontanément, Axelle se déplace à 4 pattes. Pour l'aider à explorer le mode de déplacement qu'est la marche, nous nous servons de deux bâtons, notamment en fin de séance lorsqu'Axelle doit aller rejoindre Madame G. pour se rhabiller. Nous présentons donc les bâtons verticalement et je me place derrière elle. Cette méthode permet à Axelle de se sentir en confiance tout en expérimentant un nouveau mode de déplacement. De plus, Axelle est contente de se déplacer et ainsi de montrer ses capacités à Madame G.

Ainsi, par les stimulations psychomotrices, le psychomotricien aide l'enfant à se découvrir et à être acteur de sa propre motricité (passage d'un corps subi à un corps acteur), tout en le valorisant face aux parents.

3.5. La psychomotricité, un lieu d'expression

Les assises de la personnalité et de l'estime de soi se fondent sur les expériences corporelles positives. Or, un corps que l'on ne peut contrôler est souvent vécu dans l'insécurité et l'impuissance. En aidant l'enfant à devenir auteur de ses actions, le psychomotricien lui permet de découvrir ses possibilités corporelles propres et surtout, lui faire prendre conscience qu'il peut éprouver du plaisir avec son corps.

Robaye F (1975) spécifie que l'enfant I.M.C se signale par un important désir de valorisation qui a comme conséquence de développer des comportements de découragement devant l'échec. Il faut donc aider ces enfants, les revaloriser en développant leurs aptitudes, ainsi qu'en leur donnant les moyens de compenser leur difficultés.

Ainsi, lors des séances, j'encourage et je félicite constamment Axelle et Maëlle lorsqu'elles sont en réussite et, lorsque ce n'est pas le cas, je modifie l'activité de façon à ce que leurs capacités soient mises en avant.

Cependant, il ne faut pas tenter de les surprotéger en leur cachant la réalité. Les échecs sont constructifs et permettent d'apprendre à connaître ses propres limites. Lorsqu'un enfant a une infirmité motrice cérébrale, Dolto. F (1984) dit que celle-ci doit lui être expliquée, c'est-à-dire qu'il faut évoquer avec lui sa différence congénitale. Il ne faut pas chercher à lui faire oublier cette réalité qui est la sienne et qui fait partie de son identité. Lui parler de son handicap l'aide à développer une image du corps saine. Néanmoins, il me semble évident qu'on ne parle pas du handicap de n'importe quelle manière et que le lieu et le temps doit être choisi. Dans l'idéal, il faut attendre que l'enfant nous montre des signes et qu'on le sente prêt à parler de son handicap.

Lors de mon stage, la question du handicap n'était pas abordée de manière frontale mais nous attendions que cela vienne de l'enfant et nous étions alors là pour être à l'écoute de leur vécu et pour pouvoir répondre à leurs angoisses. Par ailleurs, la présence des parents lors des séances peut être bénéfique, car l'enfant peut alors entendre parler de son handicap et peut décider d'intervenir ou non dans la conversation.

Le rôle du psychomotricien est donc de mettre des mots sur le vécu des enfants, notamment corporel. L'enfant doit apprendre à accepter ses échecs. Il faut l'encourager à trouver de nouvelles stratégies afin de compenser ses difficultés. La psychomotricité lui donne les moyens de se découvrir un corps plus libre, pris en compte dans sa globalité : un corps agissant. L'enfant va alors progressivement avoir accès au plaisir de vivre son corps, de le découvrir comme étant un corps plaisir. C'est à partir de ce moment là qu'il pourra alors investir son corps pleinement, comme objet de relation et de communication.

Ainsi, la prise en charge en psychomotricité n'a pas comme objectif principal de contrecarrer les répercussions du handicap mais vise plutôt une restauration de l'estime de soi et du plaisir du corps en fonctionnement. Nous ne devons « pas les considérer inévitablement comme des objets à réparer, marqués par une incomplétude qu'il faut masquer ou compenser ». (SAUSSE, 1996, p18). Les séances de psychomotricité sont un lieu où l'on peut mettre des mots sur les expériences corporelles vécues.

3.6. La verbalisation

Selon Dolto F., l'enfant est, dès sa naissance, plongé dans un monde de parole. Ses parents lui parlent et mettent en mots ses manifestations corporelles et émotionnelles. Grâce à cette verbalisation, l'enfant peut prendre conscience de son corps et peut en former une image mentale. C'est donc par la parole que l'enfant peut découvrir son corps et peut avoir un sentiment unifié de son corps.

Selon Ajuriaguerra J. « la connaissance du corps ne dépend pas uniquement du développement cognitif dans le sens classique comme elle ne peut se placer uniquement sur le plan perceptif car elle est en partie reconnue à travers les apports du langage : la nomination confirme ce qui est perçu, réaffirme ce qui est connu et permet de verbaliser ce qui est vécu ». (AJURIAGUERRA, cité par REINHARDT, 1990, p 225).

En verbalisant ce que nous ressentons, nous permettons à l'enfant de faire des liens entre ce qu'il se passe à l'intérieur de lui en réponse à son interaction avec l'environnement.

3.7. Aider l'enfant à retrouver une estime de soi positive

L'estime de soi se construit très tôt dans la vie de l'enfant et est en lien étroit avec ce que lui apporte son entourage. L'enfant intériorise l'amour de ses parents et l'estime qu'ils ont pour lui. L'estime de soi « repose aussi en partie sur la jouissance et la satisfaction que lui fournit son propre corps » (*Ibid*, p43). Les différentes expériences corporelles positives réalisées par l'enfant sont donc d'une importance cruciale dans l'élaboration de l'estime de soi et on peut comprendre que cette élaboration peut faire défaut chez les enfants I.M.C.

Au sein des prises en charge, nous avons beaucoup travaillé sur l'initiative motrice et la confiance en soi. Au début de l'année, Axelle avait peu de désirs et refusait la majorité des activités proposées, de peur de se lancer dans quelque chose de nouveau qui pouvait se solder par un échec. Elle préférait donc ne pas prendre de risques et faire des activités connues où elle était en réussite. C'était une forme de protection de son estime de soi. Avec mon maître de stage, nous nous sommes efforcés de lui montrer que l'on pouvait échouer, sans que cela n'ait de conséquences irrémédiables. Lorsque nous testons les activités avant elle, Axelle se sent plus en confiance et accepte généralement de les faire à son tour.

3.8. L'importance du jeu en psychomotricité

« Il ne faut jamais oublié que le jouer est une thérapie en soi. C'est le jeu qui est universel et qui correspond à la santé ». (Winnicott, cité par Removille Vinuesa, 2010, p29).

« Le jeu est défini dans la plupart des dictionnaires de langue courante comme une activité physique ou mentale, non imposée, purement gratuite, généralement fondée sur la convention ou la fiction, qui n'a dans la conscience de celui qui s'y livre d'autre fin qu'elle-même, d'autre but que le plaisir qu'elle procure »¹⁵. Bien que cette définition précise que le jeu n'a pas de but en soi, il me paraît évident qu'il est essentiel dans le développement de l'enfant.

3.8.1. Définition selon les auteurs

Le jeu dans la théorie de M. Klein

Pour M. Klein, on peut interpréter le jeu d'un enfant comme on interpréterait un rêve. Elle le considère comme un moyen d'accès aux représentations internes de l'enfant, comme une mise en scène des tensions psychiques internes.

« Le jeu est l'activité naturelle de l'enfant où il exprime ses fantasmes inconscients sexuels et agressifs. [...] Le jeu est un moyen pour lui d'intégrer les informations, et c'est aussi pour lui un moyen de les rejouer, de les ré-exprimer »¹⁶.

Le jeu dans la théorie de Winnicott

Le jeu est une notion centrale dans l'œuvre de Winnicott et il se positionne très clairement comme héritier des thèses freudiennes et intègre à sa pensée les avancées théoriques de M. Klein, vues précédemment. Néanmoins, il se démarque de cette dernière par rapport à la question du jeu qui n'est pas, selon lui, uniquement le reflet des représentations internes de l'enfant mais qui témoigne également de l'impact de l'environnement sur son développement. Pour comprendre l'intérêt du jeu selon Winnicott, il faut définir la notion d'objet transitionnel.

¹⁵ http://www.ac-nice.fr/ia06/ienash/2010/file/Le_jeu_en_pedagogie.pdf

¹⁶ <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/enfant/therapie/melanie-klein.htm>

Winnicott considère que le nouveau-né ne perçoit pas sa mère comme distincte de lui mais plutôt comme un prolongement de lui-même et les soins prodigués par une mère suffisamment bonne permet au nourrisson de vivre dans un sentiment de toute puissance. Au cours de son développement, l'objet transitionnel permet à l'enfant d'accepter l'absence de la mère et lui donne la possibilité d'avoir le sentiment d'exister malgré ses absences. De cette façon, le nourrisson peut évoluer en confiance et tenter des expériences nouvelles.

Plus tard dans son développement, l'enfant abandonne l'objet transitionnel mais des phénomènes transitionnels persistent, tel que le jeu. Lorsque l'enfant joue, il entre dans une aire intermédiaire, où la réalité intervient non plus comme une contrainte mais se voit remodelée en fonction de ses besoins internes, tout comme le nourrisson avait besoin, en raison de son immaturité, de cette illusion de « toute-puissance ».

Le jeu dans la théorie de Piaget :

0-3mois : L'enfant joue avec ses propres membres

3-6mois : L'enfant joue avec les objets

6-18mois : L'enfant imite les activités observées dans l'environnement

18mois-6ans : Grâce à la fonction symbolique, l'enfant peut penser les objets absents mais il n'est pas encore capable de se décentrer de son propre point de vue. C'est le temps des jeux symboliques : jeux d'imitation puis d'imagination (reproduction de la vie réelle, invention de mondes imaginaires). Les jeux symboliques sont un moyen pour l'enfant de corriger le réel, d'accomplir ce qu'il ne peut pas faire dans la réalité.

3.8.2. Apports du jeu dans le développement de l'enfant

Dans le développement psychomoteur

Le jeu sensori moteur permet à l'enfant de découvrir son corps et ses possibilités motrices grâce à la sensorialité et vient donc étayer la construction de son schéma corporel. De plus, toutes les expériences que l'enfant vit au travers du jeu s'inscrivent en lui, corporellement et viennent donc alimenter son image du corps. Par ailleurs, en découvrant de nouveaux jeux, l'enfant va enrichir ses capacités motrices. Ainsi, jeu et motricité s'entretiennent dans leurs développements respectifs.

De plus, en explorant son environnement pour jouer, l'enfant va développer sa perception de l'espace. « Par ailleurs, si jouer nécessite l'existence de cet espace, c'est en jouant qu'il se constitue ». (REMOVILLE VINUESA, 2010, p 29).

Dans le développement cognitif

Nous avons pu dans la théorie Piagétienne que le jeu est en corrélation avec le développement cognitif.

Dans le développement psycho affectif

Pour Bernard Golse (2003, p73) le jeu permet l'instauration de la psyché. Dans le jeu symbolique, l'enfant rejoue ses conflits et revit des situations qui lui sont pénibles tout en prenant du recul. De plus, puisqu'il s'agit d'un jeu, il peut maîtriser les situations qui sont angoissantes. Pour Mélanie Klein (citée par Marcelli, 2006, p229) le jeu chez l'enfant équivaut au rêve chez l'adulte. Il permet de satisfaire les désirs mais aussi d'évacuer les angoisses causées par les conflits intrapsychiques et ce, grâce aux mécanismes de clivage et de projection.

Cette notion me rappelle une séance avec Axelle. Ce jour là, elle a voulu apporter en séance une Barbie qu'on venait de lui offrir. Nous avons donc accepté de garder la poupée mais avons expliqué à Axelle qu'elle nous servirait à jouer d'une nouvelle manière. Le but du jeu était alors de faire « comme » la poupée : se mettre assise, couchée sur le dos, sur le ventre, à genoux, etc. La première position que nous avons choisies était d'être à genoux, ce qui impliquait d'avoir les jambes pliées. Le choix de cette position engendra une vive réaction de la part d'Axelle, qui refusa catégoriquement que la poupée soit les jambes pliées car cela lui « faisait mal » selon elle.

Nous lui avons alors expliqué que la poupée ne pouvait pas avoir mal mais cela a tout de même abouti à une grande crise de colère et de larmes qui dura un long moment. Cette réaction, qui peut sembler disproportionnée, est à mettre en lien avec les difficultés motrices et de régulation tonique que présentent Axelle ainsi qu'aux douleurs qu'elle peut ressentir au quotidien. Ainsi, on peut envisager cette réaction comme une identification à la poupée et Axelle a ainsi pu exprimer ses ressentis et ses peurs.

Le jeu est donc un moyen d'expression qui permet la décharge de tensions de manière positive. Grâce au jeu, l'enfant « déjoue sa problématique, noue un lien dans un plaisir partagé et renoue avec l'investissement du corps en action ». (BALLOUARD, 2006, p36).

Le jeu représente « un espace intermédiaire, qui n'est ni le lieu de l'intériorité ni celui de la réalité externe, mais cette zone qui s'établit entre le dedans et le dehors, entre le réel et l'imaginaire, comme une interface entre les deux. Cet entre-deux permet d'établir un sentiment de continuité entre la réalité interne et la réalité externe, et de voyager de l'un à l'autre. » (REMOVILLE VINUESA, 2010, p29).

Dans le développement social

Au départ, le jeu existe dans la relation mère-enfant puis, il s'étend aux autres membres de l'entourage. Le jeu permet la mise en place des contacts sociaux. Au départ, même en présence de ses pairs, l'enfant jouera seul puis, petit à petit, des interactions se mettent en place.

En conclusion

C'est en procurant du plaisir que le jeu incite l'enfant à s'investir dans l'action. L'enfant devenant, par ce biais, acteur de sa rééducation au lieu de la subir. Aborder la motricité de manière ludique permettra à l'enfant de mieux intégrer ce qui lui est proposé. « C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre de soi ». (WINNICOTT, 1975, p110). Le jeu, parce qu'il est ludique, permet à l'enfant d'être créatif et de trouver les moyens de compenser ses difficultés pour arriver à ses fins.

4. Place et rôle des parents

L'enfant handicapé est avant tout un enfant. Ainsi, il est sous l'autorité de ses parents et son autonomie en dépend. Il n'est donc pas envisageable d'exclure les parents des prises en charge psychomotrices. Comme le dit Dolto. F, il faut aider l'enfant « mais non au détriment de sa relation avec ses parents ». Il faut « que nous respections en lui l'enfant de ses parents et à travers lui les parents qui sont les siens ». (DOLTO, 1984, p33).

Il me semble évident que l'enfant ne peut être considéré indépendamment de ses parents. Lors de la première rencontre particulièrement, il est difficilement envisageable de recevoir l'enfant seul. La rencontre des parents est nécessaire pour qu'ils nous racontent leur enfant et, à cette occasion, nous pouvons observer la manière dont ils interagissent ensemble. Par la suite, le cadre spatio temporel est fixé avec eux. Ils « avalisent et valorisent ce contrat [...] Un suivi s'établit avec eux tout au long de la prise en charge, opérant une liaison entre l'espace familial et celui de la thérapie ». (DESOBEAU, 2008, p94).

4.1. Pourquoi travailler avec les parents ?

4.1.1. Ce que suscite le handicap chez les parents

En ce qui concerne l'Infirmité Motrice Cérébrale, nous avons vu que le diagnostic se fait tardivement. En effet, les signes cliniques (retard psychomoteur et persistance des réflexes archaïques) pouvant évoquer de nombreuses pathologies, les médecins restent prudents avant de poser un diagnostic qui marquera à jamais la vie familiale.

L'annonce du handicap représente un traumatisme qui dépasse souvent les capacités d'élaboration psychique des parents, « c'est une nouvelle que l'esprit ne peut ni accueillir, ni fuir. Il s'en suit une suspension des facultés mentales : un choc inattendu, non préparé et écrasant, qui agit pour ainsi dire comme un anesthésique. Mais comment cela se produit-il ? Apparemment par l'arrêt de toute espèce d'activité psychique ». (SAUSSE, 1996, p36). Le narcissisme parental est violemment attaqué puisque la naissance d'un enfant handicapé correspond à la perte de l'enfant imaginaire et rêvé pendant la grossesse. « L'enfant handicapé envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître ». (SAUSSE, 1996, p43). Un travail de deuil devra alors être réalisé, d'autant plus que la différence entre bébé rêvé et bébé réel est importante. Il s'agit d'un processus psychique dont le but est de surmonter la perte de l'objet d'amour, de se désinvestir des représentations mentales de cet objet pour accepter sa perte et renoncer à l'objet perdu qui est, dans le cas présent, l'image de l'enfant idéal.

Néanmoins, Sausse S. précise que dans le cas de l'infirmité motrice cérébrale « ce deuil est toujours incomplet, toujours inachevé, remis sur le chantier à chaque échéance de la vie de l'enfant. Le deuil implique un travail qui se déroule dans le temps et arrive à un terme au bout de quelques années. Ici, rien ne peut se terminer. Le temps, au lieu d'apaiser la douleur, accentue les difficultés. Pour les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, le développement neuromoteur, au lieu de résoudre les problèmes, en apporte de nouveaux ». (SAUSSE, 1996, p45-46). Ce travail s'accompagne le plus souvent d'une grande culpabilité et, en réponse, les parents adoptent différents comportements : surprotection ou rejet.

La surprotection est un phénomène que j'ai pu observer lors de la prise en charge d'une petite fille que je n'ai pas présentée dans mes cas cliniques en raison du peu de séances réalisées avec elle. Lana est une petite fille âgée de 2ans ½ qui est, comme Axelle, atteinte de diplégie spastique. Lors des séances, c'est généralement le papa qui est présent et il amène Lana au cabinet en la portant dans ses bras. Nous avons donc abordé le sujet avec lui et lui avons expliqué qu'il serait intéressant d'utiliser d'autres « moyens de transport », comme une poussette, pour aider Lana (mais aussi ses parents) à accepter la séparation.

On peut également observer des comportements opératoires : les parents se concentrent uniquement sur la rééducation et les progrès de leur enfant. Cela permet une mise en distance des affects ce qui représente une défense contre la souffrance éprouvée.

4.1.2. Ce que suscite le handicap chez l'enfant

Freud précise que le Moi est avant tout un Moi corporel. Ainsi, on peut se poser la question des conséquences du handicap moteur sur la représentation que l'enfant se fait de lui-même. « Tout comme ses parents, l'enfant est confronté à un travail de deuil : deuil de sa normalité, de son intégrité, de son autonomie ». (SAUSSE, 1996, p63).

Nous avons vu précédemment que la naissance d'un enfant handicapé représente une profonde blessure narcissique pour les parents et peut entraver les relations précoces donc la façon dont les parents vont investir leur enfant. Or, c'est notamment dans le regard de ses parents que le bébé va pouvoir prendre conscience de lui-même. « La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit » (WINNICOTT, 1975, p155). Le bébé ressent donc les sentiments de sa mère à travers son regard. On peut ainsi imaginer que « l'enfant lit dans le regard de sa mère la blessure qu'il lui a infligé ». (SAUSSE, 1996, p56) ce qui signifie qu'il a conscience de la souffrance qu'il provoque.

Ainsi, « L'enfant est en quelque sorte atteint d'une double blessure. Blessé dans son corps et dans son esprit par ce handicap, dont il subit toutes les conséquences pénibles et dévalorisantes. Mais il porte aussi le poids d'une autre blessure, symbolique celle-là : la blessure qu'il inflige au narcissisme de ses parents ». (SAUSSE, 1996, p112).

4.2. Les parents et la psychomotricité

4.2.1. Les parents au sein de la séance

Lors de la naissance d'un enfant handicapé, les premières relations bébé/parents vont difficilement se mettre en place. En effet, tout comme il existe une mère suffisamment bonne (Winnicott), l'enfant doit lui aussi posséder des compétences suffisantes pour étayer la parentalité. Ainsi, le handicap crée une blessure narcissique importante, en lien avec le décalage entre enfant fantasmé et enfant réel.

Les parents peuvent participer aux séances avec l'enfant. Cela dépend de son âge, de ses difficultés et du moment de la prise en charge dans le temps. Lorsque l'enfant est plus grand, le projet thérapeutique peut être axé sur une prise en charge sans le parent, et cela en vue d'une séparation.

Bien que Maëlle soit encore jeune, il nous a semblé important de proposer rapidement à la mère de rester dans la salle d'attente, afin de ne pas alimenter la relation fusionnelle établie avec elle. Cette séparation s'est faite sans difficultés : nous avons bien expliqué à Maëlle que sa maman n'était pas loin et nous avons facilité la séparation en proposant à Maëlle de garder son doudou avec elle.

Lorsque le parent reste pour la séance, il choisit lui-même sa place, en tenant compte de celle de l'enfant, du psychomotricien et dans le cas présent, du stagiaire. Par là même, le parent choisit la distance à laquelle il veut se situer et le rôle qu'il préfère avoir : observateur ou intervenant. Il n'est pas demandé aux parents de participer activement à la séance. Toutefois, ils peuvent intervenir quand ils le désirent, que ce soit de manière verbale ou corporelle.

C'est souvent sous cette forme que les parents prennent leur place lors des séances auxquelles je suis présente. Dans le cas d'Axelle, Madame G. se place au bureau mais elle peut intervenir à tout moment. Généralement, cela se fait naturellement lorsque nous proposons des activités de groupe et c'est Axelle qui intègre Madame G. en demandant à ce qu'on lui distribue également des petits sacs pour les jeux de lancer par exemple.

En revanche, j'ai pu observer que dans le cas d'Amélie et de Lana, les papas interviennent peu, bien qu'ils soient très attentifs à ce qui se déroule et aux activités que leurs filles respectives réalisent. On peut se demander si cette observation est à mettre en lien avec le fait que ce soient les pères ou si cela est simplement en lien avec les personnalités individuelles.

Chaque parent s'investit donc différemment dans les séances : cela dépend de l'âge de l'enfant, de la personnalité du parent et des activités proposées. Au cours des séances, certains parents peuvent évoquer leur souffrance ou leurs inquiétudes. Le rôle du psychomotricien est alors de leur montrer qu'il les a entendus et qu'il comprend leur demande d'aide.

Lorsque la situation s'est présentée, j'ai pu observer l'intérêt de la présence d'un stagiaire. En effet, je pouvais alors continuer à travailler avec l'enfant pendant que la psychomotricienne échangeait avec le parent, tout en laissant la possibilité à l'enfant de participer à la conversation s'il le désirait.

Néanmoins, si le psychomotricien ressent un problème plus important ou personnel, ce dernier doit être abordé en dehors de la séance. De plus, si le souci ne relève pas de la compétence du psychomotricien, il est important qu'il sache orienter les parents vers la personne qualifiée dans ce domaine.

4.2.2. Promouvoir une image positive de l'enfant

« Les parents ont en fait besoin d'une aide structurée, leur permettant d'avoir les moyens d'être des participants actifs et privilégiés de l'éducation de leur enfant [...] Il s'agit de mettre l'accent sur les compétences de l'enfant handicapé plutôt que sur ses déficits, sur sa manière particulière d'appréhender le monde extérieur » (GUIDETTI, TOURETTE, 1996, p149).

Le travail du psychomotricien est donc d'aider l'enfant dans son développement mais également d'aider les parents à en avoir une autre vision que celle du handicap, en mettant en avant ses capacités motrices et relationnelles. En effet, les parents sont souvent fixés sur la maladie et oublient donc d'appréhender l'enfant en tant que sujet. Le psychomotricien est alors là pour permettre aux parents de redécouvrir leur enfant avec ses différentes potentialités, ces dernières n'ayant pas toujours été suffisamment évoquées par le médecin ou bien parce que ces paroles n'ont pas été entendues lors d'un moment particulièrement douloureux pour la famille.

En revalorisant l'enfant aux yeux de ses parents, il est possible de retrouver une certaine harmonie dans la relation. Le psychomotricien montrera aux parents que leur enfant progresse durant les séances. Les prises en charge en psychomotricité ont pour but de favoriser l'évolution motrice et psycho affective de l'enfant, dans un sentiment de plaisir corporel et la présence d'un ou des deux parents peut être proposée. Ce type de prise en charge me semble adéquat, notamment avec de jeunes enfants comme ceux présentés dans mes cas cliniques.

En effet, les parents sont ainsi les témoins et partenaires privilégiés des progrès de leur enfant. De plus, un travail d'acceptation du handicap et de découverte mutuelle peut être mis en place. Ensemble, ils découvrent les possibilités de l'enfant, au sein d'un espace aménagé où chacun se sent soutenu.

Cette valorisation des compétences m'est surtout apparue lors de la prise en charge de Lana. Cette dernière est la première enfant du couple et l'acceptation du handicap semble difficile pour ce papa qui nous apparaît comme un peu dépassé par la situation. En effet, selon Amiel Tison (1997), le père est atteint dans son estime de soi : il se sent incompetent à transmettre normalement la vie, ce qui peut être à l'origine d'une dépression. Ainsi, lors des séances, nous veillons à constamment verbaliser les compétences de Lana, d'une part pour valoriser Lana elle-même, mais également pour son père puisse prendre conscience des capacités de sa fille.

4.2.3. Redonner leur place aux parents

Il est important de garder à l'esprit que le psychomotricien, comme tout autre professionnel de santé, peut également être vécu comme une menace pour les parents, notamment lorsque le psychomotricien obtient des résultats qu'ils n'ont pas eux-mêmes réussi à obtenir : ils peuvent alors se sentir dévalorisés et cela est d'autant plus difficile à accepter que la blessure narcissique due au handicap de leur enfant est importante. Il est donc important de ne pas prendre la place de la mère (ou du père), le but de leur présence étant justement de la leur laisser.

« Le psychomotricien, qu'il soit homme ou femme, par le mode de relations corporelles qu'il établit avec le nourrisson (ou l'enfant), a toujours quelque chose à voir avec la fonction maternelle ; tout comme en présence de la mère ou avec un enfant plus grand, et par sa position de tiers, par la triangulation de l'espace, il a toujours quelque chose à voir avec la fonction paternelle » (GAUBERTI, 1993, p93).

Le parent peut donc remettre en question la position que prend le thérapeute vis-à-vis de son enfant. Il peut s'interroger sur cette relation à dimension affective.

« En tant que professionnel, le thérapeute, à aucun moment, ne peut prétendre remplacer les parents » (BALLOUARD, 2006, p16). Le rôle du psychomotricien est alors de reposer le cadre thérapeutique.

CONCLUSION

Le rôle du psychomotricien est d'amener l'enfant à se connaître, à s'accepter et à accéder à un maximum d'autonomie possible (qu'elle soit physique ou psychique). Ce travail, réalisé en collaboration avec les autres professionnels de santé, a pour but d'aider l'enfant à retrouver une identité valorisante, à reprendre confiance en lui et en ses capacités, à découvrir le plaisir qu'il peut ressentir au travers de son corps.

La découverte du corps de l'enfant doit s'établir par un dialogue tonico émotionnel puis par l'exploration du milieu environnant. L'enfant Infirmes Moteurs Cérébraux, de par son atteinte physique, est limité dans sa motricité et dans ses explorations. C'est donc au psychomotricien, grâce à sa disponibilité psychocorporelle et son attitude empathique, de lui proposer les moyens de découvrir son corps comme outil d'expression et de communication, le tout au sein d'un cadre thérapeutique sécurisant où l'enfant peut investir son corps sereinement.

Le psychomotricien dispose donc de divers moyens pour apporter un mieux être à l'enfant, en sublimant ses capacités et en l'accompagnant dans la connaissance qu'il a de son corps, que ce soit par une appréhension de l'espace, par un travail sur la motricité fine et globale, par un plaisir à expérimenter son corps. Par son approche spécifique, globale, la psychomotricité va donc contribuer à l'apparition d'un vécu corporel positif.

Néanmoins, malgré l'apport que la psychomotricité peut avoir auprès des enfants Infirmes Moteurs Cérébraux, on peut s'interroger sur l'avenir de ces enfants, que ce soit au niveau de la scolarisation mais également au niveau de leur parcours professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURRIAGUERRA J. : Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, 1980.
- ALLARD. S : Du dialogue tonique à l'émergence du mouvement chez l'enfant polyhandicapé, in *Evolutions Psychomotrices – Vol 22 – n°87 -*, pp45-50, 2010
- AMIEL-TISON. C : L'infirmité motrice d'origine cérébrale, Paris, Masson, 1987.
- ANZIEU. D : Le moi-peau, Paris, Dunod, 1995.
- BALLOUARD C. : Le travail du psychomotricien, Paris, Dunod, 2006.
- BERGES. J : Fonction structurante du plaisir, in *Thérapie Psychomotrice*, n°65, pp22-32, 1985.
- BERNARD M. : Le corps, Paris, Seuil, 1995.
- BOBATH. K et BOBATH. B : Développement de la motricité des enfants IMC, Collection ABC de médecine, 1986.
- BUCHER. H : Psychomotricité : Le « plaisir d'être » comme thérapie, Masson, 1994.
- BULLINGER. A : Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche, Erès, 2004
- BULLINGER. A : Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson, *Motricité Cérébrale 17*, pp21-32, 1996.
- CAHUSAC. M : L'enfant infirme moteur d'origine cérébral, Paris, Masson, 1980
- DESOBEAU F. : Thérapie psychomotrice avec l'enfant – la rencontre en son labyrinthe, Erès, 2008.
- DOLTO. F : L'image inconsciente du corps, Paris, Seuil, 1984
- FEUILLERAT. B : L'organisation spatiale chez les enfants handicapés moteurs, *Enfances & psy*, n°33, L'enfant et ses espaces, 2006.
- GALLET-LEGRIX. C : Moments de plaisir, in *Thérapie Psychomotrice*, n°35-36, pp103-120, 1977.
- GARELLI. M, LEPAGE. A, MISTELI, E : L'enfant I.M.C. et son corps. Contribution à l'étude de la genèse du corps représenté et du corps vécu, *Bulletin de psychologie n°310, tome XXVII*, 1973-74, pp 362-383.
- GAUBERTI M. : Mère-enfant : à corps et à vie, Paris, Seuil, 1993.
- GUIDETTI M., TOURETTE C. : Handicap et développement psychologique de l'enfant, Paris, Armand Colin, 1996.

- GOLSE B. : Du jeu au je : le rôle des triangulations précoces, in. *Jouer... Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique*, dir. Joly F, Paris, In Press, pp 73-81, 2003.
- ILLINGWORTH R S. : Développement psychomoteur de l'enfant, Paris, Masson, 1990.
- LACOMBE. J : Le développement de l'enfant de la naissance à 7ans : Approche théorique et activités corporelles, De Boeck, 2005
- LE METAYER. M : Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant, Masson, 1993
- LEMPP. F : La mémoire du plaisir en thérapie psychomotrice, in *Le corps et sa mémoire*, pp303-310, 1986.
- LEVY. J : L'éveil du tout-petit, gymnastique du premier âge, Seuil, 1972
- LIOTARD D. : Psychomotricité : Entre théorie et pratique, Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur, dir. Potel C, Paris, In press, 2008.
- MARCELLI D. : Enfance et psychopathologie, Paris, Masson, 2006.
- MOYANO. O : L'affect du plaisir dans la relation thérapeutique de la clinique psychomotrice, in *Expansion Scientifique Française*, pp2-5, 1997.
- PIAGET. J : La naissance de l'intelligence chez l'enfant, Delachaux et Niestlé, 1998
- REINHARDT JC. : La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant, PUF, 1990.
- REMOVILLE VINUESA C. : Espace potentiel et jeu dramatique, In *Evolutions Psychomotrices*, – Vol 22 – n°87 -, pp28-34, 2010
- ROBAYE F. : L'enfant au cerveau blessé, Bruxelles, Dessart et Mardaga, 1975.
- ROBERT OUVRAY. S : Intégration motrice et développement psychique, Une théorie de la psychomotricité, Desclée de Brouwer, 2010
- ROGERS. C : Psychothérapie et relations humaines, Louvain, 1962.
- RONDAL. J.A et ESPERET. E : Manuel de psychologie de l'enfant, 1999
- SAUSSE S. : Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et la psychanalyse, Paris, Calmann Levy, 1996.
- WINNICOTT. D.W : Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement, Payot, 1970.
- WINNICOTT. D.W : Jeu et réalité, Paris, Gallimard, 1975.

RESUME

L'infirmitté motrice cérébrale est le résultat d'une atteinte neurologique précoce à l'origine de troubles moteurs le plus souvent accompagnés de troubles associés à des degrés variables. En raison de cette lésion, l'enfant est dépendant d'un corps qui peut être source de souffrances.

Le psychomotricien, en utilisant le corps comme médiateur, joue un rôle fondamental dans la prise en charge de cette pathologie. Engagé dans une relation privilégiée avec son patient, il va permettre, en favorisant l'émergence du plaisir, d'enrichir le vécu corporel de l'enfant.

Les deux expériences cliniques présentées dans ce mémoire vont permettre de mettre en évidence les spécificités, outils et compétences dont dispose le psychomotricien pour permettre à l'enfant d'accéder à un investissement corporel positif donc à un corps plaisir.

Mots clés : Infirmitté Motrice Cérébrale, Plaisir, Psychomotricité.

SUMMARY

The cerebral palsy is the result of a premature neurological infringement at the origin of motor disorders mostly accompanied by disorders associates to variable-degrees.

Due to this brain damage, the child is dependant on a body which can be source of sufferings.

The psychomotor therapist, by using the body as mediator, play a fundamental role in the care of this pathology. Committed in a privileged relation with his patient, he is going to allow, by favoring the emergence of pleasure, to improve the physical experience of the child.

Both clinical experiences presented in this dissertation will bring to light the specificities, tools and skills which psychomotor therapist has in order to allow the child to reach a positive physical investment thus in a body pleasure.

Keywords : Cerebral Palsy, Pleasure, Psychomotricity