

INSTITUTION SUPERIEURE DE REEDUCATION

95/19

PSYCHOMOTRICE

L'EVEIL DES SENS

**ATELIER D'EVEIL SENSORI-MOTEUR EN INSTITUT
MEDICO-EDUCATIF**

Mémoire présenté par :

Mademoiselle GRELET VALERIE

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

PARIS - JUIN 1995

REFERENT : Monsieur F. PERROUALT

Aux enfants qui ont participé à l'atelier d'éveil.

**"La psychomotricité est une technique qui par le truchement du corps
et du mouvement s'adresse à l'être dans sa totalité."
J. DE AJURIAGUERRA**

Je remercie pour l'aide et le soutien qu'ils m'ont apportés pendant ce travail :

- Monsieur PERROUULT François ; référent de mémoire et maître de stage,
- Monsieur FORGET Sylvain ; maître de stage à l'I.M.E.,
- Ma mère,
- Mesdemoiselles ESTRADÉ Fabienne et Sylvie,
- Les enfants qui ont participé à l'atelier.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p 9
---------------------------	-----

PREMIERE PARTIE : THEORIE

I - INTRODUCTION	p 12
-------------------------------	------

II - PSYCHOLOGIE DES SENS	p 12
--	------

<u>L'AUDITION</u>	p 12
-------------------------	------

<u>LA VISION</u>	p 15
------------------------	------

<u>LE TOUCHER</u>	p 18
-------------------------	------

<u>L'ODORAT</u>	p 20
-----------------------	------

<u>LE GOUT</u>	p 22
----------------------	------

<u>LA KINESTHESIE</u>	p 23
-----------------------------	------

<u>CONCLUSION</u>	p 25
-------------------------	------

III - ONTOGENESE DES SENS	p 25
--	------

<u>IN-UTERO</u>	p 25
-----------------------	------

<u>IN - VIVO</u>	p 27
------------------------	------

VI - EVEIL DES SENS - DEVELOPPEMENT DES INTERACTIONS

MERE - ENFANT	p 30
----------------------------	------

<u>AU COURS DE LA VIE FOETALE</u>	p 30
---	------

<u>APRES SA NAISSANCE</u>	p 32
---------------------------------	------

<u>TROUBLES DE LA RELATION A LA MERE</u>	p 40
--	------

<u>POINT DE VUE DE TROIS AUTEURS</u>	p 42
--	------

<u>D.W. WINNICOTT</u>	p 42
-----------------------------	------

<u>J. BOWLBY</u>	p 45
------------------------	------

<u>R.A. SPITZ</u>	p 47
-------------------------	------

IV - INTERRELATION MERE-ENFANT DEFAILLANTE ET CARENCE

PSYCHO-SOCIO-EDUCATIVE	p 50
-------------------------------------	------

<u>INTRODUCTION</u>	p 50
---------------------------	------

<u>DEVELOPPEMENT DES DISTORSIONS RELATIONNELLES</u>	
---	--

<u>ET AFFECTIVES ET SES CONSEQUENCES</u>	p 50
--	------

<u>LES DIFFERENTS COMPORTEMENTS D'ENFANTS</u>	
---	--

<u>SOFFRANTS DE CARENCE</u>	p 53
-----------------------------------	------

DEUXIEME PARTIE : L'ATELIER D'EVEIL

I - FONDATION DE SELVES p 56

PRESENTATION p 56

II - PRESENTATION I.M.E. p 56

POUR QUI ? p 56

LES OBJECTIFS p 57

ORIGINE GEOGRAPHIQUE p 58

MOYENS MIS EN OEUVRE p 58

ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN p 60

LES REUNIONS p 61

III - LE GROUPE (cf cours de Mr Pascal BOURGER) p 62

GENERALITE p 62

CONCLUSION p 67

IV - PSYCHOMOTRICITE ET EVEIL SENSORI-MOTEUR p 68

INTRODUCTION p 68

EVEIL SENSORI-MOTEUR p 68

V - L'ATELIER D'EVEIL SENSORI-MOTEUR p 71

PRESENTATION p 71

PROJET THERAPEUTIQUE p 71

DEROULEMENT GENERAL DES SEANCES p 72

LES SEANCES A L'I.M.E. p 73

COMPORTEMENT DES ENFANTS p 79

PLACE ET ROLE DES ADULTES p 83

LES PARENTS p 84

NOTES PERSONNELLES p 85

VI - ETUDES DE CAS p 86

EMILIE p 86

ROMAIN p 91

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

I - INTRODUCTION p 99

II - LES ENFANTS ET LES SEANCES p 99

CE QU'ILS ONT PEUT-ETRE AIME p 99

CE QU'ILS ONT PEUT-ETRE MOINS AIME p 100

III - MON VECU PERSONNEL p 101

LES DIFFICULTES RENCONTREES p 101

MES EXPERIENCES POSITIVES p 103

CONCLUSION p 104

IV - PREVENTION ET ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN ... p 104

EN MATERNITE p 104

EN CRECHE p 107

CONCLUSION p 108

CONCLUSION p 109

ANNEXES p 112

BIBLIOGRAPHIE p 119

INTRODUCTION

Peut-on imaginer notre corps dépourvu de sens ? (Déjà « La Brute » de Guy Des Cars nous donne un aperçu de ce que peut être la privation de deux sens.)

Le Tact, l'Ouïe, la Vue, l'Odorat, le Goût, font partie intégrante de notre corps.

C'est durant notre développement que nous apprenons à les comprendre et à les utiliser à bon escient.

En effet, toutes les expériences que nous pouvons faire depuis notre naissance sont les différents apprentissages qui permettent de connaître notre environnement et à travers cet environnement de connaître notre corps, ce qui est nécessaire à notre survie.

Mais, il arrive que ces apprentissages soient faits dans des milieux défailants, insuffisants et stimulants au cours de la petite enfance.

Il est alors plus difficile pour ces enfants de prendre conscience d'eux-mêmes et des capacités de leur corps.

Leur développement psychomoteur et intellectuel s'effectuent en étroite relation avec les stimulations et les expériences qu'ils auront vécues. Il n'est pas rare de rencontrer des enfants qui présentent un retard du développement plus ou moins important.

J'ai rencontré certains de ces enfants en I.M.E., qui élevés dans un milieu défailant, présentent un certain retard du développement en partie lié au manque de stimulation.

Ils suivent actuellement des séances de psychomotricité en groupe depuis le mois d'octobre et ce jusqu'en juin.

Ce groupe est un atelier d'éveil sensori-moteur pour que les enfants puissent se redécouvrir (ou se découvrir) et prendre conscience de leurs sensations corporelles à travers des expériences vécues autour des cinq sens.

Mon étude s'est alors orientée à partir d'une hypothèse :

« COMMENT OFFRIR UNE EXPERIENCE PSYCHOMOTRICE QUI UTILISE L'ENSEMBLE DES CANAUX SENSORIELS A DES ENFANTS SOUFFRANT DE CARENCES PSYCHO-SOCIO-EDUCATIVES IMPORTANTES, AFIN DE LES AIDER A SE STRUCTURER ? ».

Maurice BERGER, dans : « Les troubles du développement cognitif », apporte un certain éclairage à cette hypothèse et un début d'orientation.

« Lorsqu'un enfant m'apporte des perceptions inorganisées, des gestes qui lui échappent et que je lui propose une représentation de ce qui se passe en lui, nous réalisons ainsi ensemble le travail que son Moi n'a pu effectuer lors de sa petite enfance, du fait de l'absence de préoccupations maternelles primaires de la part de son environnement.

La perception est alors restée une perception sans pouvoir devenir une représentation.

Dans cette thérapie par suppléance, je suis amené à remplir cette fonction, en faisant preuve d'une préoccupation maternelle primaire tant par ma curiosité que par mon souci de maintenir la continuité.

La représentation ainsi proposée modifie la représentation que cet enfant a de son corps, de son psychique, puis de la réalité externe et lui permet des conduites plus adaptées » (BERGER, 1992)

Nous retiendrons, l'importance de l'amélioration de la représentation du corps de l'enfant afin de lui permettre des conduites plus adaptées qui sera réutilisée pendant l'atelier.

Après avoir étudié le développement des sens, sur le plan physiologique en général, j'ai poursuivi sur l'ontogénèse des sens et sur le développement de la relation Mère-Enfant.

Pour terminer avec les différentes carences qui existent et les répercussions possibles chez les enfants.

A la suite de cette étude théorique, je continue mon travail avec l'atelier d'éveil sensori-moteur.

La relation, l'association de ces deux études m'a permis de trouver des réponses mais aussi d'autres questions.

Mes sens m'appartiennent, ils font partie de mon corps et de ce que je suis : un être sensible communiquant fait de pensée et de chair.

Je dois prendre conscience de tout cela afin de devenir autonome, responsable et construire en toute sécurité ma propre vie

PREMIERE PARTIE :
THEORIE

I - INTRODUCTION

« Les sens ont pour fonction de transmettre à l'homme les informations sur le milieu qui l'entoure et sur les rapports avec lui » (Dictionnaire de la Médecine LAROUSSE 1985 p 594)

La peau est constituée d'éléments sensibles aux actions mécaniques, (le Contact) et thermiques (le Chaud et le Froid).

Mais notre corps possède des cellules sensibles spécifiques localisées dans les organes des sens ; l'oeil est donc sensible à certaines irradiations (la Lumière) ; l'oreille réagit à certaines vibrations matérielles (les Sons) ; le nez et la langue ont une sensibilité à certaines propriétés des corps chimiques (les Odeurs et les Saveurs).

On peut associer à ces cinq sens, un sens nous renseignant sur la position de notre corps par rapport à la terre et nos diverses sensibilités internes : c'est le sens kinesthésique.

Nos sens nous permettent donc, de connaître le monde extérieur; de protéger notre espèce; de vivre et de parer les difficultés.

Diane ACKERMAN précise même qu'ils ne font pas que « *donner un sens* » à la vie en actes.

Les sens, avant l'acte, sélectionnent et harmonisent tous les stimuli provenant de l'extérieur pour amener une réponse et une analyse possible du cerveau. (ACKERMAN, 1991).

II - PHYSIOLOGIE DES SENS

L'AUDITION

L'audition est définie par la perception des sons.

La sensation de son dans le cerveau peut-être provoquée par des vibrations mécaniques du milieu extérieur (liquide- gaz- solide) d'une fréquence

suffisante pour exciter les réceptions tactiles, l'intensité insuffisante des vibrations minimales peuvent être perçues grâce à des cellules sensibles spécialisées dans l'oreille.

Ces cellules sensibles sont sensibles à l'amplitude de la vibration (sensation d'intensité); à la fréquence vibratoire et le nombre de vibrations par seconde (sensation de lenteur, distribution d'un son intense ou faible, un son grave, ou aigu).

Les cellules auditives sont situées dans une cavité creusée dans une région de l'os temporal : le rocher. Elles font partie de l'oreille interne.

Les sons passent par l'oreille externe qui collecte les sons comme un cornet acoustique et l'oreille moyenne qui communique avec l'extérieur grâce à la trompe d'Eustache débouchant dans le pharynx..

L'oreille externe et l'oreille moyenne sont séparées par la membrane tympanique vibrant sous l'influence du son. (Annexe1)
La fenêtre ronde et la fenêtre ovale séparent l'oreille moyenne de l'oreille interne.

Les vibrations du tympan sont transmises à la fenêtre ovale par voie osseuse; deux membranes unies par une chaîne d'osselets articulés : le marteau, l'enclume l'étrier.

L'oreille interne appelée aussi labyrinthe, est remplie de liquide : la périlymphe et contient un sac membraneux avec de l'endolymphe. Les variations de pressions de périlymphe dues aux déformations sonores transmises par la fenêtre ovale, retentissent sur le sac membraneux.

Les cellules auditives qui se trouvent dans la cavité inférieure du sac membraneux : le limaçon ou la cochlée, sont sensibles aux déformations du sac. A la base des cellules auditives partent des arborisations dont les fibres forment le sensitif périphérique.

Leur union avec la fibre du neurone bipolaire forme le nerf auditif qui va permettre la transmission de l'influx au système nerveux pour qu'il soit analysé

au niveau de l'aire corticale auditive, première circonvolution temporale (Aire 41 de Brodman).

Pour l'analyse des sons, il est suggéré que c'est le limaçon qui en est chargé.

La répartition des cellules auditives tout le long permettrait à chaque cellule de recevoir un son de fréquence déterminée.

De nombreux arguments viennent à l'appui de cette conception ; le limaçon permet une localisation des réceptions de diverses fréquences, sans qu'une résonance très stricte puisse être invoquée.

Diane ACKERMAN donne à l'audition un aspect géographique par le fait que la localisation des sons se fait en fonction de l'espace, l'identification en fonction des genres de l'intensité et autres . Elle dit « *le travail de l'ouïe est en partie spatial* » (ACKERMAN, 1991, p 216).

La surdité

« *La surdité est une diminution ou suppression de l'audition. C'est une infirmité fréquente due à la lésion d'un point quelconque de l'appareil auditif* ». (Dictionnaire de la Médecine, LAROUSSE 1985, p 619).

La destruction de l'oreille interne peut être une des causes de surdité car dans ce cas toute possibilité d'audition est supprimée.

« *L'O.M.S. définit l'enfant hypoacousique comme un enfant dont l'acuité auditive est insuffisante pour lui permettre d'apprendre sa propre langue, de participer aux activités normales de son âge, de suivre avec profit l'enseignement scolaire général* » (MARCELLI, 1893, p 239).

Il faut noter que chez l'enfant sourd en fonction de l'atteinte, ils ont en moyenne un retard de deux à cinq ans dans leurs acquisitions par rapport aux entendants .

Ce retard est noté au niveau du développement cognitif (abstraction difficile par exemple), du développement instrumental (difficulté dans l'organisation perceptivo-motrice), du développement psychomoteur (troubles

de l'équilibre, de la structuration spatiale...) et du développement affectif (communication difficile, il n'entend pas ce que peut lui dire sa mère).

AJURIAGUERRA dit « *l'enfant atteint de surdité n'est pas comme l'aveugle qui est vu, bien qu'il ne voit pas; le sourd lui non seulement n'entend pas, mais n'est pas entendu* » (MAZET, HOUZEL 1993, p 394).

LA VISION

Chez l'homme, la vision est une perception possible grâce à l'oeil dans lequel sont situées les cellules sensibles à la lumière.

L'oeil se compose de la chambre noire par laquelle la lumière y pénètre par sa partie antérieure transparente (la cornée), passant à travers un diaphragme (l'iris dont la pupille est de diamètre variable), et une lentille réfringente (le cristallin) divisant l'oeil en deux loges; (une contenant l'humeur vitrée et l'autre le corps vitré).

Le globe oculaire est protégé par une membrane : la sclérotide doublée à sa face interne par la choroïde.

C'est contre celle-ci que sont situées les cellules sensorielles, pour les atteindre, la lumière traverse toute la rétine composée de cellules en forme de cônes et de bâtonnets. (Annexe 2).

Le neurone sensoriel dont la fibre périphérique est en rapport avec les cellules à cônes ou à bâtonnets, est tout entier dans la rétine.

Son corps cellulaire émet vers la surface de la rétine une seconde fibre nerveuse (neurone bipolaire) transmettant l'excitation aux fibres d'un second neurone dont la fibre principale; l'axone, permet la formation du nerf optique.

Il gagne le cerveau au niveau de l'aire 17 du cortex occipital : (traitement des informations relatives aux formes); et des aires 18 et 19 de Brodman (reconnaissance des objets perçus visuellement dans l'aire 17 et de la mise en jeu de la valeur symbolique des objets).

La destruction de l'aire 17, si elle est unilatérale provoque une hémianopsie (perte de la vue atteignant une moitié du champ visuel) latérale droite ou gauche.

Si la destruction est bilatérale, on a une cécité corticale et si elle est partielle, on observe une quadronopsie supérieure ou inférieure, droite ou gauche.

La lésion des aires 18 et 19 sur l'hémisphère majeur provoque une alexie : agnosie des lettres et des mots sur l'hémisphère mineur, une agnosie des objets et parfois des images.

La vision est un processus photochimique, la lumière agit en décomposant une substance sensible qui réversiblement se recompose à l'obscurité.

La vision des couleurs est possible grâce aux variations des radiations lumineuses de la longueur d'onde qui donnent des sensations visuelles de qualités différentes.

La sensation varie progressivement avec la longueur d'onde et on passe graduellement d'une couleur à l'autre.

Les formes sont perçues par la projection d'une image sur la surface rétinienne et y distingue la distribution des clartés pour, nous dit PIERON, « être capable d'y distinguer les formes », (CHAUCHARD, 1992, p 31).

Le champ visuel est la portion d'espace hémisphérique dans laquelle les points des images tombent sur la rétine excitable.

Chaque oeil a son champ visuel qui se recouvre en grande partie, ce qui permet de voir le même point lumineux à la fois avec les deux yeux (vision binoculaire).

L'étude du champ visuel avec des index colorés montre la réduction des sensations de couleur vers la périphérie rétinienne.

La qualité fondamentale de l'oeil pour la vision des formes est l'acuité visuelle : faculté de percevoir séparés, deux points lumineux voisins.

Pour que l'on puisse avoir une vision distincte, la projection se fait sur deux cônes séparés par un cône non excité.

On notera donc que deux points sont confondus si leur image se fait sur la même cellule sensible.

L'oeil est un organe si complexe et si perfectionné que ces quelques indications sont nécessaires pour que l'on puisse comprendre les mécanismes périphériques fondamentaux par lesquels sont lancés les messages successifs ou simultanés que le cerveau devra interpréter « *parce que l'oeil aime la nouveauté et s'habitue à presque toutes les scènes, même l'horreur, une grande partie de la vie peut échapper à notre attention.* », (ACKERMAN, 1990, p 282).

Les déficients visuels

On considère comme déficient visuel un enfant dont l'acuité du meilleur oeil après correction est inférieure à 4/10°.

La définition de la cécité varie suivant les pays, en France un enfant est considéré comme aveugle si son acuité visuelle est inférieure à 1/20° de vision centrale.

L'absence d'un canal d'afférence sensorielle telle que la vue prive l'enfant d'une source considérable d'informations et d'interactions avec l'entourage.

L'enfant présente certains retards, particulièrement des troubles psychomoteurs (maladresse, raideur au niveau des acquisitions); des troubles du développement cognitif (difficultés dans l'exploration tactile et l'organisation spatiale).

Grâce à un suivi spécialisé, ces difficultés tendent à se résoudre avec l'âge.

Sur le plan du développement affectif, l'enfant aveugle montre beaucoup d'anxiété, il manque d'agressivité.

On notera que pour Max FIELD : « *l'enfant aveugle est si dépendant vis-à-vis de son entourage que la plus grande partie de ses possibilités d'action*

à un moment donné est un reflet de l'effcience de son
entourage ». (MARCELLI, 1993, p 246)

Il est vrai que les comportements des familles face à la cécité de leur
enfant varie de l'abandon affectif à l'hyperprotection.

Les déficients visuels peuvent rencontrer plus de difficultés d'adaptation
que les aveugles, ils se trouvent dans une situation d'incertitude comme ils le
sont dans le choix du groupe auquel ils appartiennent entre les voyants et les
aveugles. (MAZET , HOUZEL, 1993)

LE TOUCHER

La sensibilité cutanée

« *La peau , tissu commun à ses concentrations singulières, déploie la
sensibilité. Elle frissonne, exprime, respire, écoute, voit, aime, reçoit, refuse,
recule, se hérissé d'horreur et se couvre de crevasses, rougeurs, blessure
d'âme* » (SERRES, 1985, p 51).

La peau (surface externe de notre corps) est constituée d'un épiderme
superficiel et d'un derme conjonctif plus profond.

Les tissus cellulaires sous-cutanés ainsi que les muqueuses les plus
externes possèdent une sensibilité diffuse contribuant à nous donner des
renseignements sur les objets qui viennent à notre contact, étant donc à l'origine
du toucher. (CHAUCHARD, 1992)

Les tissus cutanés sont très riches en récepteurs sensibles, répartis sous
forme de petits éléments dans l'ensemble de la peau.

Diane ACKERMAN parle de la peau en tant que responsable du sens du
toucher.

La sensibilité varie en fonction de la situation; le bout des doigts, la langue sont
plus sensibles que le dos.

Elle précise que la sensation se produit dans la seconde couche de la peau, (dans
le derme), (Annexe 3).

Au niveau du derme, se trouvent les papilles dermiques (soulevant l'épiderme), qui sont très riches en récepteurs variés (Annexe 4).

Les poils sont entourés à leur base de nombreux récepteurs qui sont excités lors du contact, au froid, au chaud et à la douleur.

HEAD précise et nomme sensibilité primitive (protopathique), la profondeur cutanée qui correspond à des sensations plus diffuses, qui manquent de netteté (CHAUCHARD, 1992).

Il est possible de dissocier diverses sensations cutanées; l'arrêt de la circulation dans un membre supprime d'abord le tact, puis les sensations thermiques et il apparaît une hyperalgésie, (c'est-à-dire que tout est perçu comme douleur).

En ce qui concerne les troubles sensitifs, il me semble important de noter qu'ils se cantonnent dans le territoire correspondant à l'atteinte (CAMBIER, MASSON, DEHEN, 1994).

Le tact

« Le tact est la sensation de contact produite par une variation de pression déformant l'épiderme » (CHAUCHARD, 1994, p 64).

Le tact concerne également les sensations de pression fortes intéressant la peau dans ses couches profondes et même les organes sous-jacents, les muscles qui y sont sensibles.

Nous avons la capacité de découvrir les caractères des objets, (lisse, rugueux, la dimension, le mouvement et autres) grâce à la sensibilité tactile.

La palpation des objets nous permet de reconnaître les formes, où s'associe au toucher des messages d'origine musculo-tendineuse et articulaire.

HEAD dissocie la sensation de pression due à l'excitation profonde, au tact superficiel.

Elle commence plus tard précédée d'une sensation de simple contact et se prolonge plus que le tact.

Cette sensation est mal localisée, d'ordre protopathique qui subsiste après la section des nerfs cutanés superficiels alors que le tact disparaît (CHAUCHARD, 1992).

Les voies nerveuses remontent le long de la moelle et terminent au niveau de la circonvolution pariétale ascendante, aire responsable de la sensibilité générale (aires somato-sensitives).

La peau est conçue de manière à ce qu'elle ait des récepteurs spécifiques pouvant nous permettre de déterminer les variations de température, les sensations douloureuses, les caractéristiques d'un objet et autres renseignements.

C'est un organe qui est à la fois sensoriel mais aussi un organe protecteur (face aux phénomènes extérieurs) et aussi d'échanges (entre l'intérieur et l'extérieur, respiration cutanée, sudation).

L'ODORAT

Nous avons la capacité de sentir les odeurs mais ce phénomène est en étroite relation avec la respiration car c'est en inhalant et exhalant que nous pouvons sentir.

Nous possédons des cellules sensorielles capables de reconnaître et de classer les substances chimiques parvenant à leur contact.

Nous sommes capables de percevoir les odeurs provenant des différentes substances que si celles-ci diffusent des molécules transportées dans l'air jusqu'aux cellules sensibles.

Notre appareil olfactif, bien protégé, se trouve tout en haut des fosses nasales, un peu en dehors du courant respiratoire, d'où diffuse les molécules odorantes .

Il correspond à une petite tâche jaunâtre où la muqueuse nasale très sensible tactilement, se spécialise dans l'olfaction.

L'intérieur des fosses nasales est tapissé de cils qui font saillie dans la muqueuse nasale, baignant dans le mucus.

Les neurones olfactifs se forment aux extrémités internes des cils et gagnent directement la partie du cerveau, (le bulbe olfactif), en passant par les trous de l'olfaction dans l'os crânien et ethmoïde jusqu'au lobe temporal, frontal et olfactif (Annexe 5)

Dans l'olfaction, c'est le neurone qui est directement sensible.

Nous pouvons sentir les différentes odeurs nous environnant car les molécules odorantes sont dissoutes dans le mucus et agissent sur les cils olfactifs. Cette excitation est d'ordre chimique.

Le mécanisme permettant le départ de l'influx nerveux par le contact des molécules sur les cils n'est pas totalement élucidé.

Il faut noter l'intervention de l'irrigation sanguine et du bon état de la muqueuse nasale et la participation du nerf trijumeau responsable de la sensibilité tactile du nez qui permet une bonne olfaction.

Des lésions au niveau de la muqueuse nasale mais aussi au niveau de l'étage antérieur de la base du crâne peut entraîner une anosmie.

L'anosmie est une privation totale ou partielle de l'odorat, variant en fonction du lieu et de la cause de la lésion, souvent accompagnée de perturbations du goût.

Nous sentons les odeurs dans l'air inspiré et celles que nous procurent un aliment à l'intérieur de la bouche .

C'est une sensation qui s'ajoute à la saveur pure : sens du goût.

Le goût est souvent une saveur-odeur et en se bouchant le nez, on diminue la partie olfactive et une partie des sensations gustatives de l'aliment.

C'est par leurs qualités que les odeurs diffèrent et nous permettent de reconnaître certains corps par le nez.

Diane ACKERMAN donne un rôle nouveau à l'odorat qui est d'éperonner la mémoire car les odeurs réveillent nos sens somnolents tels que

ceux concernant notre séduction, notre personnalité, notre protection, nos souvenirs et biens d'autres.

Mais, le sens olfactif est devenu le moins nécessaire car notre conscience permanente des odeurs, nous enlève toutes réactions automatiques, (ACKERMAN, 1990).

LE GOUT

Comme je l'énonce ci-dessus, le goût est difficilement détachable de l'odorat. Ces deux sens se complètent.

Ici, les cellules sensorielles sont capables de classer et de reconnaître les corps liquides en solution, sources des sensations de saveur.

Ces saveurs se localisent dans la bouche et principalement sur la langue.

Notre langue se compose de cellules sensorielles, portant des cils sensibles, regroupées en une sorte de corbeille : le bourgeon du goût.

Le bourgeon du goût se situe à la surface de la langue sur des saillies de la muqueuse : les papilles.

La transmission jusqu'au cerveau s'effectue par les cils qui de la surface de la langue transmettent un influx nerveux aux fibres nerveuses, qui se trouvent à la base du cil et à l'intérieur de la langue.

Notre langue détermine quatre saveurs fondamentales pour lesquelles, il existe des récepteurs distincts : l'amer, le sucré, le salé et l'acide (Annexe 6).

« Avec le bout de la langue, nous goûtons le sucré, les choses amères à l'arrière ; les choses aigres sur les côtés ; le salé un peu partout à la surface, mais surtout à l'avant » (ACKERMAN, 1991, p 171).

On n'oubliera pas l'existence des saveurs-odeurs et le rôle accessoire de la sensibilité tactile de la langue

Les mouvements de la langue, la sécrétion, la température sont des favorisants de la gustation.

Comme nos autres sensations, le goût se développe par l'exercice, le cerveau apprend à mieux utiliser les messages gustatifs, et la composition judicieuse des saveurs et des odeurs permet au gourmet, des sensations délicates que l'on n'a avec raison comparé aux symphonies musicales.

Les lésions possibles au niveau des transmissions nerveuses entraînent des agueusies totales ou partielles qui correspondent à la perte du sens du goût, par un déficit de sensibilité au niveau de la langue ou par une lésion des centres nerveux.

L'hémiagueusie est la perte du goût au niveau d'une moitié de la langue.

LA KINESTHESIE

Notre corps est pourvu de cinq sens que je viens d'expliquer ci-dessus, mais il est nécessaire d'évoquer le sens de la kinesthésie : se dit du sens musculaire qui nous renseigne sur les positions de notre corps et sur nos mouvements.

Le sens kinesthésique nous permet d'exploiter et adapter inconsciemment notre projet moteur grâce à tous nos sens.

Nous avons des récepteurs sensoriels qui nous renseignent continuellement sur la position des diverses parties de notre corps et ses mouvements.

Grâce à eux, nous pouvons donc nous localiser dans l'espace, avoir la sensation du relief et percevoir les formes.

« La perception du mouvement de notre corps est une information essentielle pour l'unification de l'espace dans lequel nos activités prennent place ». (Science et Vie- Hors Série, 1987, p 43).

Tous nos mouvements sont basés sur la régulation précise des muscles intéressés, ce qui crée un équilibre entre les muscles agonistes et antagonistes, (certains muscles se contractent pendant que d'autres se relâchent pour la

réalisation du mouvement), par l'utilisation inconsciente des messages des récepteurs du « sens de l'espace ».

Notre centre de l'équilibration se trouve dans l'oreille interne ; composée de l'utricule et du saccule (statocyste) dont leurs crêtes sont riches en cellules sensorielles.

Les différentes pressions du statolithe (corpuscule du statocyste), sur les cils sensoriels, occasionnées lors des déplacements de la tête, nous permettent de connaître sa position.

Le nerf sensitif vestibulaire se forme à partir des ramifications des cellules sensorielles et va transmettre l'influx nerveux, au niveau du bulbe, puis vers le cerveau.

Notre oreille interne comprend des canaux appelés, canaux semi-circulaires contenant un liquide, l'endolymphe.

Ils se réunissent au niveau de l'utricule et ils ont une importance pour que nous puissions sentir la position de notre tête mais aussi son sens de déplacement.

Cela déclenche au niveau des muscles intéressés une adaptation au mouvement du corps pour éviter la chute.

Au sens de l'équilibration s'associe tous les mécanismes qui vont permettre les mouvements.

Il est donc important de faire un petit rappel sur l'existence des voies nerveuses : le faisceau pyramidal, responsable de la motricité volontaire, partant de la circonvolution frontale ascendante du cerveau à la moelle épinière cervicale, et le faisceau extra-pyramidal, responsable des autres aspects particuliers de la motricité. (régulation tonique, équilibration ...).

La fonction simultanée de toutes ces structures nous permet d'évoluer dans l'espace.

Nous avons la possibilité de se déplacer et de faire des mouvements selon notre désir et en fonction de la situation nous pouvons aussi les adapter.

CONCLUSION

Il est nécessaire de connaître les différents phénomènes mis en place lorsque nous utilisons nos sens, ou qu'ils sont déficients.

C'est une partie assez délicate car le fonctionnement de l'être humain est très complexe.

Mais, elles nous permettent de mieux comprendre au fur et à mesure de son développement comment l'enfant va petit à petit, pouvoir utiliser ses sens en relation avec sa maturation nerveuse.

III ONTOGENESE DES SENS

IN UTERO

Différents travaux (SIMONNET, 1993) déterminent les capacités sensorielles du bébé avant sa naissance.

L'audition

C'est un des premiers sens qui se développe chez le fœtus.

Le fœtus est capable de percevoir les bruits internes de sa mère dès le cinquième mois.

La maturation de l'oreille moyenne se termine vers le septième mois, elle est donc mécaniquement fonctionnelle. (Cahier du nouveau-né, n°5, 1990).

Des expériences ont été pratiquées avec des nouveau-nés qui arrêtaient de pleurer en écoutant l'enregistrement des bruits internes de sa mère.

L'audition est un sens important pour le fœtus car c'est la première relation qui se crée entre lui et sa mère, et le monde extérieur.

La vision et l'olfaction

On sait que le fœtus aux environs de sept mois de gestation possède un équipement permettant le fonctionnement de la vision et de l'olfaction mais il n'a pas été déterminé s'il pouvait fonctionner .

Il arrive qu'il ouvre les yeux, mais voit-il ?

Il distingue les différentes variations entre la clarté et le sombre à travers la paroi utérine.

Le goût

Vers le sixième mois de gestation, le fœtus montre une préférence pour les saveurs sucrés.

Le toucher

Le fœtus apprend à connaître le tact au travers de la paroi abdominale et utérine de sa mère.

C'est un moyen de relation avec le milieu extérieur.

Le docteur VELDMAN, praticien de l'haptonomie, (Science du toucher), invite les mères et aussi les pères à entrer en contact avec le fœtus et le caresser à travers les différentes parois dès le quatrième mois.

Les perceptions sensorielles que découvre et possède le fœtus in utero vont s'affirmer grâce aux interactions progressives qu'il vivra dans le monde extérieur.

La kinesthésie

Michel ODENT nous indique que lors de la vie prénatale, les perceptions vestibulaires pourraient être parmi les rares repères du monde extérieur, rythmant la journée selon que la mère s'allonge, dort, se dresse, marche... (Cahier du nouveau-né, n°5, 1990).

Ces mouvements permettent les premiers échanges réciproques des signaux entre la mère et l'enfant.

Le fonctionnement du système vestibulaire foetal serait possible dès les premières semaines de gestation.

C'est au cours du cinquième mois que le fœtus s'oriente en poussant avec ses pieds.

Conclusion

Dès sa conception, le fœtus est pourvu de système lui permettant déjà de ressentir certaines choses dans le ventre de sa mère. (Annexe 7).

Il ne lui manque plus que d'approfondir ses sensations après sa naissance.

IN VIVO

« Où l'on voit le nouveau-né essayer ses 5 sens avec une acuité que l'on osait soupçonner. Il voit un peu. Il écoute beaucoup. Il touche passionnément. Il hume, il goûte à la folie pour explorer le nouveau monde éperdument » (SIMONNET, 1993, p 79).

L'audition

Le nouveau-né perçoit les mêmes fréquences sonores et l'intensité que celles de l'adulte, seule son acuité auditive n'est pas complètement mature.

Le dépistage d'éventuelle surdité peut être effectué très tôt.

Il est important de reparler de la capacité du nourrisson à reconnaître les bruits intra-utérins et la voix de sa mère.

Il a des préférences auditives.

La vision

Le bébé possède une vision binoculaire : il bouge simultanément ses deux yeux et les fait converger.

Le système visuel de nouveau-né n'est pas complètement mature.

Sa vision correspondra à celle de l'adulte aux environs de quatre mois après que les connexions et la myélinisation nerveuse s'effectuent .

La vision du nouveau-né est floue, et il ne voit relativement bien que les choses contrastées et pas trop éloignées.

Sa vision des couleurs commence aux environs de deux mois puis elle s'améliore continuellement.

Le bébé par son exploration visuelle et son évolution va affirmer sa perception de l'espace et du monde extérieur.

L'olfaction

Le nouveau-né utilise son odorat pour différencier les odeurs et faire savoir s'il apprécie ou non les odeurs.

Le bébé est aussi capable de reconnaître l'odeur de sa mère et on notera qu'un enfant couché avec un vêtement porté par sa mère se calmera et s'endormira plus rapidement qu'un autre.

A. CONFORT nous parle de « *l'odeur émanant de l'aréole du mamelon bien qu'imperceptible aux adultes, pourrait être notre première impression du monde* » (Cahier du nouveau-né, 1990, p 363).

Les capacités olfactives du nouveau-né vont augmenter et se préciser en même temps qu'il se développe.

Ce sens va s'associer avec d'autres et notamment avec le goût.

Le goût

L'évolution du goût entre le fœtus et le nouveau-né, physiologiquement, ne varie pas beaucoup car in-utéro il est capable de distinguer les quatre composantes : l'amer, l'acide, le sucré et le salé.

Le développement du goût se fait au fur et à mesure que l'enfant grandit et que la mère lui fait découvrir différents aliments.

A ce moment on peut noter que le nouveau-né est capable de montrer ses préférences.

Le toucher

C'est à travers la peau, ici comme organe sensoriel, que s'effectue le premier contact que va avoir le nouveau-né avec le monde extérieur, (l'air, puis la peau de sa mère ...).

La peau sera pour le nouveau-né une enveloppe protectrice, elle fait frontière entre le monde extérieur et intérieur, permet les échanges, et fait du corps une unité. C'est ce qu'appelle D. ANZIEU : « *Le moi-peau* ».

Puis le bébé va petit à petit faire l'exploration du corps de sa mère, de son propre corps et des objets qu'il manipule, grâce aux sensations tactiles.

Diane ACKERMAN précise dans son livre des sens que les massages des nouveau-né est important.

Il est noté qu'à la suite de massages réguliers, les bébés sont plus actifs, alertes, plus réceptifs.

Ils perçoivent mieux leur environnement, supportent mieux le bruit et maîtrisent leurs sensations.

Le toucher, à la différence des autres sens qui nécessite un organe spécifique, se trouve et se vit partout sur tout le corps.

C'est une relation privilégié qui s'établit entre la mère, le père et l'enfant.

La kinesthésie

A sa naissance, le nouveau-né possède des qualités d'équilibration.

Son système vestibulaire n'est pas à maturation.

La myélinisation des fibres nerveuses va s'achever au cours des semaines et des mois postnataux, les réactions qui sont essentiellement engendrées par la stimulation des récepteurs vestibulaires vont alors acquérir leurs caractéristiques adultes.

D'autre part, les fonctions d'équilibration ont un rôle important au cours de la période postnatale où s'établissent les principales relations, coordinations sensori-motrices.

Il nous est précisé aussi que le bercement postnatal ajoute, aux relations affectives entre la mère et l'enfant, un enrichissement sensoriel favorable au développement moteur de l'enfant.

Le nouveau-né arrive dans le monde équipé d'un patrimoine génétique lui permettant d'utiliser ses sens.

Le développement des sens de l'enfant est en étroite relation avec l'environnement stimulant dans lequel il se trouve.

Conclusion

Les stimulations tout au début de la vie doivent donc se poursuivre tout au long des apprentissages de l'enfant dans la vie .

L'éveil sensori-moteur d'un enfant est en étroite relation avec les parents ou un substitut maternel .

En effet, les premières personnes et les premières relations qu'il connaît s'effectuent avec ses parents qui vont lui apporter le soutien et les stimulations nécessaires à son développement intellectuel, cognitif et instrumental.

VI - EVEIL DES SENS - DEVELOPPEMENT DES INTERACTIONS MERE - ENFANT

AU COURS DE LA VIE FOETALE

Dès sa grossesse, la mère peut établir une relation avec son enfant.

En effet, l'enfant perçoit les bruits internes de sa mère, mais aussi sa voix, et notamment celle du père qui a un effet apaisant pour le nouveau-né, (sons graves).

DOLTO précise même que la relation Mère-Enfant-Père commence dès la conception et du désir d'enfant : « *c'est la triangulation* ».

Le développement de l'enfant et de la relation évoluent au rythme de l'exploration du foetus.

Marie-Louise AUCHER a travaillé le chant avec des femmes enceintes durant la grossesse.

A partir de ses observations, elle a pu noter que chez certains bébés :

- l'acquisition de la pince était plus rapide,
- un meilleur sommeil,
- une précocité du sourire avec un air « heureux de vivre »,
- une adaptation plus facile aux différents lieux,
- les mains se dirigent vers les sons, ayant donc une fonction

complémentaire aux oreilles, (AUCHER, 1990).

L'éveil sensoriel s'effectue également par le toucher.

La mère en caressant son ventre établit un contact avec son enfant qui ressent les sensations à travers la paroi abdominale et utérine.

F. VELDAM porte beaucoup d'attention à cette relation qui s'établit entre la mère, le père et le fœtus dans sa pratique d'haptonomie (Science du Toucher).

Il sensibilise les parents afin qu'ils établissent une relation positive avec le fœtus.

G.HAAG parle, elle, de l'importance du « *contact-dos* ».

Le fœtus est en lien avec les enveloppes et le bassin de sa mère par l'intermédiaire du liquide amniotique bien sûr et grâce à son dos ayant une convexité importante.

Elle précise que cette impression tactile semble être d'une extrême importance pour le développement ultérieur.

Etant lové dans son bassin, le fœtus peut aussi s'adapter à tous les mouvements de sa mère sans que ce soit désagréable pour lui et pour sa mère.

Par son adaptation aux différents mouvements, le fœtus est ici stimulé au niveau de ces canaux labyrinthiques, (équilibre), qui est une préparation à son développement ultérieur.

La communication se poursuit pendant la grossesse.

Le foetus en grandissant sera « maître » de ces mouvements intra-utérins et répondra de plus en plus aux sollicitations de ses parents.

Il faut noter aussi, une relation plus discrète entre la mère et le foetus.

Elle s'établit dès la conception, c'est la relation sanguine par la placenta.

L'enfant peut alors ressentir les différentes émotions de sa maman en fonction de la sécrétion hormonale.

Les hormones passent à travers la barrière placentaire.

Elles ont une action sur le foetus qui peut réagir par une hyperactivité.

Toutes les stimulations que va recevoir le foetus dans le ventre de sa mère vont se développer après sa naissance.

Cette évolution va se poursuivre toujours en étroite relation avec l'apport parental, (ou un substitut maternel).

APRES SA NAISSANCE

A son arrivée dans le nouveau monde, le bébé est donc pourvu de sens : il voit, palpe, goûte, hume et entend.

Ces sens vont pouvoir s'affirmer au cours de son développement

Mais à sa naissance, a-t-il les possibilités de les coordonner ?

Si l'on se réfère à PIAGET, le nouveau-né ne peut pas les coordonner car, pour lui « *il ne voit, n'entend, ne sent, etc* , rien d'extérieur à lui-même », (SPITZ, 1968, p 257).

Son monde extérieur se construit d'une série de tableaux sensoriels mobiles centrés autour de sa propre activité.

L'éveil du bébé se poursuit donc grâce aux stimulations extérieures des parents.

Il peut acquérir, apprendre à développer son sens de perception vers celui de l'adulte, car il n'a pas le même à sa naissance.

Les sensations visuelles et tactiles ont une place importante dans le développement du bébé tant pour son éveil que dans la relation avec son entourage.

A la fin de l'accouchement, le nouveau-né est placé sur le ventre de sa mère.

C'est une période sensible des premiers instants, pour l'enfant et sa mère, c'est le premier contact peau à peau et le premier contact oeil à oeil.

Les sensations tactiles

LEWIN nous dit que « *le doigt du nouveau-né est capable de découvrir et de percevoir* » (SPITZ, 1968, p 48).

Alors que pour SPITZ, l'enfant à sa naissance ne possède qu'un seul organe capable de perception : - la cavité orale.

Il décrit deux fonctions de la cavité buccale et de la région orale :

- « *une fonction d'incorporation* » survie physique de l'individu;
- « *une fonction de perception* » : permet à la perception de se ramifier en cinq modalités exécutives : le Toucher - le Goût - l'Odorat - la Vue - l'Ouïe, (SPITZ, 1968, p 64).

Aujourd'hui, l'accent est mis sur le premier contact du nouveau-né et de sa mère qui est important, intime et sensuel.

La mère manipule, porte, nourrit, caresse, baigne, berce son bébé.

Toutes ces manipulations contribuent et sont primordiales dans le développement des sensations de l'enfant.

La relation mère-enfant se construit petit à petit .

Rassurer et avertir les mères qu'il existe une certaine adaptation entre elles et leur enfant est importante.

Le développement des modes perceptifs peut être décrit dans un ordre génétique.

La perception à distance (visuelle) se développe après la perception par contact (tactile-orale) (SPITZ, 1968).

On rejoint ici, l'idée du développement du contact-dos prénatal de l'enfant avec sa mère.

Les sensations vécues par l'enfant ont un effet apaisant.

Après sa naissance, par simple contact au niveau du dos, l'enfant peut arrêter de pleurer.

On peut observer chez certains nouveaux-nés une recherche du contact de la tête.

Ils rampent dans le lit afin que leur tête ait un contact avec un support.

Le bébé a donc besoin de ressentir certains points de son corps, surtout au niveau du dos et de la tête.

Il se sent en sécurité.

C'est une situation qu'il retrouve lors de la tétée, l'enfant est soutenu par sa mère au niveau du dos.

Le holding et le handling décrit par WINNICOTT ont une fonction importante dans le développement de l'enfant.

Nous aurons l'occasion de développer son point de vue plus précisément en fin de partie.

Pendant la tétée, l'enfant établit un contact visuel avec sa mère.

Le regard : sensations visuelles

Le regard est un des moyens utilisés par l'enfant pour communiquer avec son entourage.

Au cours de la tétée, l'enfant retrouve le soutien dans son dos et le contact oeil à oeil.

Ce moment privilégié permet au bébé normal de se construire (HAAG, 1990).

SAMI ALI oppose le sens visuel au sens tactile : la vision perçoit l'objet à distance et le tact doit coller à l'objet pour le percevoir. Il rapproche ce fonctionnement à ceux de l'olfaction, de l'ouïe et du goût qui sont les mêmes selon la distance ou l'absence de l'objet afin de pouvoir reconnaître et trouver leur objet, (Entretien de SAMI-ALI, 1989).

L'enfant, par le regard, va pouvoir connaître les sensations tactiles dont il faisait l'objet et les analyser.

On peut appeler ce phénomène : « *l'intégration tactile par le visuel* » (HAAG, 1989).

Le nouveau-né va donc faire ,petit à petit , la relation entre la perception tactile, ce qu'il voit, ce qu'il entend et ce qu'il touche.

La relation qui s'établit dans ce contact oeil à oeil est nommée en terme « *d'interprétation du regard de l'enfant et de sa mère* » (HAAG, 1989).

G.HAAG décrit aussi, une double interpénétration du regard pendant le nourrissage. Double car l'enfant regarde sa mère en tétant, avec le mamelon dans la bouche, (Bouche-Regard) et elle le soutient dans les bras. Ces expériences sont l'élément constitutif le « *plus important de la première peau* ». (HAAG, 1990).

Ce moment de nourrissage est privilégié dans la relation mère-enfant. L'état tonique de la mère permet à l'enfant que ce moment soit agréable.

Pendant l'allaitement, les mères détendues donneront confiance et sécurité en l'enfant qui sera lui aussi détendu.

On trouve ici une harmonisation du dialogue corporel, d écrit par WALLON. Il situe le regard comme valeur de communication, dans l'intégration de la présence d'autrui, (O. LORENZELLI et A.M. LUCCIARDI, 1989).

Il se développe une interaction entre les postures des partenaires et le tonus musculaire qui est en corrélation.

WALLON nomme cet état entre la mère et son bébé : « *Le dialogue tonique* » (MAZET, STOLERU, 1993).

Le dialogue tonique

Le dialogue tonique se développe tout au long de la relation mère-enfant-entourage.

Il se construit en fonction des stimulations, des échanges entre la mère et son enfant.

Mais aussi au travers du tonus de chacun.

L'état tonique de la mère fournit des informations à l'enfant pouvant signifier : la sécurité - la confiance - le danger - le refus - l'acceptation - la dépendance - l'indépendance.

Le vécu de l'enfant, les réponses, les informations de la mère amènent l'enfant à explorer la vie émotionnelle, affective et communicative nécessaire au développement de toute vie mentale (F. BOSCAINI, 1993).

La dynamique de ce dialogue tonique dépend de la manière dont les parents vont répondre aux situations satisfaisantes ou insatisfaisantes de l'enfant par des bercements, des changements de position..... et mettre le bébé dans la position d'un partenaire actif,(MAZET, STOLERU, 1993).

Au cours de ce dialogue tonique, les sensations tactiles et visuelles sont en étroites relations, il s'établit un véritable échange préverbal entre l'enfant et sa mère.

Le contact peau à peau fait aussi parti de ce dialogue tonique existant au cours de la toilette mais aussi dans le jeu.

Cet échange sera poursuivi par les sollicitations de l'enfant.

Cette relation est renforcée sans cesse par les propriétés sensorielles dont notre corps est pourvu.

L'olfaction - La gustation

Pendant l'allaitement, les sensations olfactives se développent.

Le nouveau-né est capable de reconnaître le sein de sa mère grâce à son odeur.

Il refuse le sein s'il est parfumé car il ne connaît pas l'odeur.

La mère est aussi capable de reconnaître son bébé à l'odeur

L'éveil des odeurs et l'éveil des goûts dans les premiers moments de la vie s'effectuent en même temps.

L'odeur du sein est associée à l'odeur du lait qui est l'aliment principal du bébé.

Le développement du goût suit l'évolution du bébé.

L'enfant connaîtra différents goûts au fur et à mesure que la mère introduira d'autres aliments dans sa nourriture.

Une véritable conversation s'établit entre le bébé et sa mère. Lorsqu'il la sent, il réagit par des mimiques de contentement auxquelles elle répond par des caresses, des bercements, des paroles.

L'audition

Comme nous venons de le voir, l'enfant communique avec son entourage par son regard, ses postures, ses cris, ses pleurs.

Parmi les réponses de son entourage, le langage est un des moyens de communication.

Le bébé reconnaît le son de la voix de sa mère à sa naissance.

L'enfant va donc, petit-à-petit, découvrir différents sons, il apprendra à les localiser et à les analyser.

Son entourage, et surtout sa mère établissent une relation verbale. On s'adresse à lui oralement.

Ceci constitue pour lui un éveil sonore et un éveil préverbal pour qu'il puisse lui aussi développer petit-à-petit sa voix.

L'enfant en grandissant fera l'apprentissage de son langage à travers celui de ses parents.

Il évolue du jasis à la répétition de syllabes; puis à la répétition de mots. Son évolution se poursuivra de l'association de deux mots vers le langage adulte durant sa scolarité.

Le langage qu'utilise la mère avec son bébé pendant les moments où ils sont ensemble constitue pour l'enfant une enveloppe sonore en continuité avec celle qu'il a connue in-utéro.

Elle s'adresse à lui en le nommant, l'enfant est pris comme une personne à part entière. L'enfant reconnaît, petit-à-petit, son prénom, sa mère lui donne et lui permet d'avoir une identité.

Cette reconnaissance de l'enfant est importante pour son développement affectif, cognitif et psychomoteur.

Toutes ces sensations, ces stimulations et ces expériences que vit le bébé grâce à son entourage parental constituent une première enveloppe pour l'enfant.

Elles vont lui permettre de se construire une identité, une personnalité, un corps.

Il va pouvoir prendre conscience de l'image de son corps et donc construire son « *Moi corporel* »? (HAAG, 1990).

Image du corps

Au début, la relation mère-enfant est construite sur le mode fusionnel.

L'enfant ne différencie pas son corps de celui de sa mère. Les deux partenaires ne font qu'un.

Mais, le nouveau-né a déjà un ressenti corporel qu'il a vécu pendant la grossesse.

A sa naissance, il recherche des contacts avec certains points de son corps pour se sécuriser, (Tête-Dos).

L'enfant va donc poursuivre le développement de son image du corps à travers toutes les expériences sensorielles et motrices qu'il va vivre avec son entourage ou tout seul.

WINNICOTT relie le regard à la notion d'identité.

A la question : « *que voit le bébé quand il regarde sa mère ?* »

Il répond : « *ce qu'il voit est lui même* ».

Le regard de la mère et l'image qu'elle offre à l'enfant favorise l'élaboration de l'image de soi.

Le regard de la mère et celui de l'enfant le dirigent vers l'ouverture de son espace visuel.

L'enfant voit sa mère, il va la différencier de lui, des autres et élargir son champ visuel vers l'extérieur.

C'est un apprentissage que fait l'enfant au cours de son développement.

L'angoisse du huitième mois décrit par SPITZ permet à l'enfant de différencier son corps de celui de sa mère.

La mère aide l'enfant à cela grâce aux variations de ses présences et de ses absences que l'enfant doit admettre.

Il imagine sa mère pendant son absence, imagination possible un temps, sinon, si l'absence est trop longue, l'enfant régresse.

Elle lui permet aussi de se différencier et de se reconnaître quand elle le place devant un miroir avec elle.

L'enfant pour la première fois voit un bébé dans le miroir et sa mère. En étant avec son enfant, elle va le nommer par son prénom, lui dire : « *c'est toi* ». Il se découvre comme bébé, jusqu'à présent son seul miroir était l'autre, l'adulte avec qui il communiquait.

Grâce aux répétitions de l'expérience du miroir, cela rassure de la première image qu'il a vu.

Les paroles structurantes de la mère permettent à l'enfant de prendre conscience de son corps comme une unité.

L'apparition du père dans le miroir authentifie le visage de l'enfant qui est alors lui même relativement à un autre : « *autre de la mère et de l'enfant à la fois* » (O. LORENZELLI, A.M. LUCCIARDI, 1989).

L'enfant découvre lui aussi son corps. Il commence par mettre ses mains dans la bouche.

Puis, elles vont petit-à-petit explorer son corps. Cette exploration s'effectue pendant la toilette, les soins, et sont valorisées par le langage de la mère.

Elles peuvent aussi se poursuivre devant le miroir, l'enfant associe ses sensations tactiles à ce qu'il voit.

Il construit son schéma corporel qui est commun à tout le monde et son image du corps qui est propre à chacun. Elle se construit par rapport au sujet et à son histoire.

L'image du corps est le support du narcissisme, (DOLTO, 1984).

Il est donc nécessaire que l'environnement affectif soit constant, cohérent et apaisant pour la constitution de l'activité de représentation.

Sinon, les perceptions et hallucinations de l'enfant ne sont pas refoulées et persistent dans l'univers de l'enfant qui ne se formera pas sur la réalité.

TROUBLES DE LA RELATION MERE-ENFANT

Avec la mère

La relation qui s'établit dès la conception entre la mère et son enfant peut rencontrer des difficultés.

En général, on peut noter plusieurs comportements discordants dans la relation.

La mère peut être avec son enfant trop stimulante, trop présente.

Elle ne permet pas à son enfant de faire des expériences.

Elle pénètre dans l'espace de l'enfant, il ne peut pas prendre du recul en rapport à ses désirs, ses manifestations, ses demandes.

Les moyens de communication de l'enfant ne sont pas reconnus en tant que tel.

Il n'a plus envie de manifester ses émotions. On pourra donc noter une inhibition des aspects de l'enfant.

L'enfant ne peut pas se différencier, se distancer de sa mère et surtout différencier son propre désir de celui de sa mère (M. BENHAIM, 1992).

La mère peut être aussi absente dans sa relation avec son enfant.

L'hypostimulation est souvent observée chez des mères dépressives; elles ne portent pas ou peu d'intérêt à son enfant.

Un sentiment d'incapacité peut réduire la relation pouvant être renforcée par le détournement du regard de l'enfant envers sa mère.

De même que la faiblesse des signaux de l'enfant contribue à la diminution des stimulations de la mère.

Le comportement de l'enfant nous renseigne sur sa relation avec sa mère WALLON parle « *d'expression posturale* » qui ont un « *caractère psychologique* » (MAZET, STOLERU, 1993).

D'autre part, dans l'inter-relation mère-enfant, il arrive parfois qu'il y est une discordance entre les demandes de l'enfant et les réponses de la mère.

En fonction de son état psychique, la mère aura une bonne réponse envers son enfant si elle va bien. Sinon, sa réponse ne correspondra pas ou elle peut ne pas répondre.

Ces mères sont partagées entre le désir de vouloir bien faire, d'être bonnes pour leur enfant et le « poids » qu'il représente dans leur vie.

Il est aussi possible de rencontrer une relation qui s'est fixée à un stade du développement. Par exemple, la relation est fusionnelle après la première année de l'enfant. Il n'a pas la possibilité de faire l'expérience, de son corps propre différent de sa mère, de l'espace qui l'entoure, ne peut construire son moi.

Et inversement, la relation qui n'est plus fusionnelle très tôt et demande donc à l'enfant une automatisation précoce. L'enfant n'a pas de repères au cours des expériences qu'il fait.

Pour finir, les perturbations de la relation peuvent dépendre du vécu des parents. Le fait d'avoir un enfant peut faire renaître des souvenirs qui étaient oubliés.

S'ils n'ont pas été agréables, le comportement des parents peut être en danger; la relation mère-enfant peut donc en dépendre et se dégrader.

La place du père

Il est difficile de parler des troubles de la relation à la mère sans évoquer la place et le rôle du père.

Le père a donc son importance dans la relation mère-enfant, il introduit à la dyade mère-enfant une troisième personne, (lui-même).

C'est la triangulation, dont l'enfant va faire l'apprentissage.

Pour F. DOLTO, c'est une notion qui existe dès la conception mère-père-enfant. Désir d'une mère, désir d'un père et désir d'un enfant de naître corps, (l'enfant pour F. DOLTO choisie ses parents de naissance), (J.D. NASIO, 1994).

Le père signifie alors à son enfant qu'il peut désirer sa mère, mais qu'il ne peut pas la posséder; elle ne sera jamais le véritable objet de ses désirs (Loi de l'insecte). Il permet à l'enfant de pouvoir se tourner vers d'autres objets de désir.

C'est aussi envers la mère qu'il lui donne une signification au désir, qui le concerne lui et non l'enfant.

Si les choses ne sont pas signifiées à l'enfant, il peut y avoir une perte de la réalité.

Mais, la situation du père est difficile car il n'a pas eu le privilège de porter l'enfant et d'avoir une relation fusionnelle avec lui.

Il peut arriver qu'il soit exclu, ou bien en « *position maternelle* ». Dans les deux cas, la fonction maternelle est alors inefficace : le père n'est pas à sa place.

Il n'a plus son rôle de médiateur entre le désir de la mère et celui de l'enfant.

Après ce vague résumé de l'éveil sensori-moteur de l'enfant et du développement de la relation mère-enfant, je pense qu'il est intéressant de s'attarder sur trois auteurs qui ont travaillé autour de ce thème :

- D W. WINNICOTT
- J. BOWLBY
- R. SPITZ

IV -.POINT DE VUE DE TROIS AUTEURS

D W. WINNICOTT

Ceci nous introduit à ce que WINNICOTT appelle les trois fonctions maternelles, qui s'exercent simultanément :

- Le holding, ;
- Le handling ;
- La présentation de l'objet.

- La fonction maternelle de présentation de l'objet se résume en la manière dont la mère présente l'objet à son enfant au moment où le bébé est prêt à l'imaginer donc à le trouver.

Pour WINNICOTT, en présentant l'objet au bon moment, la mère donne au bébé l'illusion qu'il a lui-même créé l'objet dont il ressent le besoin. Elle permet à l'enfant d'avoir un sentiment d'omnipotence, l'objet devient réel au moment où il est attendu. Et à plus long terme l'enfant pourra développer des sentiments qui lui seront propres (amour - haine, sans ménage et sans angoisse).

- La fonction de holding est ce qui correspond au maintien, au soutien de son enfant.

La mère protège son enfant et tient compte de ses capacités sensorielles, de sa sensibilité à la chute et de son ignorance à l'égard de la réalité extérieure, à travers les activités quotidiennes.

Mais, WINNICOTT précise une autre forme de soutien dans la mesure où la mère lui présente et le met en contact avec la réalité extérieure simplifiée, permettant à l'enfant de se créer des points de repère simples et stables afin qu'il puisse se structurer à son rythme dans le temps et l'espace : soutien psychique.

- La troisième fonction du handling s'effectue, dans la manière dont la mère manipule, berce, change, baigne, etc, son enfant.

Le bien être physique du bébé en dépend, il se ressent peu à peu comme vivant dans son corps et permettent aussi l'union entre le corps et la vie psychique : ce que WINNICOTT nomme personnalisation.

WINNICOTT va jusqu'à décrire deux positions possibles de la mère avec son enfant.

La première est « *la mère suffisamment bonne* » correspondant à une mère qui s'identifie étroitement à son enfant et s'adapte parfaitement à ses besoins. Elle lui permet de se développer une vie psychique et physique se fondant sur ces tendances innées. Il peut donc avoir le sentiment d'une

continuité d'existence. Phénomènes qui d'après WINNICOTT permettent la construction d'un vrai self, (vrai soi) notion introduite par HARTMANN, 1950).

Le vrai self est pour WINNICOTT : « *la personne qui se construit fondamentalement à partir de la mise en oeuvre de ses tendances innées, il se manifeste à travers un geste spontané, une idée personnelle, c'est le vrai self en action. Seul le vrai self peut être créateur et ressenti comme réel* », (Introduction oeuvres, p 274).

La mère a donc une position importante dans l'évolution psychique de son bébé ne présentant aucuns facteurs héréditaires ou congénitaux pathologiques.

La seconde position est « *une mère insuffisamment bonne* », WINNICOTT en fait plusieurs descriptions correspondant à une mère réelle ou à une situation. Par une mère réelle WINNICOTT entend par là, qu'elle est incapable de s'identifier aux besoins de son enfant. Au lieu d'y répondre elle les substitue aux siens propres. La mère est aussi imprévisible, discordante, excessive et déficiente à la fois. Aucune confiance ne peut naître entre l'enfant et sa mère, il ne peut se fier à elle.

La mère insuffisamment bonne peut être déterminée dans certains cas par rapport à une situation où l'enfant reçoit des soins par plusieurs personnes. Le bébé n'a donc pas l'expérience de soins « normalement » effectués avec sa mère.

WINNICOTT parle donc d'une « mère insuffisamment bonne » en l'absence de quelqu'un dont l'attachement à l'enfant est simplement ordinaire.

Durant les six premiers mois, le bébé pour WINNICOTT est dans une période de dépendance absolue inconsciente, il dépend entièrement du monde que lui offre sa mère. Pour le bébé, l'environnement et lui n'en font qu'un. Or, c'est la mère qui en s'adaptant aux besoins du bébé que la mère permet le libre déroulement des processus de maturation.

De six mois à deux ans, c'est une période de dépendance relative à l'égard de la mère et de ses substituts parentaux.

L'enfant prend donc conscience de sa dépendance envers sa mère, des difficultés qu'elle peut rencontrer et il devient capable de les exploiter pour se développer.

J. BOWLBY

La théorie de l'attachement a été étudiée par plusieurs auteurs (S.FREUD - SPITZ A.FREUD), mais J.BOWLBY a beaucoup participé à l'élaboration et la diffusion du point de vue sur la genèse des liens affectifs.

L'enfant naît avec un besoin de contact, qui est satisfait par la mère, permettant l'attachement grâce à ce contact.

Il n'est pas d'accord avec l'importance donnée aux pulsions orales et à l'alimentation.

L'enfant naît pourvu de possibilités comportementales d'attachement vis à vis de celui qui entre en contact avec lui, (Mère-Substitut).

Il décrit cinq comportements principaux instinctifs permettant de protéger la relation à la mère et l'enfant :

- « - *la Succion,*
- *l'Etreinte,*
- *l'Action de suivre (du regard),*
- *les Pleurs*
- *le Sourire »*

Les expériences et les réponses échangées entre l'enfant et son entourage permettent le développement de l'attachement. Il donne à l'enfant la sécurité et la confiance nécessaire à l'exploration de l'environnement.

Ces liens d'attachement se construisent pendant les premiers mois de la vie et se développent dans la deuxième moitié de celle-ci.

L'enfant devient capable de se souvenir de sa mère en son absence et de la reconnaître à son retour.

Le rôle des parents est déterminant dans le développement de l'enfant, de leur comportement dépendra ses capacités d'attachement.

BOWLBY distingue trois schémas principaux d'attachement fiables ainsi que les conditions familiales les favorisant:

- « *Le schéma d'attachement sûr* » : l'enfant a confiance en ses parents qui l'aide dans toutes les situations et donc peut explorer le monde en toute sécurité.
- « *Le schéma de l'attachement angoissé ambivalent* » : l'enfant est incertain vis à vis du soutien de ses parents et à du mal à se séparer pour explorer le monde. Les parents sont parfois disponibles et d'autres fois non.
- « *Le schéma de l'attachement angoissé évitant* » : l'enfant n'a aucune confiance en ses parents. L'enfant essaye de se suffire à lui-même. Rejet de la mère vis à vis de lui.

Une fois que ces schémas se sont mis en place, ils durent. Mais il est possible qu'au cours des premières années le changement de comportement des parents modifie les schémas établis.

« *La théorie de l'attachement fait appel aux concepts de modèle de représentation de soi et des parents* » que l'enfant va construire à partir de son vécu.

BOWLBY précise que « *la figure d'attachement maternelle fonctionne comme une base sécurisante, la qualité de la relation mère-enfant aboutissant progressivement, précisément à la création d'un sentiment de confiance en soi* »; (MAZET, STOLERU, 1993)

Pour conclure, je terminerais avec sa pensée décrivant les conséquences de carences prolongées dans les trois premières années de la vie.

Les carences causent des dommages graves mais aussi durables. Les capacités intellectuelles et verbales sont diminuées par rapport aux possibilités initiales. L'organisation de la personnalité est appauvrie au niveau des échanges relationnels avec l'entourage et de sa vie émotionnelle aussi sur la qualité que la quantité.

R.A SPITZ

SPITZ a étudié le développement psychique précoce : la reconnaissance par l'enfant du monde extérieur et de l'objet matériel avec l'observation directe du nourrisson.

L'enfant passe par différentes étapes que SPITZ appelle « *un organisateur* ». Selon, SPITZ, le bébé organise ses expériences qui grâce au visage humain va pouvoir différencier le MOI du Non Moi, le corps propre et celui de sa mère, le dedans et le dehors.

Il décrit trois organisateurs :

- le sourire : vers la huitième semaine environ, c'est la première sociale à un visage, masque. Mais le visage n'est qu'un pré-objet pour le moment, c'est l'aspect extérieur qui est retenu par l'enfant.

La relation mère-enfant prend un sens pour la mère qui va réagir aux sollicitations de son bébé.

- L'angoisse du huitième mois : l'enfant ne sourit plus à tout le monde, il différencie l'univers familial de l'univers étranger.

Ce n'est pas une réaction due à l'étranger par lui-même mais plus à l'absence de la mère. Elles se traduisent par des attitudes timides jusqu'aux pleurs, cris, refus de contact ...

L'enfant a trouvé le partenaire avec lequel il établit une relation objectale.

- L'acquisition de la négation : par l'expression verbale ou gestuelle du « non », l'enfant s'identifie à sa mère et lui permet d'avoir un certain pouvoir sur le monde extérieur.

L'enfant prend plaisir à s'opposer, début de la communication sémantique.

Ces trois organisateurs sont déterminants sur les contenus des affects dans la relation mère-enfant de même que la nature de la relation déterminera l'évolution de ces trois organisateurs.

Après plusieurs observations, il décrit six comportements maternels pouvant entraîner des répercussions importantes sur les nourrissons.

D'une part, il note le comportement des mères qui rejettent globalement leur grossesse, ne montrent aucun intérêt vis à vis du nouveau-né qu'il nomme : « *Rejet Primaire Manifeste* ».

Certaines mères surprotègent leur enfant. C'est en général dû à une anxiété qui existe par rapport à leur enfant que SPITZ nomme : « *La Sollicitude Primaire excessive et anxieuse* ».

Il est parfois difficile pour les mères d'investir leur enfant, ce transforme en une anxiété pour ne pas s'avouer une difficulté à entrer en relation avec leur bébé. Il parle ici d'un comportement d'^FHostilité déguisée en anxiété manifeste.^F

Il note aussi les « mères qui oscillent entre les cajoleries et l'hostilité ». Le bébé oscille donc entre le sentiment de haine et le sentiment d'amour de sa mère envers lui.

Il rencontre certaines mères ayant des « *sauts d'humeur Cycliques, (catathymiques)* ». Les réactions négatives ou positives de ces mères ne correspondent pas aux situations et sont donc incompréhensibles pour l'enfant.

Pour terminer, il décrit « *l'Hostilité Maternelle consciemment compensée* ».

Les mères ont un enfant comme une source de satisfaction narcissique et exhibitionniste et non comme un objet d'amour.

Il précise l'importance de la place occupée par le contexte familial. Mais aussi le contexte familial antérieur dans lequel vivaient les mères. En effet, il a remarqué que dans bien des cas, l'attitude de ces mères est en fait la reproduction de celle de leur propre mère envers leur enfant.

Après les divers comportements maternels il observe ceux des enfants de ce contexte familial :

- Il note des coliques du premier trimestre, l'enfant a donc des troubles intestinaux. Ce trouble est souvent lié au comportement de la mère : sollicitude primaire excessive et anxieuse.

- On peut observer un eczéma infantile en relation avec le comportement d'hostilité déguisée en anxiété manifeste de la mère.

- Il observe aussi des balancements, des jeux fécaux, une hyperthymie.

- Ceci est un bref résumé de travaux essentiels de SPITZ. Certains ne figurent pas ici, car ils sont repris dans la partie suivante.

CONCLUSION

Il était nécessaire ici de rappeler, comment les enfants, à travers leurs parents se construisent, se développent, font leurs expériences afin de pouvoir vivre en harmonie et autonomes dans ce monde.

Mais quand ce développement ne se fait pas dans les normes, que le milieu familial est défaillant, qu'advient-il de ces enfants ?

V - INTERRELATION MERE-ENFANT DEFAILLANTE ET CARENCE PSYCHO-SOCIO-EDUCATIVE

INTRODUCTION

Il est difficile d'observer l'état de carence dans une famille. Plusieurs facteurs de carence sont réunis et associés avec l'insuffisance de la qualité relationnelle.

L'interaction Mère-Enfant peut être décrite par trois dimensions :

- l'insuffisance d'interaction : absence de la mère ou du substitut maternel.
- discontinuité des liens qui met en cause les séparations quels qu'en soient les motifs.
- la distorsion qui rend compte de la qualité de l'apport maternel.

La relation mère-enfant est donc primordiale dans le développement de l'enfant.

Avant de développer ces trois points, il est important de savoir que les recherches ont montré que la carence affective et la carence sensorielle ne sont pas des choses interchangeables et qu'il est impossible de l'infliger l'un sans l'autre.

DEVELOPPEMENT DES DISTORSIONS RELATIONNELLES ET AFFECTIVES ET SES CONSEQUENCES

Il est expliqué ici trois grands types de carence séparément pour plus de facilité ce qui ne veut pas dire qu'il ne peut y avoir de liaison entre elles dans la réalité.

Il faut souligner que les effets sur les enfants varient en fonction de :

- * l'âge, les caractéristiques propres de l'enfant, « plus ou moins grande tolérance à la frustration »;
- * l'intensité de la carence, sa durée, son mode;
- * la qualité de la relation ou l'installation de la carence;
- * sa qualité après l'expérience de la carence.

Ce qui nous amène les manifestations du nourrisson puis chez l'enfant.

La carence par insuffisance

En rapport avec les observations de R. A SPITZ avec des enfants en institution n'ayant pas de relations humaines chaleureuses, mis à part les soins quotidiens.

Il décrit le tableau de dépression anaclitique en trois phases :

- pleurnichement
- gémissement, perte de poids, et arrêt du développement.
- retrait, refus de contact.

La dépression anaclitique est « *un état de déprivation maternelle* », d'un état réactionnel lié à la perte du lien privilégié à la mère et du soutien qu'elle représentait pour lui, (MAZET STOLERU).

Si l'insuffisance relationnelle est totale il décrit l'hospitalisme avec les mêmes symptômes que la dépression anaclitique avec un nouveau tableau clinique : retard moteur-coordination oculaire déficiente ; visage inexpressif.

On peut dire aujourd'hui que l'hospitalisme décrit ici est devenu rare.

On note dans cette situation un manque de l'apport affectif libidinal.

Ce qui entraîne une recherche permanente de stimulations extérieures et de compagnie malgré une certaine anxiété. SPITZ explique l'absence ou l'épuisement rapide des autostimulations et la pauvreté physiologique par les décharges sur le Moi du nourrisson des pulsions agressives n'ayant plus d'objet pour cela. Mais le Moi n'est pas encore assez organisé pour prendre le corps comme objet libidinal.

JOFFRE ET SANDLER ont beaucoup insisté sur le fait que la dépression du nourrisson, (comme la générale) est marquée « *par un état d'impuissance, de désespoir et de résignation en face de la souffrance mentale* », (MAZET, STOLERU, 1993).

La carence par séparation

La séparation mère-enfant est un phénomène fréquent malgré la connaissance des répercussions sur l'enfant.

BOWLBY décrit trois phases dans la réaction de l'enfant à la séparation :

* phase de protestation lors de la séparation : pleurs, agitation, appelle ses parents, inconsolable puis diminution (2.3 jours).

* phase de désespoir : refus de s'alimenter, d'être habillé, inactif, renfermé.

* phase de détachement : accepte la présence des infirmiers, leurs soins, la nourriture. S'il revoit sa mère au cours de cette troisième phase, il peut ne pas la reconnaître ou se détourner d'elle.

Réaction importante chez des enfants de cinq mois à trois ans, (MARCELLI, 1993).

Si la séparation se prolonge on note :

un arrêt fréquent du développement affectif et cognitif, diminution du quotient de développement et du quotient intellectuel, des perturbations somatiques, des troubles psychosomatiques, et chez l'enfant plus grand, des difficultés d'adaptation à l'école, troubles du comportement.

La séparation renvoie à la perte d'objet, quand un lien affectif est installé.

BOWLBY explique la réaction de colère et l'hostilité envers la figure frustrante par la frustration à la non satisfaction du besoin primaire d'attachement.

La carence par distorsion

Elle est en relation avec la situation socio-économique de la famille.

Les situations familiales très difficile mettent leur enfant dans des situations à risques de morbidité physique et mentale.

Il ressort de la situation familiale, un couple parental défaillant socialement et relationnellement. La misère sociale chronique est constante, la situation professionnelle des parents est instable et aléatoire.

Les figures maternelles sont plus présentes que les figures masculines qui sont très dévalorisées.

Les enfants ont souvent des retards du développement.

Ce sont des familles nombreuses où il existe peu d'écart entre la fratrie.

Les épisodes somatiques et la carence de soins sont plus importants que la carence affective.

On note un retard et/ ou des difficultés de langage, des difficultés intellectuelles et des troubles du comportement entraînant la possibilité de passage à l'acte et des difficultés d'adaptation sociale.

Il n'y a pas de cohérence éducative dans la famille. Les couples antithétiques ont disparu : nuit/jour, faim/satiété, présence/absence, propre/sale, amour/haine, ... et non pas de signification.

L'enfant a des difficultés pour structurer sa vie, sa pensée en l'absence d'un cadre. Il n'a pas de repère identificataire. L'enfant est le soutien narcissique des parents.

Ils ne paraissent pas avoir su différencier leur Sur Moi de l'idéal du Moi. Cette carence narcissique est importante et perdue au fil des générations.

Je finirai sur cette phrase de A.R. SPITZ qui dit que « *la seule voie qui leur reste ouverte est la destruction de l'ordre social dont ils sont victimes. Enfants privés d'amour, ils deviendront des adultes pleins de haine* » (SPITZ 1968, p 232).

LES DIFFERENTS COMPORTEMENTS D'ENFANTS

SOUFFRANTS DE CARENCE

Sur le plan somatique, M LEMAY décrit trois manifestations importantes chez le jeune carencé :

Il présente donc d'importantes perturbations du sommeil.

Au niveau de la sphère auditive, il existe une persistance d'otites chroniques,

et, un retard global et prolongé du développement, (coordination globale, état tonique, équilibre, rythme, latéralisation, arrêt volontaire), (LEMAY, 1979).

Dans le domaine affectif et relationnel le jeune carencé présente d'emblée des difficultés.

Dans la relation il est important de noter son avidité, son agressivité, ses craintes d'abandon, son incapacité à s'attacher, ses régressions.

Par le biais de la régression, il peut avoir des manifestations affectives face à un adulte à l'écoute et il peut chercher la possession.

C'est à travers ses comportements que l'enfant montre sa rage, son désespoir d'être abandonné.

Il ne tolère pas l'échec dans la mesure où il n'accepte pas la frustration ayant entraîné une importante blessure narcissique vécue au début de la vie.

La relation objectale est difficile à établir pour le jeune carencé, un jour l'objet est aimé, le lendemain il se détruit

Les marques d'affection qu'il peut recevoir peuvent entraîner des craintes de dévoration, d'engloutissement et d'intrusion dangereuses.

D'ailleurs l'enfant carencé adopte un comportement particulier quand il commence à éprouver des sentiments envers un adulte pour y mettre fin.

Il met en place un mécanisme de rejet, dont il est la victime, tout en permettant à son entourage de « l'abandonner » à cause de ses attitudes négatives incompréhensibles.

Son monde imaginaire est pauvre et a souvent une tonalité dépressive et agressive.

Pour M. LEMAY, « *le trouble fondamental de l'enfant carencé est sa difficulté à se représenter le déroulement d'action passées et présentes ainsi qu'à anticiper des actions futures* », (LEMAY, 1979, p 168).

Il est capable d'opérations cognitives mais il est en difficulté face à des mécanismes opératoires.

M. LEMAY insiste sur le rôle fondamental des stimulations en s'interrogeant sur la qualité, la quantité, la cohérence et la régularité des stimuli reçus habituellement par un jeune enfant.

L'absence de stimulation dès la naissance entraîne chez l'enfant des difficultés de construction de son Moi, et crée un état déficitaire.

« Le rôle initial du Moi est d'établir un système défensif et adaptatif entre la réalité entrevue et les exigences pulsionnelles », (LEMAY, 1979 p 27).

Comme nous l'explique PIAGET : *« le Moi ne s'élabore, ne se connaît qu'au moyen de schèmes que l'enfant construit en fonction des objets extérieurs éprouvés, découverts comme agissant. Puis ils sont modifiés par l'enfant qui prend progressivement du recul et formalise des schèmes opératoires », (LEMAY, 1979, p 161).*

Ce qui nous amène à dire que l'absence de toutes les sensations (tactiles, gustatives, olfactives, auditives, visuelles et binesthésiques) n'ont plus un degré de constance qui caractérise tout l'univers du nourrisson élevé dans de bonnes conditions.

Chez le jeune carencé, les organes sensoriels ne permettent plus la communication mais l'isolement dans un monde clos.

CONCLUSION

Il est donc intéressant d'amener l'enfant carencé à connaître les différentes stimulations sensorielles qui'il a peu connues tout petit et qu'il n'a donc pu exploiter.

Cette exploration amène l'enfant à redécouvrir un certain plaisir et peut permettre la prise de conscience de son propre corps et la place qu'il occupe.

DEUXIEME PARTIE : L'ATELIER D'EVEIL

I - FONDATION DE SELVES

PRESENTATION

La fondation de SELVES est un établissement public communal autonome, gérée par un conseil d'administration conformément à la loi sur les institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975.

La fondation a pour vocation la prise en charge d'enfants et d'adultes dont l'inadaptation ou la déficience nécessite un accompagnement spécifique et la mise en oeuvre de techniques éducatives, pédagogiques, thérapeutiques spécialisées et appropriées.

L'ensemble de ces actions convergent, suivant les structures, vers l'intégration scolaire, professionnelle et sociale.

La fondation à 2,5km de SARLAT, sur un domaine de 60 hectares,

gère :

- l'I.M.E. : Institut Médico-Educatif

- Le Foyer de SELVES : Foyer de Vie

- Le Foyer de BONNEFOND : Foyer d'Insertion Professionnelle et Social : F.I.P.S.

II - FONCTIONNEMENT DE L'I.M.E.

POUR QUI ?

L'Institut Médico-Educatif accueille les enfants sur décision de la Commission Départementale d'Education Spécialisée (C.D.E.S), en demi-pension, placement familial ou internat.

L' I.M.E. peut recevoir 40 garçons et filles de 6 à 18 ans (parfois jusqu'à 20 ans) en difficultés scolaires, psychologiques, sociales, éducative.

Les jeunes accueillis se situent dans un registre déficitaire moyen ou léger avec souvent, en corollaire, des troubles surajoutés dû à des carences éducatives, psychologiques ou sociales.

Ils sont répartis en quatre groupe auxquels s'ajoutent deux appartements en centre ville pour deux filles ou deux garçons qui sont dans une perspective d'accès à la vie professionnelle et sociale.

Groupes internats : - I.M.P. : (Institut Médico-Pédagogique : dix enfants de six à douze ans environs).

- Pré I.M.Pro : (Préparation Institut Médico-Professionnel : 10 jeunes adolescents de 12 à 14 ans).

- I.M Pro (Institut Médico-Professionnel enfants de 15 à 18 ans).

- Service de Suite.

Groupe de Soins. - Maximum dix enfants entre six et quatorze ans, demi-pensionnaire.

- La dimension soignante est plus spécifique car les problématiques des jeunes sont plus importantes. Leur séjour varie de 1 à 3 ans.

- Au terme de leur prise en charge, ils sont orientés vers une autre appropriés à leur pathologie.

LES OBJECTIFS.

La réalisation des objectifs passe par une prise en charge telle qu'elle est définie par le décret de 1989, article 2.

« La prise en charge tend à favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives, sociales et professionnelles. Elle tend à assurer l'intégration dans différents domaines de la vie, de formation générale et professionnelle. »

* L'objectif global sera donc d'aider le jeune à se positionner en qualité de sujet et acteur de son développement socio-professionnelle et personnel.

Cela nécessite entre autre de mettre en oeuvre différentes actions pour que les processus d'échec ne se chronicisent pas afin de favoriser l'émergence du désir, vecteur privilégié pour une dynamique de réussite.

Le jeune saura alors utiliser au mieux les potentialités dont il dispose et réaliser dans de meilleures conditions son intégration socio-professionnelle.

* Le projet individuel de l'enfant mobilisera l'ensemble des intervenants et des familles dans un processus d'évolution dynamique afin que les acquis relationnels, scolaires, professionnels et culturels soient les plus importants possibles et surtout au maximum intégrés et intériorisés par le jeune.

ORIGINE GEOGRAPHIQUE

- Secteur Est de la Dordogne.
- Secteur Nord du Lot.

MOYENS MIS EN OEUVRE.

La globalité de la prise en charge individuelle, multidivisionnelle, est assurée par la coordination des moyens suivant :

Les moyens éducatifs

L'accueil est assuré :

- En demi-pension,
- En pension avec accueil : en unité de vie de 10 enfants
en famille d'accueil
- En service de suites

Les enfants sont encadrés par un personnel éducatif diplômé qui assure la prise en charge globale des enfants confiés, (Référents).

Les moyens pédagogiques

-Enseignement scolaire.

- * groupe scolaire spécialisé à l'établissement.
- * groupe scolaire de SARLAT en cas d'intégration.

- Enseignement professionnel.

- * dans les ateliers de l'I.M.Pro, enseignement ménager, couture, peinture, horticulture.
- * en stage d'initiation à la vie professionnelle, stages multiples et diversifiés (tous métiers).
- * mise en place des contrats d'apprentissage avec les centres de formation agréés.

Les moyens médico-psychologiques

L'équipe de l'unité de soins se compose :

- *d'un psychiatre à mi-temps responsable de l'équipe.
 - *d'un psychologue à trois-quarts temps sur les groupes d'internats.
 - *d'un psychologue à mi-temps sur le groupe de soins.
 - *d'un psychomotricien à mi-temps
 - *d'un infirmier à mi-temps
 - *d'un kinésithérapeute à mi-temps
 - *d'une aide soignante à trois-quarts temps
- (Infirmier - kinésithérapeute - aide-soignante sont également sous la responsabilité d'un médecin généraliste attaché à l'établissement).

Le soin est l'objectif de l'équipe thérapeutique.

La nature de ces objectifs lui confère une place particulière au sein de l'institution.

L'équipe thérapeutique ne travaille non pas dans un accompagnement de tous les jours, ni dans un apprentissage mais sur le fonctionnement, la structuration et l'étayage de la personnalité.

Ceci implique une délimitation rigoureuse de l'espace et du temps d'intervention de l'équipe thérapeutique.

Cette équipe aide les enfants et les adolescents accueillis à l'I.M.E dans la perception de la réalité et dans la résolution de leur conflits psychiques.

Elle donne du sens à leurs comportements.

Elle apporte un mieux être par une meilleure adéquation du vécu intérieur aux exigences du monde extérieur.

Ce travail se réalise suivant :

- les enfants, les familles naturelles et les familles d'accueils,
- le personnel éducatif, pédagogique, technique et administratif.

ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN

Le psychomotricien intervient à mi-temps dans l'I.M.E, son intervention se situe à différents niveaux :

- le travail institutionnel : il participe aux réunions de synthèse et aux différentes réunions de l'institution ou sa compétence peut être requise. Il fait partie intégrante de l'équipe thérapeutique et à ce titre il prend part aux réunions ayant pour objet le soin.

- le travail thérapeutique :

*le bilan : le psychomotricien est amené à effectuer un bilan diagnostique de l'enfant admis à l'I.M.E. Une évaluation psychomotrice de chaque enfant sera régulièrement faite par la suite.

*les prises en charge individuelles lorsqu'il y a indication d'une rééducation psychomotrice individuelle, le psychomotricien peut être amené à rencontrer un enfant au rythme de une à deux séances par semaine, la décision d'une prise en charge se faisant en synthèse.

Une nouvelle évaluation pluridisciplinaire de la situation pouvant déboucher sur une modification du projet, sur la décision du médecin psychiatre.

- Le travail en groupe : le psychomotricien intervient dans l'animation du travail de groupe ayant des supports et des objectifs différents (terre - graphisme - expressions corporelles ...). Ce travail d'animation s'effectuant en collaboration avec des membres du personnel de l'institution : psychologue, éducateur, instituteur.

LES REUNIONS

Les réunions de synthèse

Pendant les périodes scolaires, chaque semaine, un temps de réunion de synthèse, deux heures, est programmé afin d'étudier les perspectives d'évolution des enfants, de cerner les difficultés rencontrées de contrôler les actions en cours et d'élaborer des modifications éventuelles aux projets individualisés de chaque jeunes.

Tous les intervenants auprès des enfants carencés y participent.

A ce type de réunions peuvent être associés les travailleurs sociaux externes à l'I.M.E, ayant en charge les enfants de l'I.M.E. en intégration.

Les comptes-rendus de synthèse sont établis et joints aux dossiers des enfants concernés .

Les réunions de coordination

Une semaine sur deux, pendant 1 heure30, entre instituteurs, moniteurs d'ateliers, éducateurs, éducateurs-chef, psychologue et/ou psychiatre permet à chaque participant de s'informer mutuellement des difficultés rencontrées et de coordonner leurs pratiques respectives.

Au cours de ces réunions, les difficultés de tous les enfants d'un même groupes sont abordées de manière à ce que les objectifs soient régulièrement ciblés.

Les réunions institutionnelles

Elles regroupent deux fois par an l'ensemble du personnel disponible de l'I.M.E. .

But : - clarifier les objectifs généraux,

- aborder les thèmes de réflexion proposés par les membres du personnel ou par la direction,

- aborder les sujets de formation du personnel, le contenu de ces formations et les priorités à établir dans le cadre des besoins et du budget de l'établissement.

III - LE GROUPE.. (cf cours Mr Pascal BOURGER)

GENERALITE

Ce mémoire ayant pour objet le groupe d'éveil sensori-moteur, il me paraît important de décrire ici le groupe thérapeutique.

Introduction

Le groupe d'après le Larousse est un ensemble de personnes ou de choses réunies dans un même endroit.

Le groupe est un ensemble de personnes interdépendantes, une organisation d'un réseau de sujets faisant corps et se structure les uns par rapport aux autres dans un espace et un temps donné et par rapport à un pôle.

La prise en charge en groupe est à la fois une prise en charge individuelle et une prise en charge à l'intérieur du groupe, les enfants ont des relations individuelles avec l'adulte.

La prise en charge de groupes dans son travail est axée sur la dynamique, c'est-à-dire que l'on va travailler sur les phénomènes du groupe, chaque individu aura sa place.

Le groupe en tant que tel existe, s'organise et se développe, il devient le support d'évolution de chacun et développe sa personnalité propre, aucun groupe n'aura la même.

La dynamique de groupe

Dans le lexique du psychomotricien, J.C CARRIC définit la dynamique de groupe comme le résultat des interactions de personnalité qui compose un groupe sur chaque personne et sur l'activité générale du groupe.

Les besoins affectifs et les pulsions instinctives de chacun s'investissent sur tous les membres du groupe dans un équilibre plus ou moins stable, mouvant et actif.

Chaque membre est ainsi amené à assumer dans le groupe un rôle qui correspond à ses besoins et à ses aptitudes et qui retentit sur le groupe tout entier.

Le groupe peut être utilisé comme moyen de connaissance, de révélation et même thérapeutique.

LEWIN parle de l'existence de deux phénomènes dans la dynamique de groupe :

- Soit c'est le groupe qui crée la dynamique
- Soit c'est par la dynamique que le groupe est créé.

Chaque groupe à son propre équilibre dans sa dynamique.

Ses objectifs

L'expérience vécue dans un groupe peut permettre aux enfants d'accroître leur identité

Le groupe donne à l'enfant la possibilité de vivre des expériences proches de celles des premiers apprentissages. Ces expériences peuvent ainsi favoriser une modification des liens, des relations avec l'objet de la connaissance et contribuer à restaurer sa capacité d'apprendre.

Le travail peut se diriger vers la relation d'objet, sur les modèles d'apprentissage, les concepts de la vie et sur le plaisir et les capacités d'établir des relations, de s'intégrer et de participer dans un groupe restreint.

Le groupe va permettre à l'enfant une bonne maîtrise corporelle en vue de leur donner une certaine autonomie, une découverte de leur corps, et obtenir une meilleure socialisation et une meilleure adaptation aux autres individus.

Le groupe est un espace de liberté, de projection, d'introjection et de rencontres.

Le sujet se sentant suffisamment en sécurité, peut relâcher son système de défense, trop coûteux ou mal adapté, et par là remanier son économie libidinale.

Il permet aux enfants de faciliter de nouveaux investissements, leur propose des objets d'identification; leur permet de prendre du recul par rapport à ses difficultés, en s'appuyant sur la réalité.

Il peut éviter un blocage qui pourrait provoquer une relation duelle. Il permet une situation mutuelle et aide les enfants à acquérir la notion de vie de groupe, à savoir respecter les règles de vie en se soumettant à la majorité et en acceptant les coopérations, les partages et les situations nouvelles.

Le groupe répond à certains besoins de l'enfant comme de l'adulte. Le besoin d'aimer, et être aimé, accepter, compris, estimé voire admis est important, surtout au niveau des relations interpersonnelles.

L'attrait d'autres membres du groupes, le désir d'établir ou de maintenir des relations avec eux est donc un aspect de l'attachement au groupe et, par conséquent, de son fonctionnement, (Maurice CAPUL « Les groupes rééducatifs » Presse Universitaire de France 1974).

Il est important d'ouvrir une parenthèse pour faire un rappel concernant la prise en charge individuelle.

Au cours de celle-ci, la relation qui s'établit entre l'enfant et le thérapeute est une relation duelle. L'enfant est donc seul avec l'adulte, cette situation peut être vécue difficilement par l'enfant.

Le temps réservé à l'enfant pour qu'il soit en confiance est important dans ces cas-là.

Mais, on peut rencontrer suivant l'enfant une situation inverse c'est-à-dire que en étant seul avec l'adulte permet à l'enfant de se libérer.

La prise en charge en individuel demande un investissement plus important de la part de l'enfant.

Ses indications

Pour former un groupe quel qu'il soit, on tiendra compte de l'âge des patients, de leurs situations.

L'indication pour une prise en charge en groupe peut être liée aux difficultés qu'un enfant présente lors d'une relation duelle, (thérapeute-enfant), et

inversement c'est-à-dire que l'enfant soit capable d'accepter, de vouloir et de pouvoir entrer en relation avec les autres.

L'indication de l'orientation thérapeutique s'effectue en tenant compte des compétences des personnes, des intervenants, des objectifs à atteindre.

Certains auteurs pensent qu'il vaut mieux constituer les groupes de façon homogène : le groupement peut être établi, non sur des symptômes, mais sur des structures dynamiques voisines.

Pour Michel LEMAY « *plus un groupe est hétérogène, plus il risque de subir des phénomènes d'intoxications et de contagion dus aux heurts continuels entre ses membres* ».

On tiendra compte évidemment des différentes atteintes des enfants afin de déterminer si le groupe sera hétérogène ou non.

Phénomène de leader

Il n'est pas rare qu'au sein d'un groupe, il y ait une personne qui se « distingue » car elle se donne un « rôle ». C'est à dire qu'il organise des conduites relatives à une certaine position qu'il adopte dans un ensemble interrelationnel.

Le leader se distingue par leur rapidité de décision et leur aisance verbale.

Il répond le mieux aux exigences du groupes.

Il est noté qu'une personne ayant une position de leader dans un certain groupe ne reproduit pas forcément son attitude dans un autre groupe.

Rôle de l'adulte

L'adulte doit tenir compte des dimensions du groupe et des individus, dans la perspective suivante :

- *l'enfant pris en charge est aidé avant tout pour lui-même.
- *l'accent est mis sur la modification profonde de l'enfant mais sans négliger les apprentissages nécessaires, (de vie quotidienne, scolaire),
- *l'importance des relations interpersonnelles de l'enfant dans le groupe,
- *le groupe est un élément médiateur entre l'enfant et l'adulte.

L'adulte au sein du groupe va :

*appréhender les possibilités d'évolution d'un enfant placé dans des situations déterminées

*évaluer comment il s'ajuste aux autres dans le groupe, selon quelles modalités il réagit à la frustration ou à la compétition, de quelle façon il se situe par rapport aux adultes, comment il supporte l'affection, quelle est son orientation dans l'espace...etc...

Le thérapeute fait partie intégrante du groupe, il est engagé dans l'expression corporelle et émotionnelle de chacun.

A tout moment, il lui faut être disponible au décryptage des mouvements qui s'opèrent. C'est de cette analyse que dépend son propre mouvement.

Il est pour le groupe un objet d'identification, de projection, mais aussi un représentant de la loi assurant la protection du groupe et de chacun dans son sens. (A. CALZA et M. CONSTANT « Abrégé de Psychomotricité » MASSON Paris 1994).

L'adulte permet et donne les moyens à l'enfant de reconstruire dans un cadre, un milieu et un temps privilégiés un dialogue et une communication qui lui ont fait défaut.

C'est un phénomène qui se réalise par la communication corporelle.

L'enfant investira son corps qui permettra la liaison dans ses rapports avec les autres.

Il prendra conscience de ses gestes qu'il utilise pour s'exprimer ainsi que ses attitudes et ses postures sous le regard du thérapeute (COSTE J.C , 1989).

En général, la prise en charge en groupe s'effectue avec deux adultes. Si c'est le cas, les adultes entre eux peuvent adopter différentes positions. Par exemple, un peu avoir une position active en dirigeant les activités au cours de la prise en charge, et le second peut se placer en position d'observateur. Pendant un certain temps, rarement toute la séance, il observera les enfants dans leur comportements; leurs attitudes, leurs échanges entre eux, leurs réponses, leurs investissements etc...

Le travail par deux adultes, permet de faire face à des situations difficiles à maîtriser par une seule personne.

Dans ce cas, les difficultés n'apparaissent pas, le groupe est contenu par les deux adultes qui se soutiennent mutuellement.

Avant la fin de chaque séance, l'adulte prévoit toujours un temps de verbalisation. Ce moment est important pour les enfants qui vont pouvoir s'exprimer, s'ils le désirent, sur la séance qui vient de se dérouler, il peut arriver qu'ils fassent une relation avec les séances précédentes.

Les enfants vont pouvoir parler de ce qui leur a plu, ou déplu, ce qu'ils ont ressenti, vécu...

En écoutant les enfants, l'adulte peut reprendre le déroulement de la séance, amener, aider les enfants s'ils ont des difficultés à parler.

Par la reprise du déroulement de la séance, l'adulte, à travers les dires des enfants, prend conscience de ce dont ils se souviennent de ce qui a été fait durant la séance.

A partir de là, ses renseignements vont lui permettre de préparer la séance suivante.

CONCLUSION

La prise en charge en groupe nécessite la mise en place d'une préparation et d'une étude de tous les domaines qui seront mis en oeuvre afin d'élaborer un projet thérapeutique.

Un tel projet implique de la part du thérapeute un engagement face aux enfants en difficulté qui sont des sujets en états de conflits, de besoin avec qui il faut adopter/offrir.

- *une attitude d'acceptation et de respect de la personne,
- *une attitude de disponibilité et d'écoute,
- *une capacité d'évaluation,
- *une continuité dans la prise en charge.

Bien entendu, les attitudes évoquées précédemment face au groupe doivent être les mêmes en prise en charge individuelle.

IV - PSYCHOMOTRICITE ET EVEIL SENSORI-MOTEUR

INTRODUCTION

L'être humain est pourvu d'organes des sens ayant chacun un rôle déterminé permettant à l'homme d'être ce qu'il est.

Un être qui entend, voit, goûte, sent, touche et évolue dans l'espace.

Comme nous l'avons étudié précédemment, ces sens commencent leur développement dès la conception de l'être, et c'est après la naissance qu'ils vont poursuivre leur maturation. Mais c'est aussi lié à la prise de conscience et la maîtrise de leur fonctionnement que fait l'enfant.

Les parents sont les personnes permettent à l'enfant de faire ses acquisitions. Sinon, il arrive dans certain cas que l'éducation soit défailante avec les conséquences que cela entame en ce qui concerne éveil des sens, l'éducation pédagogique, et psychologique.

C'est avec ces enfants carencés que les psychomotricien peut déterminer son rôle, par l'éveil sensori-moteur en particulier dans un travail qui s'effectue autour des cinq sens.

EVEIL SENSORI-MOTEUR

A ce niveau là, l'éveil sensori-moteur consiste à inciter, à stimuler, à sensibiliser les enfants pour qu'ils puissent ordonner, repérer leurs sens à partir d'expériences, (Tactiles, Visuelles, Olfactives, Gustatives, Auditives) vers une harmonisation avec leur corps.

On sait que les conduites sensori-motrices existent dans tous les comportements humains, leurs utilisations varient en fonction des tâches à effectuer.

Il est difficile de dissocier le sensoriel et le moteur car le domaine moteur permet une adaptation des propriétés spatiales en fonction des stimulations sensorielles vécues.

Nous nous trouvons là, face à l'activité psychomotrice la plus élémentaire.

WALLON précise l'importance des liaisons, intersensorielles et interfonctionnelles qui s'effectuent au cours du développement par l'expérience.

Il insiste essentiellement sur le rôle de la main lors de ces associations intersensorielles qui amènent à penser qu'il existe une étroite liaison entre la kinesthésie et la vision mais aussi avec les autres sens. (LURCAT, 1993).

En I.M.E., nous rencontrons beaucoup d'enfants souffrant d'importantes carences psycho-sociaux éducatives.

En proposant un atelier d'éveil sensori-moteur nous allons essayer de rétablir, de sensibiliser, de créer et de structurer certaines liaisons intersensorielles qui n'existent plus ou sont insuffisantes.

L'éveil sensori-moteur peut amener à l'élaboration de signaux permettant aux enfants de mettre en forme leur corps.

Ces signaux constitueront en ensemble de points d'appui pour les fonctions instrumentales.

La création d'un atelier d'éveil sensori-moteur nécessite une réflexion permettant d'étudier les différents phénomènes qui vont être mis en place.

L'ensemble de ces phénomènes vont permettre aux enfants de faire diverses expériences qui leur donneront la possibilité d'élaborer ses sensations tant sur le plan corporel que sur le plan psychique et faire le lien..

L'atelier nécessite tout d'abord la mise en place d'un cadre thérapeutique. Les enfants seront reçus une fois par semaine, toujours le même jours, à la même heure et avec les mêmes enfants.

Le cadre est contenant par sa stabilité temporelle, par sa structure qui ne variera pas ; cela permettra aux enfants d'établir des repères qui resteront les mêmes jusqu'à la fin du mois de juin.

Les enfants se trouvent donc « contenu » par ce cadre qui introduit aussi les notions de dedans et de dehors.

Le cadre, c'est aussi deux règles à respecter durant l'atelier :

* « ne pas se faire mal, et ne pas faire mal »,

* « ne pas casser le matériel ».

Puis nous donnons aux enfants la possibilité de s'exprimer, de faire des expériences dans un lieu « privilégié » qui leur est réservé.

Les expériences proposées sont en étroites relations avec les cinq sens : Toucher - Ouïe - Vision - Olfaction - Gustatif.

Leurs évolutions vont permettre aux enfants de travailler d'une part au niveau de l'espace interne (corps) et au niveau de l'espace externe (pièce).

Puis les enfants vont exploiter et découvrir leur Moi- Corporel. C'est-à-dire qu'à partir de ce qu'ils vont Voir - Entendre - Toucher - Sentir - Goûter, leur corps revivra des sensations auxquelles ils pourront y associer celles qu'ils sont en train de vivre ainsi, ils prendront conscience des capacités de leur corps.

D'autre part, la prise de conscience de cette mémoire du corps peut amener les enfants à la représentation mentale des sensations pouvant aussi élaborer une idée et avoir accès à leur imagination, ou leur représentation, (mémoire).

Tous ces mécanismes vont leur permettre de ne plus subir leurs sensations corporelles sans les comprendre, mais plutôt à apprendre à les découvrir, les analyser, les exploiter.

Par l'éveil sensori-moteur, permettre à l'enfant de connaître son corps, se rallie à la motricité qui « offre des moyens de contrôle et de régulation du dialogue entre un sujet et son environnement » (RICHARD, RUBIO, 1995, p 71).

Nous accompagnons les enfants dans la construction de leur Moi Corporel en leur donnant « *des représentants spatiaux de ces premières constructions corporelles* », et en leur montrant « *les qualités primitives des choses* », (G. HAAG, 1990).

V - L'ATELIER D'EVEIL SENSORI-MOTEUR

PRESENTATION

Dans l'I.M.E., tous les enfants souffrent plus ou moins de carences psychio-socio-éducatives.

Le psychomotricien a donc mis en place un atelier qui s'articule autour d'une triade - Sensation -Evolution et Représentation (S.E.R) pour le groupe des petits.

L'atelier débute au mois d'octobre jusqu'au mois de juin, les enfants y participent durant une année puis d'autres en bénéficieront l'année d'après.

Les enfants sont choisis par le psychomotricien en fonction de leur psychopathologie, après concertation avec l'ensemble de l'équipe thérapeutique.

Le groupe se compose de quatre à cinq enfants, et est de type fermé. La séance se déroule dans la salle de psychomotricité à raison d'une par semaine (40 mn) avec deux adultes (le psychomotricien et moi-même).

PROJET THERAPEUTIQUE

L'être humain vit dans un univers de sensation. Ainsi, il est soumis en permanence à des sensations Tactiles , Visuelles, Auditives, Olfactives, Gustatives et Kinesthésiques.

Cette masse d'information est plus ou moins bien perçue consciemment selon l'attention que l'Homme porte vers telle ou telle sensation à un moment donné.

Au cours de cet atelier, les enfants pourront découvrir, prendre conscience de ces diverses sensations.

L'articulation du travail autour de la triade : Sensation, - Emotion, - Représentation se fait sans ordre chronologique car ces trois items se succèdent ou se chevauchent sans ordre précis.

Comme le souligne M. BERGER, l'enfant qui a manqué de préoccupations maternelles primaires précoces de la part de son environnement est en mal de représentation, en mal de liens. (BERGER, 1992).

Cet atelier va lui offrir la possibilité de différencier ces éléments, de les ordonner dans un temps et un espace donné, en leur donnant les moyens d'évaluer et de différencier les sensations.

C'est aussi un travail de lien qu'une perception ne reste pas une perception inorganisée, mais se transforme en une représentation.

DEROULEMENT GENERAL DES SEANCES

Les activités d'éveil sensori-moteur se feront sur le mode du jeu autour des sens.

Les différents sens seront explorés dans l'ordre suivant :

- * Tactiles,
- * Auditifs,
- * Visuels,
- * Olfactifs,
- * Gustatifs.

Des jeux, des situations, des explorations sont proposées pendant la première partie de la séance. Exploration peu restrictive, la seule interdiction étant de faire mal et de se faire mal. Cette situation permet aux enfants d'échanger, de communiquer, de prendre conscience de ce qui leur est propre.

L'animateur guide les enfants dans cette découverte, les aide à mettre des mots sur ce qu'ils perçoivent; essaie de faire émerger des représentations, ou leur en propose.

La deuxième partie de la séance est plus un temps de verbalisation sur l'expérience vécue de la séance.

LES SEANCES A L'I.M.E

L'atelier débute donc avec un groupe hétérogène de cinq enfants de sept à douze ans, (quatre garçons et une fille), avec deux adultes.

Il est important de préciser que tous les enfants et le psychomotricien se connaissent avant le début de l'atelier.

Pour ma part, c'est à la première séance que je les rencontre pour la première fois.

Nous nous installons sur une couverture en cercle près du miroir, (Ils pourront changer de place à chaque séance s'ils le désirent mais non au cours d'une même séance).

L'atelier est présenté aux enfants et tout ce qui va être fait c'est-à-dire le travail autour des sens (Toucher - Ouïe - Vue - Odeur), puis le cadre est posé.

Après ce temps d'introduction, nous étions dans le travail proprement dit. Le Toucher est exploré : à partir du jeu : « Tactilo » : découverte des formes.

Dans un premier temps, les enfants vont choisir une pièce en bois et à l'aide de leurs mains et des yeux vont essayer de la décrire et la poser sur la photo correspondante.

Dans un deuxième temps, c'est à partir du Toucher seul qu'ils doivent identifier la pièce, (Objet dans un sac).

Ce premier jeu permet de montrer aux enfants comment vont se dérouler les prochaines séances : à partir d'un jeu et de leur sensation relative en un sens.

Ici, le jeu a permis dès le départ d'amener les enfants à prendre conscience que les sens sont complémentaires et que leur association nous permettent d'avoir plus de renseignements, ici sur l'objet.

Le travail des deuxième et troisième séance est toujours en relation avec le Toucher mais sur les notions du chaud et du froid.

Des pots avec des températures variantes du chaud au froid, sont présentés aux enfants afin qu'ils puissent :

- * prendre conscience des différentes températures,
- * prendre conscience des échanges thermiques : la main froide qui a touché la glace...,
- * faire des classifications et des sériations,
- * faire des associations libres ; Température-mémoire liée à leur quotidien (chaud - feu de la cheminée, froid - réfrigérateur)

Ceci introduit progressivement la représentation mentale.

Ce travail autour du chaud et du froid a débuté à partir de choses concrètes, ici, les pots puis au fil des exercices les supports ont évolué jusqu'à l'imagination des sensations.

Par cette évolution, nous avons amené les enfants à travailler à partir de leur représentation mentales afin qu'ils ressentent les sensations dans leur corps sans pour cela le « toucher » directement.

Puis pour terminer ce travail autour du Toucher, la quatrième séance sensibilise les enfants sur ce qui est doux et rêche, lisse et rugueux, mou et dur. L'utilisation de la feutrine, du papier de verre, de la mousse et du bois plus le domino tactile vont permettre une évolution de la séance.

Les enfants vont d'une part prendre conscience des différentes sensations avec et sans l'aide de la vision, puis avec le domino tactile de trouver les correspondances entre deux sensations et deux dominos sans l'aide de la vue car les dominos sont dans un sac.

Tout ce qui se fait autour du Toucher est en étroite corrélation avec ce que précise M.BERGER qui dit qu'en psychomotricité, l'enfant prend conscience que le Toucher peut être utilisé avant tout comme moyen de connaissance quand il essaie de reconnaître les formes, les sensations, avec les mains, les yeux fermés (1992).

Après le Toucher, c'est autour de l'ouïe que les séances vont se poursuivre. Nous avons donc amené les enfants à nous donner le nom de l'organe avec lequel nous entendons les différents bruits autour de nous afin de pouvoir les reconnaître.

Ici, le support des séances est le loto des situations sonores. Les enfants doivent identifier et reconnaître les sons.

La présence du support visuel va générer de la confusion, les enfants ayant tendance à privilégier la vue par rapport à l'audition et ayant du mal à mettre les deux en relation.

Ce qui nous amènera donc dans un premier temps à supprimer le support visuel, et effectivement les enfants seront dès lors capables d'identifier les sons.

Jusqu'à la huitième séance, le travail autour des sons évolue de l'écoute des bandes sonores à la relation à l'image afin qu'ils mettent en relation les sensations sonores avec ce qu'ils voient. Puis l'extension se fera du magnétophone à l'espace pièce, à l'extérieur.

Les enfants vont pouvoir porter un peu plus d'importance aux sons qui font partie du quotidien et que l'on a tendance à oublier et à ne plus entendre. Ils feront aussi des imitations de certains sons afin d'approfondir l'intégration de ceux-ci et améliorer leur reconnaissance avec l'association de leur voix.

Ce travail sur les sons se terminera par l'écoute d'une bande sonore où les enfants laissent libre cours à leur imagination tout en essayant de garder une certaine cohérence entre le son et ce qu'ils disent.

Dans la mesure où certains sons ne sont pas toujours limitatifs, comme par exemple le bruit d'une machine, les enfants ne peuvent pas entendre la même chose.

Après l'étude de choses concrètes, la fin d'un travail autour d'un sens amène toujours les enfants à leur imagination et donc à accès du symbolisme.

Il est possible aussi d'utiliser les sons qui se dirigent vers leur utilisation comme moyen d'orientation dans l'espace.

En effet, en supprimant le support visuel, les enfants prennent conscience de l'origine du son afin qu'ils puissent orienter leur corps vers celui-ci.

Il est possible aussi de leur permettre de reconnaître le milieu dans lequel ils se trouvent à partir de ce qu'ils entendent.

Mais ce travail n'a pas été possible car le groupe actuel ne le permettait pas.

Les enfants ont surtout des troubles du comportement, notamment des enfants à versant psychopathique.

Au cours de la neuvième séance, on a utilisé un jeu sur les 5 sens, permettant aux enfants de voir à partir de plaques les deux sens travaillés jusqu'ici et d'introduire le suivant : la Vue.

Tout d'abord, on rappelle les organes avec lesquels on voit et pourquoi on en a deux : pour la vision en relief (à partir d'une bouteille en plastique, mettre l'index dedans avec un oeil fermé, puis les deux yeux ouverts).

Les enfants se rendent compte qu'avec un seul oeil ils n'arrivent pas à mettre le doigt dans la bouteille du premier coup.

Puis le travail se dirige plus particulièrement autour de la Vision des couleurs. On observe la couleur des yeux de chacun, et celle des vêtements. En même temps, on a pu voir que les enfants connaissent correctement les couleurs, on a pris le jeu « itinéraire » avec lequel nous allons travailler deux séances.

Au cours de la première, les enfants vont regrouper les petites planches par celles de un, deux, quatre couleurs et prendre conscience des associations qu'ils peuvent faire entre elles.

Petit à petit, on les amène à la construction d'un circuit par association de couleurs. La construction du circuit se fera la deuxième fois. Les enfants sont amenés à travailler au niveau de l'espace dans la manipulation des petites planches afin de bien les orienter pour que les couleurs correspondent entre elles avec une bonne coordination oculo-manuelle.

Nous sommes constamment entourés de couleurs, les différencier nous permet d'identifier une première fois les choses, ce à quoi s'ajoutera la reconnaissance des formes pour compléter cette identification.

La continuité du travail se poursuit autour des Odeurs.

Les enfants doivent reconnaître sept odeurs différentes :

- la Fraise,
- le Chocolat,
- la Framboise,
- l'Orange,
- la Menthe,
- le Poisson pourri,
- le Mercryl

C'est un travail que les enfants ont aimé, et ils ont en général bien reconnu les odeurs, surtout que nous acceptions quelques variantes car certaines pouvaient être confondues (ex : Framboise - Banane).

Ils ont pu faire la différence entre les bonnes et les mauvaises odeurs.

Puis le travail évolue vers une recherche des odeurs en fonction des plantes. Ces mêmes plantes peuvent être découvertes par le Vue, le Toucher, le Goût et l'Odeur.

Cela permet aux enfants d'exploiter plusieurs de leurs sens en même temps, et de découvrir leur complémentarité.

Ils pourront de ce fait, faire des associations entre l'Odeur, la Forme, la Couleur des autres objets qu'ils découvriront dans le groupe ou à l'extérieur.

Pour finir, les enfants choisiront une Odeur puis ils devront l'associer à une utilisation possible dans la vie quotidienne.

On travaille ici, toujours autour du symbolisme car il est très difficile pour eux d'imaginer.

En ce qui concerne ces trois derniers exercices à partir des Odeurs, je ne peux actuellement préciser les difficultés et les capacités des enfants car nous ne l'avons pas encore abordé avec eux.

Egalement pour le travail avec le Goût que je vais vous présenter maintenant.

Dans un premier temps, les enfants vont découvrir les 4 saveurs principales :

- le Salé
- le Sucré
- l'Acide
- l'Amer

Puis, ils vont devoir associer ces goûts en fonction de ce qu'ils leur rappelle.

Puis nous présentons aux enfants des images et des saveurs qu'ils doivent donc associer.

Il est possible aussi d'effectuer les discriminations en classant les aliments :

- une séance avec des plantes aromatiques,
- une autre avec des légumes,
- une autre avec des fruits.

Pour terminer, on reprend la reconnaissance du Goût de différents aliments, les yeux ouverts, fermés, en ajoutant une association d'idées.

L'objectif de cet éveil Gustatif est toujours lié à la découverte du corps et à la représentation mentale.

La dernière séance au mois de juin est réservée pour faire une reprise globale de tout ce qui a été étudié.

Les enfants vont chercher les 5 sens avec lesquels nous avons travaillé. Si le temps nous le permet, on peut parler de certains exercices qui leur ont plu ou non.

Cette séance établit réellement la fin du travail pour les enfants. Cela nous permet de faire un bilan en observant :

- ce qui a plu aux enfants,
- ce qui leur a déplu,
- ce qu'ils ont intégré ou non,
- ce qu'ils pensent de l'atelier.

COMPORTEMENT DES ENFANTS

Dans le groupe

Le groupe est composé de cinq enfants (quatre garçons, une fille).

Dés la première séance, deux garçons se sont distingués du groupe.

Ju. est un enfant instable qui ne tient pas en place et touche tout ce qu'il trouve. Son comportement ne dépend pas de sa relation au reste du groupe.

Il est même très difficile de le contenir en le tenant un court instant . Insister aurait amené un rapport de force trop important entre l'adulte et l'enfant. De plus, il est difficile de mobiliser un adulte pour lui tout seul.

Il a donc été décidé à la deuxième séance que Ju. ne viendrait plus à l'atelier mais il bénéficierait d'une prise en charge en individuel.

Le deuxième garçon R. est un enfant déficitaire qui a pris une position de leader. Pourquoi ?

Parce qu'il est le plus grand ? Le plus âgé ?

De toute façon, son comportement est particulier. Tout d'abord, il arrive en terrain conquis et génère une excitation plus ou moins importante des autres enfants en les incitant à faire ou à dire des « bêtises ».

Son attention est labile, il répond à la place des autres, n'attend pas son tour. Nous nous trouvons dans l'obligation de lui rappeler les règles régulièrement pour que cela ne dégénère pas.

Selon l'activité proposée, son comportement varie mais il lui est difficile de se faire « oublier ».

En ce qui concerne les trois autres enfants :

T. a des troubles de la personnalité, avec un versant déficitaire et une souffrance familiale.

Il est facilement influençable et se prête volontiers aux jeux de R.

Fonctionnant beaucoup par imitation, il fait parfois des choses sans réellement savoir pourquoi. Il perd le sens de la réalité.

Jr. est un enfant présentant une cardiopathie importante. Il n'y a rien de particulier dans son comportement pour un enfant de 8 ans.

E. est donc la seule fille du groupe, elle présente une psychose infantile à versants déficitaires

Elle parle peu, répond avec des signes de la tête et répète souvent ce que disent les autres.

On note chez E. une réaction qui fait penser à un sourire quand on lui adresse la parole. Mais son sourire est crispé et ce sont les dents qui sont mises en évidence, sourire ou agressivité ?

Elle prend très peu part au jeu des autres.

Depuis le début du groupe au mois d'octobre, le comportement des enfants n'a pas changé.

Chaque séance demande une certaine fermeté qui est plus ou moins intense en fonction du degré d'excitation, pour qu'ils ne transgressent pas les règles.

Il est important dans ces moments là de mettre des mots sur ce qui se vit dans le groupe.

Les enfants apprennent aussi à comprendre petit à petit l'origine de leur comportement et plus tard à la gérer.

Il est intéressant de noter que le comportement des enfants était le même depuis le début du groupe mais il s'est avéré différent dans une situation nouvelle et exceptionnelle .

En effet, j'ai pris le groupe d'enfants , seule. J'ai excusé le psychomotricien auprès des enfants et leur ai expliqué que rien n'était changé dans le déroulement de l'atelier.

Les enfants ont donc pris place dans la salle comme d'habitude et nous avons commencé la séance qui était en continuité avec la précédente : le travail à effectuer était la construction d'un itinéraire avec des cartons de différentes couleurs en faisant correspondre celles-ci.

Nous sommes restés à travailler pendant $\frac{3}{4}$ d'heure ensemble sans que je n'ai eu à user d'une certaine autorité.

R. a eu plusieurs tentatives pour exciter le groupe, ce qui a fait rire les enfants à plusieurs reprises, mais cela n'a pas dégénéré.

Les actions de R. auraient pu amener les enfants à se désintéresser de l'exercice et augmenter l'excitation sous-jacente.

En fait, cela n'a provoqué que de simples « fous rire » très courts et à ma demande les enfants poursuivaient la construction de la « route ». R. a même pu participer à l'exercice autant que les autres.

Après l'analyse avec l'équipe thérapeutique, il semble que ce changement de comportement est dû :

- à l'absence du psychomoteur ,
- au fait qu'il n'y ait qu'une personne pour mener le groupe,
- à la protection du groupe afin de ne pas détruire le groupe car il devenait fragile (phénomène assez classique).

Face aux activités

Les enfants durant les activités participent relativement bien aux jeux qui leur sont proposés . Leur concentration varie en fonction des interférences plus ou moins perturbantes.

Leur bonne participation est liée au fait que pendant $\frac{3}{4}$ d'heure ils seront constamment stimulés et encouragés les uns après les autres.

Leurs questions, leurs réflexions, leurs rires, nous montrent qu'ils ont participé de leur mieux en prenant le plus de plaisir possible pendant ce temps qu'ils savent réservé pour eux.

C'est déjà un point important pour ces enfants dont on ignore le temps que leurs parents peuvent leur octroyer mais que l'on suppose peu riche de stimulations.

Au cours d'une activité, on observera différents comportements variant en fonction du moment du jeu, (qui leur plaît plus ou moins) et de l'intérêt qu'ils y portent.

Des comportements tels que :

- l'Évitement : n'ont-ils pas envie de répondre, ne connaissent-ils pas la réponse ?

- l'Excitation : quand ils doivent attendre pour donner une réponse qu'ils connaissent ou lorsque l'exercice leur paraît difficile,
- le Renfermement : (mêmes raisons que pour l'Évitement ?),
- la Joie : quand ils réussissent,
- L'Aide à l'autre : (à celui qui est en échec),
- la Bouderie : lorsqu'il y a rappel à l'ordre, s'il y a trop d'excitation,
- la Dispute : que ce soit à cause du jeu ou pour une autre raison ,
- le Désir : de participer ou non,
- l'Initiation : peut être un des moyens leur permettant de donner une bonne réponse.

Leur capacité à participer varie en fonction de leur niveau, leur état de concentration, leur motivation et les exercices proposés.

Tous ces enfants sont plus ou moins déficitaires, les réponses qu'ils vont donner seront en étroite relation avec leur niveau verbal, leur connaissance et leur capacité d'élaboration.

Dans ce groupe, deux enfants émergent (R. et J.) par leur rapidité dans les réponses.

E. et T. prennent plus de temps et ont parfois des difficultés à comprendre et répondre aux consignes.

Cette différence ne se ressent pas à chaque séance mais assez souvent pour que l'on puisse le noter.

Il est difficile d'évaluer ce que les enfants intègrent au cours de la séance.

En effet, à la fin de chaque expérience autour d'un sens, un temps est réservé pour verbaliser tout ce qui a été travaillé.

Les enfants peuvent ainsi repenser à ce qu'ils ont fait.

Vont-ils réinvestir par la suite, tout ce que l'on a essayé de leur apprendre ?

PLACE ET ROLE DES ADULTES

A la première séance, les enfants se connaissent, et ont déjà rencontré le psychomotricien.

Après les présentations et les explications de ma présence par le psychomotricien, les enfants n'ont manifesté, en apparence, aucune réaction.

Ma place est définie aux enfants comme étant celle d'une personne apprenant le même métier que le psychomotricien.

Comment les enfants ont-ils ressenti ma présence en tant que personne du sexe féminin ? Ils n'en ont rien laissé paraître.

Mon rôle au sein du groupe a été ensuite expliqué aux enfants : il sera identique à celui du psychomotricien.

Les deux adultes seront au cours de la séance, moteur, observateur, participant.

Ils sont aussi garants du cadre et le dépositaire des règles.

Un climat de confiance a pu s'établir avec les enfants et permettre le travail.

Pendant quelques séances j'ai donc pris de moi-même une position d'observatrice, ayant du mal à me positionner autrement au début.

Pour moi, la prise en charge en groupe m'était connue théoriquement mais pas en pratique.

A tout moment, j'avais aussi la possibilité d'intervenir et de travailler auprès des enfants.

J'ai pu ainsi m'initier progressivement au fonctionnement de l'atelier.

J'ai fait la connaissance des enfants, observé leurs comportements, leurs attitudes et pris conscience de leurs possibilités.

J'ai commencé progressivement à participer aux différents exercices de par mon désir de partager et de par leurs sollicitations.

Actuellement, nous travaillons en complémentarité :

Le psychomotricien propose les activités en début de séance.

Pendant le déroulement, nous intervenons auprès des enfants spontanément soit l'un, soit l'autre.

Aussi, j'ai été amené à stimuler, aider certains enfants dans l'élaboration de leurs travaux pendant que le psychomotricien travaillait avec d'autres.

Dans tout travail avec les enfants, la première chose primordiale que doit faire l'adulte, c'est d'établir un climat de confiance afin que le travail soit possible.

LES PARENTS

Les parents sont en relations constantes avec l'I.M.E. .

Ils sont régulièrement invités par le psychiatre, la psychologue;

Il est probable que les parents aient plus de contact avec les éducateurs du groupe car ceux-ci rendent visites aux familles dans un but éducatif. De même, la plupart des familles viennent chercher leur enfant en fin de semaine.

Les parents sont informés par courrier de la prise en charge en atelier d'éveil sensori-moteur de leur enfant.

Dans cette lettre, le projet mis en place et ses objectifs, leur sont expliqués.

Ils peuvent éventuellement, s'ils le désirent, rencontrer le psychomotricien pour plus de renseignements.

Les parents ne se sentent pas toujours concernés par le travail qui est proposé à leur enfant.

Il leur est parfois difficile d'admettre le placement de celui-ci et le fait de rencontrer le personnel de l'I.M.E., ne fait qu'augmenter leur sentiment de culpabilité vis à vis du déficit de leur enfant.

On soulève ici, les questions :

- Qu'en est-il du devenir de la relation enfant-parents ?
- Qu'en est-il de l'investissement de ces parents envers les enfants ?
- Quel soutien, quel travail est fait autour de cette relation parents-enfants ?

N'étant pas le sujet d'étude, nous en resterons au simple fait que vis à vis de l'atelier sensori-moteur, nous avons permis aux parents de le connaître.

Mais, nous n'avons pas encore eu de contact avec eux.

NOTES PERSONNELLES

L'atelier sensori-moteur permet aux enfants de faire des expériences autour de chacun de leur sens pour prendre conscience et développer leurs capacités sensorielles.

Une année scolaire est-elle suffisante pour faire toutes les expériences?

Au niveau du Toucher

Les enfants ont pris conscience des différentes sensations, (lisse - rêche; mou - dur; plat - rugueux; chaud - froid), et de la reconnaissance des formes à l'aide de leurs mains.

Il aurait été intéressant de prolonger cette exploration, en utilisant d'autres parties du corps, (ex : marcher pieds nus, contact dos).

L'enfant peut alors établir une liaison avec le fait que toute son enveloppe corporelle, (la peau), est sensible, protectrice.

La notion de douleur peut être aussi expérimentée ; pour les enfants, c'est un signal d'alarme lié à une stimulation externe ou interne indiquant que quelque chose ne va pas en eux.

Au niveau des Sons :

Les enfants ont travaillé les différentes sonorités existantes, (bruits de vie quotidienne, d'instruments de musique, cris d'animaux...).

Ils ont aussi appris à entendre les sons composant le milieu habituel auxquels on ne fait plus attention.

Vue la difficulté rencontrée dans l'exploration des sons , il serait intéressant de commencer à constituer un recueil de sons enregistrés avec les enfants, (voix-bruits créés par les enfants avec divers objets, des instruments-bruits environnants).

De cette façon, ils peuvent associer concrètement le son et sa cause, et lors de l'écoute travailler autour de la représentation mentale.

Avec les enfants :

Pour essayer de comprendre le comportement des deux enfants qui ont fait l'objet de mon étude, je dois tenir compte de leur situation particulière.

E est une fillette de sept ans qui présente une psychose infantile à versant déficitaire.

Elle est la seule fille du groupe avec trois garçons plus âgés.

Ses difficultés d'expression peuvent être liées à la position qu'elle occupe dans le groupe.

Ma présence féminine ne semble pas suffisante pour permettre à E. de lever son inhibition vis à vis du groupe.

La présence d'une autre fillette aurait peut être pu l'aider.

R. est un garçon de douze ans qui présente un retard harmonieux tant instrumental que psycho-socio-éducatif.

Dans le groupe, il a adopté une position de leader.

Il bénéficie en plus, le matin, d'une prise en charge en individuel, ce qui peut générer une position de toute puissance vis à vis des autres enfants du groupe.

Une prise en charge individuelle faite un autre jour, l'aurait peut être moins perturbé dans le groupe.

VI - ETUDES DE CAS

EMILIE

Présentation

Emilie est une jeune enfant de sept ans, qui est admise à l'I.M.E depuis Août 1994 à la suite d'une décision de la CDES.

Elle est actuellement dans le groupe de soins, (à visée plus thérapeutique qu'éducative), en demi-pension. Elle rentre tous les soirs chez elle.

La demande d'orientation d'Emilie vers un I.M.E a été effectuée pour des troubles du comportement, des difficultés relationnelles et un retard du langage grave : versant psychotique avec un aspect déficitaire sévère.

Un diagnostic de psychose infantile à versant déficitaire a été fait par le médecin psychiatre de l'I.M.E.

Emilie est issue d'une famille aisée, père chef d'entreprise, mère sans profession. Elle est la dernière d'une fratrie de quatre filles.

Il semble qu'Emilie ait une place de poupée-objet vis à vis de ses soeurs et sa mère comme si elle avait quatre mamans.

Anamnèse

Emilie n'est pas une enfant désirée, (la mère culpabilise aujourd'hui vis à vis des troubles que présente Emilie).

A huit mois de grossesse, la mère sauve une de ses filles qui se noyait en plongeant, (choc physique et psychique possible).

Emilie a marché à vingt mois et prononcé « Maman », « Papa » à cinq ans. Il n'y a pas de renseignements notés dans le carnet de santé depuis l'âge de cinq mois.

Emilie a suivi une scolarité normale, (petite - moyenne - grande section de maternelle), jusqu'à son orientation à l' I.M.E. .

Observation d'Emilie dans l'I.M.E.

Emilie présente des difficultés de langage, de compréhension, de lecture, un retard du graphisme et des difficultés d'attention.

Sur le plan psychologique, elle ne distingue pas le Soi du Non Soi et montre des tentatives pour sortir de la relation fusionnelle avec sa mère.

Il existe aussi chez Emilie un sentiment de solitude, de tristesse d'insécurité engendré par l'absence du père.

C'est une enfant triste et angoissée, le regard fixe, l'air presque hébété.

Elle n'a pas d'élaboration mentale et n'est organisée ni dans le temps, ni dans l'espace.

Examen psychomoteur

L'examen psychomoteur a été effectué en 1994 .

Equilibre : Refuse de faire les épreuves.

Contrôle postural : Refuse aussi.

Coordination dynamique des mains : Elle prend plaisir à jouer au ballon dans un jeu d'échange. Mais sa gestualité reste très raide et saccadée.

Dominance Latérale : Emilie refuse de faire les épreuves de gestuelle spontanée. Elle est complètement inhibée dans les épreuves usuelles des membres supérieurs.

Elle semble ébaucher un geste, mais ne réalise pas la consigne.

Elle n'a pas effectué les épreuves de l'oeil et se sert des deux pieds dans le shoot mais le gauche semble plus disponible.

Organisation spatiale : Répond « non » aux questions.

Conclusion : Il est difficile de définir les capacités psychomotrices d'Emilie car elle s'oppose pratiquement à toutes les épreuves.

On peut tout de même noter une importante inhibition relationnelle avec un comportement opposant.

Projet thérapeutique

Emilie suit deux fois par semaine une prise en charge en orthophonie pour ses troubles du langage.

Puis, elle participe à l'atelier d'éveil sensori-moteur une fois par semaine, lui donnant ainsi un cadre structurant sur le plan temporo-spatial.

A travers les diverses expériences elle va prendre conscience des sensations et des capacités de son corps afin qu'elle puisse petit à petit structurer son Moi corporel.

La décision d'une prise en charge à l'atelier d'éveil sensori-moteur s'effectue en accord avec toutes les personnes travaillant avec Emilie sur la base de son immaturité psychique et psychomotrice.

Les séances

Emilie a donc exploiter les cinq sens : Toucher - Ouïe - Vue - Odeur - Goût.

Ses capacités :

Il est difficile d'évaluer les capacités d'Emilie car c'est une enfant qui pendant les séances est inhibée mais bien présente.

Dés que nous la sollicitons, elle se replie sur elle-même et ne répond pas, ou difficilement.

Quand on a travaillé autour du Toucher, Emilie a eu des difficultés dès qu'elle n'avait plus son support visuel.

Elle a très peu reconnu les formes des objets et les différentes textures qu'elle touchait.

Par ce travail sans support visuel, Emilie a pu petit à petit découvrir qu'il nous est possible d'imaginer quelque chose sans le voir.

Elle travaille donc autour de la représentation mentale à partir de ses sens.

Dans les autres activités autour du Toucher, Emilie a bien suivi.

On retrouve les mêmes problèmes pour Emilie dans l'écoute des Sons. Il lui est très difficile de les reconnaître sans voir une représentation.

Nous retrouvons ici ses difficultés de représentation mentale.

Il lui est aussi arrivé de faire quelques erreurs avec un support visuel mais on peut peut-être l'expliquer par son manque de connaissances culturelles.

Par contre, c'est dans le domaine de la reconnaissance visuelle qu'Emilie est performante. Ses difficultés sont liées à une incapacité temporo-spatiale et d'orientation.

En effet, Emilie fait quelques erreurs pendant la construction « d'une route », (jeu itinéraire), en rapport avec l'orientation des petites planches.

On constate qu'elle procède par essais et erreurs.

Pendant ces séances, la participation d'Emilie est meilleure.

Sur le plan Olfactif, on est une fois de plus confronté à la barrière de la représentation mentale.

Elle peut différencier les odeurs, mais elle ne peut les identifier.

Je pense que la présence d'un support visuel serait facilitant pour Emilie.

Pour conclure, je présume que lorsque l'on abordera le goût, les mêmes difficultés seront présentes.

L'absence du support visuel en lien avec le goût pourrait générer les difficultés de reconnaissance.

Il ne s'agit là que de suppositions car l'atelier se terminant en juin, nous n'avons pas encore abordé le goût.

Son comportement

Emilie est donc assez inhibée pendant l'atelier alors qu'elle est particulièrement excitée dans la salle d'attente en présence des autres enfants.

Si elle est seule, elle ne peut pas attendre, elle fait mine de rentrer.

Alors, quel est le sens de cette inhibition pendant l'atelier ?

On peut relier aussi cette forme d'inhibition à une certaine agressivité d'Emilie. Son sourire, lorsqu'elle est sollicitée est un sourire « d'attaque ».

Malgré ses difficultés de participation, elle est très attentive à tout ce qui peut se passer dans le groupe.

Elle ne se met pas en retrait, mais elle ne participe pas verbalement.

En général, le comportement d'Emilie est plus ou moins important selon que l'activité lui convient ou lui semble difficile.

Elle peut s'exprimer selon ses désirs et ses envies.

On peut noter aussi des réactions de prudence pouvant révéler une certaine angoisse.

La relation

Avec les adultes :

Emilie a des difficultés à entrer en communication avec nous.

Elle établit plus une communication par le regard que verbalement.

Par contre, à l'occasion elle sait employer le « non », si elle ne veut pas faire quelque chose.

Selon les éléments psychologiques, Emilie fonctionne encore en relation fusionnelle avec sa mère ce qui fait obstacle à toute création et possibilité relationnelle avec d'autres personnes.

Elle a donc des difficultés à accéder à l'autonomisation.

Avec les enfants

La relation est peut être moins difficile à établir mais pendant l'atelier, Emilie s'étaye sur l'autre comme modèle et procède par imitation.

Elle recherche la conformité et non la relation.

Elle observe aussi beaucoup les enfants, et il semble que dans la salle d'attente, elle joue un peu avec eux.

Il me semble qu'il n'existe pas ici de relation copain-copine entre Emilie et les autres enfants du groupe.

Conclusion

Emilie est donc une enfant présentant une psychose infantile à versant déficitaire et qui par le biais du groupe d'éveil peut faire ou refaire certaines expériences à partir de stimulations sensorielles qu'elle a peu ou pas du tout vécues pendant sa petite enfance.

Nous lui donnons la possibilité de prendre conscience de ses capacités afin qu'elle puisse se structurer corporellement et psychiquement.

Ceci peut aussi introduire Emilie vers une certaine forme d'autonomisation car son corps existe, il peut se défendre et se protéger seul, sans l'adulte.

Elle peut donc arriver à prendre conscience qu'elle peut exister sans être en fusion avec sa mère.

A la synthèse d'Emilie, on retiendra qu'il a été précisé que si Emilie ne présentait pas d'évolution, il serait envisagé une réorientation vers une autre structure de type hôpital de jour, (indication première pour Emilie).

2 - ROMAIN

Présentation

Romain est un jeune garçon de 12 ans qui a été admis à l'I.M.E. en 1990 suite à une décision de la CDES.

Il est actuellement à l'I.M.E. en internat avec un retour dans sa famille les week-ends et les vacances.

La demande de déplacement en I.M.E. a eu lieu car Romain présentait un retard massif et global du développement psychologique affectif, cognitif et instrumental.

C'est un diagnostic de retard assez harmonieux tant instrumental que psycho-socio-éducatif qui a été posé par le médecin psychiatre de l'I.M.E.

Le contexte familial s'inscrit dans une défaillance tant socio-professionnelle que psycho-éducative.

Le père est au chômage après avoir exercé divers métiers et la mère est sans profession.

Romain est le troisième d'une fratrie de six enfants; une soeur aînée mariée, (dont sa jumelle est décédée accidentellement); une deuxième soeur aînée qui est en I.M.Pro.; une soeur jumelle et un petit frère.

Le père étant de l'assistance publique, la mère ayant perdu sa propre mère très tôt; la lignée grand-parentale de la famille s'en trouve donc amputée.

Lors des entretiens, les événements racontés par les parents, sont désafférentes de leur charge affective.

Anamnèse

Romain est né d'une grossesse désirée, gémellaire avec deux mois d'allaitement. Hospitalisation de la mère les deux derniers mois de la grossesse.

L'accouchement naturel s'effectue sans difficulté. Romain à un apgar de dix à une minute.

C'est un bébé pas très éveillé « mais dans les jumeaux, il y en a toujours un qui est en retard » dira la mère. Il présente déjà un retard harmonieux.

A deux ans, Romain est opéré d'une hernie inguinale.

Vers quatre ans, il a été hospitalisé pour inhalation d'un corps étranger, avec perte de connaissance et massage cardiaque d'après les dires du père, (ce qui n'est pas confirmé par le carnet de santé).

Observation de Romain dans l'I.M.E.

Ces observations décrivent Romain actuellement. Romain a donc un long passé institutionnel au sein du groupe I.M.P.

Il a des difficultés relationnelles avec ses camarades qui lui font faire n'importe quoi. Il reste seul, fuyant le groupe.

Son niveau scolaire évolue dans une classe de type maternelle, ses acquisitions correspondent à celles d'un enfant de 3 ans.

Son langage spontané est fluctuant, tant dans l'articulation que dans la structure de son discours.

Sa structuration perceptive est encore celle d'un petit, il est noté une persistance du complexe anal en parallèle avec son autonomie.

C'est un enfant qui est toujours perdu, morcelé, il semble un peu moins angoissé et se tourne plus facilement vers l'adulte valorisant.

Examen psychomoteur

Les examens que je présente ici, sont un récapitulatif du premier, fait à l'arrivée de Romain, (1990), et du dernier, fait au cours de cette année, (1994).

Equilibre dynamique : Romain est très mou à la marche, paradoxalement, il est très raide à la réception des sauts, (premier examen).

Au dernier examen Romain est opposant, l'équilibre c'est nettement amélioré.

Contrôle postural : Résiste à la poussée après explication de ce qu'il devait faire. A l'examen de 1994 il résiste sans difficulté.

Aux deux examens de l'équilibre statique Romain réussit.

Coordination dynamique des mains : au premier examen, le lancer - attraper d'une balle ou d'un objet est raide.

Les difficultés que Romain rencontre lors du second examen, (même exercice) évoquent un problème visuel.

L'opposition doigts/pouce est bonne.

Latéralité : Le premier examen révèle une dominance gestuelle et usuelle gauche confirmée au dernier examen. Il est droitier de l'oeil et gaucher du pied.

Organisation spatiale : Romain ne connaît pas sa droite et sa gauche.

Il est incapable de s'orienter dans l'espace.

Les résultats sont identiques au cours des deux examens.

Tomus : Les examens n'ont pas été réalisés car Romain ne comprend pas les consignes et il accompagne les mouvements.

Rythme : Au premier examen, il est incapable de reproduire les structures auditives et ne réussit pas leur lecture.

Au dernier (quatre ans après), il reproduit correctement les quatre premières seulement. Problème de concentration, de lassitude.

La lecture n'est toujours pas réussie. Le symbolisme n'est pas en place.

Conclusion générale : Romain n'est pas du tout repéré au niveau de l'espace quotidien.

En équilibre dynamique il est en progrès, il est moins bloqué.

Il réussit moyennement aux épreuves de lancer.

La latéralité semble s'être mise en place au niveau des membres supérieurs : à gauche. Mais il n'est toujours pas orienté sur lui.

La reproduction des structures est difficile, et il n'arrive toujours pas à les lire.

Romain présente toujours un retard psychomoteur important.

L'évolution est très lente.

Projet thérapeutique

Romain suit une scolarité à temps partiel, il bénéficie d'une prise en charge en orthophonie une fois par semaine.

Puis, une prise en charge en psychomotricité et il participe à l'atelier d'éveil sensori-moteur, une fois par semaine et à l'atelier bois.

Le projet en séance individuelle est basé sur un travail :

- de structuration spatio-temporelle,
- autour de l'imaginaire.

En atelier d'éveil, il va bénéficier d'un travail à partir d'expériences sensorielles pour l'amener à se structurer .

Le choix de sa participation à l'atelier a été décidé en accord avec toutes les personnes travaillant avec lui sur la base de son immaturité psychomotrice.

Les séances

Ses capacités :

Romain est un enfant qui a des facultés mais il a du mal à les organiser.

Tout le travail effectué autour du Toucher est aisé pour Romain.

Il répond aux questions avec facilité même sans support visuel.

Les quelques erreurs qu'il fait sont plus en relation avec ses troubles du comportement qu'à une incapacité.

A l'écoute des Sons, Romain est tout aussi performant mais sa concentration est tout aussi labile même si la compréhension des consignes est bonne.

Les expériences en lien avec la vue, n'entraînent pas d'erreurs, elles sont bien réalisées, on note seulement des difficultés temporo-spatiales.

Pour la construction de la route, il a eu du mal à placer les planches dans le bon sens. Il procède par essais et erreurs.

Lors du travail sur l'Olfaction, Romain identifie toutes les odeurs et il fait même preuve d'imagination et de pugnacité sur une odeur qui pouvait prêter à confusion.

En ce qui concerne, les saveurs, (qui seront exploitées ultérieurement), je pense que Romain a tout à fait les facultés pour les reconnaître sans se tromper et avoir peut-être un esprit critique, (« exacerbé ! »).

On peut noter pour conclure, que Romain est performant, qu'il a une bonne élaboration mentale et un sens critique.

Mais que ses difficultés se situent plus au niveau de son attitude et de son comportement.

Son comportement :

Romain a donc adopté un comportement assez particulier, il se place en leader du groupe. C'est une manière d'être plus puissant. On peut relier ce comportement à quatre choses :

* tout d'abord, Romain est un enfant que nous rencontrons le matin en séance individuelle. Il peut l'entendre comme étant dans une position supérieure aux autres dans la relation aux adultes.

* Puis, on peut noter que Romain est le plus âgé. En effet, il a douze ans alors que l'âge des autres enfants varie entre sept et huit ans.

Il se sent supérieur aux autres et se permet certaines choses, de leur donner des ordres par exemple.

* D'autre part, Romain est un enfant qui accepte difficilement la frustration.

Il est donc sans cesse en train de répondre à la place des autres avec une certaine instabilité.

Il tente de se revaloriser par rapport aux enfants, à travers ses réponses.

Il a besoin de montrer qu'il sait, sinon il s'impatiente.

En situation d'échec, Romain adopte un type de fonctionnement psychique à partir duquel il va essayer de donner un maximum de réponses jusqu'à ce qu'il trouve la bonne. Il n'accepte pas son échec, on peut le relier au fait que Romain n'a pas accès à l'ambivalence.

Donc, l'échec est pour lui signe de danger.

Pour finir, la situation de Romain dans le groupe I.M.P., dans la relation avec les autres enfants serait similaire à celle qu'il essaie de reproduire avec les enfants de l'atelier.

Etant mené dans le groupe I.M.P., il essaie de diriger les enfants de l'atelier.

Son comportement se rapproche de celui d'un type délinquant, (trait psycho-pathique).

La relation

Avec les adultes :

Le comportement de Romain nécessite une relation de fermeté de la part des adultes. Nous sommes constamment en train de le contenir, de le reprendre afin qu'il puisse participer et ne pas troubler le groupe.

Il joue sans cesse avec les limites et les règles.

On note aussi une certaine agressivité verbale envers l'adulte surtout en situation d'échec.

Le modèle adulte avec lequel il a grandi ne correspond pas à celui qu'il rencontre dans l'atelier. C'est d'autant plus difficile, pour lui, d'établir une relation avec l'adulte. Il n'investit pas la relation, elle reste superficielle.

Avec les enfants :

De par sa position de leader du groupe, il a établi une relation de toute puissance avec les autres enfants .

Il va même jusqu'à les accuser de choses qu'il a lui-même commises.

Il n'est pas capable d'avoir une relation saine avec les autres enfants.

Conclusion

Romain est un enfant qui est à l'I.M.E. depuis cinq ans.

Son évolution s'effectue très lentement, mais sur le plan intellectuel son niveau reste très bas.

Il a commencé depuis peu l'atelier horticulture mais ce n'est pas favorable car il n'est pas autonome.

Il doit normalement aller au Pré I.M.Pro à la rentrée de septembre 1995.

Mais, les comportements de Romain évoluent vers une toute puissance difficile à maîtriser.

Il est donc question d'une réorientation vers un autre centre de même type pour plus déficient.

VII - CONCLUSION

C'est la troisième année que cet atelier s'effectue avec des enfants différents. Cette année, il a été particulièrement difficile.

Ces difficultés sont à relier aux troubles importants des enfants et nous nous heurtons souvent à leur instabilité.

Leur temps d'attention étant restreint, ils ont été difficile à canaliser ce qui ne nous a pas facilité la tâche.

En ce qui concerne la pratique psychomotrice, c'est une expérience très intéressante à faire avec de tels enfants.

Leur souffrance est tellement grande et le manque de stimulation est si important qu'un tel travail ne peut que leur être bénéfique.

Si un enfant nécessite un travail plus approfondi, il est possible qu'il puisse bénéficier d'une nouvelle prise en charge dans l'atelier d'éveil sensori-moteur l'année suivante, ou voire d'un travail en relation duelle.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

I - DISCUSSION

INTRODUCTION

Le travail d'éveil sensori-moteur autour des cinq sens à L'I.M.E. m'a permis de prendre conscience de la situation, de la souffrance de ces enfants et de ce que pouvait leur apporter ce type de travail.

J'ai noté et pris en compte comment les enfants ont vécu ce temps qui leur été proposé, et mes expériences personnelles faites au cours de ce travail

J'élargis cette étude, à partir de mes réflexions sur le rôle du psychomotricien dans la prévention des carences auprès du tout petit.

LES ENFANTS ET LES SEANCES

Ce qu'ils ont peut-être aimé

Avant de pénétrer dans la salle de psychomotricité, les enfants montrent déjà une certaine excitation dans la salle d'attente.

On peut relier cette excitation à leur joie de participer. Il est difficile d'évaluer l'origine de ce plaisir.

Mais en observant, on peut noter qu'un enfant prend plaisir à :

- participer s'il s'investit,
- donner une bonne réponse,
- aider les autres s'ils sont en difficulté,
- construire avec les autres,
- être volontaire tout simplement.

Le changement de cadre peut être un élément motivant pour les enfants.

Du mois d'octobre au mois de juin, les enfants vont bénéficier, une fois par semaine, de cet atelier inhabituel.

De plus, au cours de ces séances, le travail qui est proposé se construit autour du jeu. Cet aspect ludique provoque chez les enfants le désir de participer.

A travers les jeux, on peut percevoir le plaisir qu'éprouvent les enfants, encore plus sensible, pour des enfants dont on suppose une certaine absence de jeux au sein de la famille.

Au fur et à mesure des séances, nous essayons de varier les expériences autour d'un même sens.

Les enfants ont donc l'impression de faire de nouvelles choses ce qui évite l'apparition d'une certaine lassitude et suscite chez eux un nouveau plaisir et le désir de découverte.

Ils sont dans un contexte chaleureux, une salle agréable, ils se connaissent entre-eux.

Tout est mis en oeuvre pour que les enfants soient à l'aise et éprouvent du plaisir tout en faisant leurs expériences pendant la séance.

Ce qu'ils ont peut-être moins aimé.

Malgré tous ces aspects agréables que je viens d'énoncer, l'effet peut-être inverse.

L'excitation du début peut traduire l'angoisse de se retrouver en groupe restreint avec deux adultes.

Certains enfants acceptent leurs erreurs mais refusent la frustration. Mettre les enfants face à leurs échecs peut être une source d'angoisse et peut amener chez eux une attitude de replis.

Changer de cadre peut aussi faire émerger une angoisse déstabilisante chez certains enfants.

Cette angoisse pourra diminuer, progressivement, si l'enfant se crée de nouveaux repères.

Nous utilisons beaucoup le jeu en séance car c'est agréable pour les enfants mais il se peut que certains enfants se trouvent confrontés à un échec.

Les enfants peuvent se trouver confrontés à des situations d'infériorité par rapport à ceux qui comprennent et réussissent.

La dévalorisation peut prendre de l'importance pour des enfants inhibés.

La place du leader qu'occupe un enfant provoque des dysfonctionnements dans tout le groupe.

Par son comportement, l'enfant dominant peut inhiber les capacités d'expression des autres.

Il ne leur laisse pas le temps de répondre, les trouble dans leur attention, leur concentration et les excite, ce qui rend le travail difficile pour les enfants et les adultes.

Recherche-t-il une relation particulière avec les adultes ?
Mais nous sommes obligés de le reprendre, par moment pour éviter les débordements, ce qui peut être nocif à la dynamique de groupe.

Cette relation groupale évite une relation duelle et permet le partage du temps de l'adulte par les enfants.

III - MON VECU PERSONNEL

Les difficultés rencontrées

Il ne m'a pas été facile, dans un premier temps, de trouver ma place « contenante » par rapport au groupe, (difficulté augmentée par la présence de l'enfant leader).

Ma première position a donc permis aux enfants de s'habituer à ma présence et à ma participation.

Pendant les premières séances, les enfants m'ont donc testé par rapport au psychomotricien habituel et au respect des règles.

Petit-à-petit, j'ai pu m'inclure dans le groupe au même titre que le psychomotricien.

Le groupe actuel a d'énormes difficultés au niveau de l'élaboration mentale.

L'évolution du travail est donc plus lente et nécessite plus d'attention dans les choix des activités qu'il faut adapter aux possibilités des enfants.

N'ayant pas d'expérience antérieure avec un autre groupe d'enfants, il m'est difficile d'évaluer réellement leur niveau et leur capacité à recevoir.

L'organisation sensorielle est une fonction essentielle à notre survie et notre vie, mais ces enfants n'ont pas eu la possibilité de la construire.

Il nous est difficile, en fonction de l'âge et du déficit des enfants, d'adapter les activités leur permettant de vivre leurs propres expériences et ressentir leur corps.

Ils ont un lourd passé de souffrance, ils ont donc mis en place des mécanismes de défense face aux adultes dont il faudra tenir compte.

Les mécanismes de défense leur permettent de se protéger contre le milieu extérieur qui peut être vécu comme agressif.

En effet, j'ai remarqué que pendant le temps du groupe, la confiance que les enfants nous portent reste sur le plan de la stabilité, de la sécurité du cadre.

Nous devons donc, par nos attitudes faire naître un désir d'apprendre, d'expérimenter, d'explorer tout ce qu'apporte l'adulte.

De plus, deux adultes sont disponibles pour quatre enfants.

J'ai mis quelques séances à m'habituer au fait qu'il nous est difficile d'être disponible à tous, à tout moment.

Je suis persuadée que ce travail laissera des traces chez chaque enfant qui à un moment donné, s'en servira.

Même si on n'a pas donné une structuration globale c'est un début de structuration, d'organisation qu'ils pourront développer plus tard.

Je pense que le chemin parcouru permettra à chacun d'entre eux une adaptation aux différentes situations qu'ils vont vivre. C'est une question difficile. Chaque enfant a sa propre évolution.

Ils n'ont pas nécessairement intégré tout ce qu'ils ont vécu, mais il est possible qu'à travers le corps, le vécu et la situation dans laquelle il se trouve, l'enfant va réagir ou s'étayer sur ce qu'il aura puisé dans ce travail du groupe.

Mes expériences positives:

Proposer aux enfants diverses expériences sensorielles, qu'ils ont peu ou pas vécues, n'a pas ici le but et les objectifs de combler un manque mais de leur permettre de faire des relations entre elles.

L'expérience sensori-motrice permet aux enfants de prendre conscience de leur langage corporel.

Cette prise en charge a été enrichissante par :

- l'évaluation de ce qu'il est possible de réaliser avec les enfants,
- les relations qui se créent entre les enfants, entre les enfants et les adultes,
- l'évolution du travail en équipe.

Les relations dans un groupe sont différentes de celles qui naissent en prise en charge individuelle.

Des échanges sont possibles mais je me demande ce qu'elles deviennent à l'extérieur. Je n'ai pas l'impression que cela suscite un rapprochement entre eux.

En étant deux adultes pour quatre enfants, le travail a pu se faire en sous-groupes de deux enfants et permis un travail plus individualisé, (il y a souvent un changement entre les enfants d'une séance à l'autre).

J'ai pu constater que les enfants ne montraient aucune rivalité entre eux et par rapport aux adultes.

La présence de deux adultes dans le groupe a facilité le travail dans des situations difficiles.

L'un prend le relais dans l'activité, lorsque l'autre calme un enfant.

En effet, au cours des deux premières séances, le psychomotricien a du contenir un enfant pendant un certain temps, j'ai donc continué la séance qui a pu se dérouler normalement.

Ce travail autour des sens a été proposé en tenant compte de leur déficit.

Les jeux sont donc variables selon la population d'enfants à laquelle ils s'adressent.

Conclusion

A partir de mes observations, j'ai noté que ces enfants sont en perpétuelle souffrance physique et psychique apparaissant sous différentes formes en fonction de leur situation.

Ces souffrances se traduisent par des angoisses, et une certaine agressivité.

On peut relier ces souffrances au milieu familial défaillant qui ne permet pas aux enfants de se développer sur le plan affectif et intellectuel dans de bonnes conditions.

Ces enfants ont déjà sept ans et même plus, je me demande s'il ne serait pas possible d'apporter une aide à ces familles en difficulté dès la naissance des enfants.

Quel pourrait être le rôle d'un psychomotricien pour atténuer ces carences ?

La P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile) a déjà mis en place des moyens pour intervenir auprès de certaines familles.

Une demi-journée par semaine une sage-femme et une puéricultrice rendent visite aux mères sur les conseils du personnel de la maternité.

La relation mère-enfant ne peut-elle pas déjà se préparer pendant la grossesse.

IV - PREVENTION ET ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN :

En maternité

Afin d'approfondir et de trouver quelques réponses à mes questions, j'ai effectué un stage dans un service de maternité.

J'ai donc rencontré des femmes enceintes, des jeunes accouchées et leurs nouveaux-nés.

La prise en charge est essentiellement médicale.

La jeune mère est sensibilisée aux soins élémentaires d'hygiène qu'elle doit donner et aux besoins alimentaires de son enfant.

Rôle du psychomotricien

Je pense que dans ces services, nous pourrions participer avec les sages-femmes à la préparation à l'accouchement.

Elles présentent aux femmes enceintes tout ce qui fait partie du domaine médical et pratique de l'accouchement.

Le psychomotricien pourrait de son côté les aider à prendre conscience des sensations liées au développement et aux possibilités d'entrer en relation avec le foetus.

Il est important de ne pas oublier la place du père qui peut suivre les séances de préparation.

Il se sentira moins exclu et pourra lui aussi découvrir la relation qu'il peut établir avec le foetus.

Il sera peut être moins surpris à l'accouchement et pourra soutenir et aider la mère, s'il désire y assister.

Les parents peuvent déjà prendre conscience que le foetus n'est pas une « chose » mais un être sensible.

Pendant la grossesse, la femme subit plusieurs transformations au niveau de son corps, qui peuvent entraîner certaines douleurs.

Ces douleurs se situent notamment au niveau des lombaires, des jambes surtout vers la fin de la grossesse.

Nous pourrions leur proposer des séances de massages, de relaxation, afin qu'elles puissent découvrir d'elles-mêmes des positions les soulageant et les utiliser hors de la maternité.

Après plusieurs rencontres avec des jeunes accouchées, j'ai ressenti une demande s'orientant vers un travail et un soutien après leur accouchement.

Elles se sentent très entourées avant l'accouchement mais se trouvent un peu « délaissées » après. Elles seraient d'accord pour se rencontrer et échanger leurs impressions, leur vécu.

Ceci peut être intéressant pour des mères primipares qui pourraient faire part de leurs inquiétudes, de leurs difficultés à d'autres mères.

Un projet de relaxation post-natal n'a pu aboutir, mais par notre rôle nous pourrions les aider à prendre conscience et à s'adapter à leur corps « vide ».

Ce phénomène de perte est vécu par toutes les femmes venant d'accoucher, mais il varie dans son intensité. Il est plus ou moins bien vécu.

On parle de dépression post-partum normale, elle varie en fonction des mères.

Les séances de relaxation permettraient une continuité entre les séances de préparation à l'accouchement (corps « rempli ») et après l'accouchement (corps « vide »).

Le travail s'effectuerait autour de la prise de conscience et de l'acceptation du corps qui après avoir subi les transformations d'une grossesse, va petit-à-petit redevenir le corps « d'avant la grossesse ».

Les mères pourraient peut être à travers ces séances faire petit-à-petit le deuil de l'enfant en elle et établir une relation positive avec lui en tant que personne à part entière.

Le père est aussi un soutien important pour la mère, par son amour, sa présence, il lui permet de vivre ce moment plus ou moins difficile dans de bonnes conditions.

A ce travail de relaxation, un temps avec les parents pourrait être consacré au nouveau-né :

- massages,
- chants,
- temps de repos, ...

A travers ces stimulations sensorielles apportées par des gestes élémentaires (simples), par des paroles, les parents ressentiraient la communication non-verbale qui peut s'installer avec leur enfant.

L'arrivée d'un bébé apporte un changement de vie dans la famille et demande une adaptation mutuelle.

Ces moments de plaisir partagés pourraient la faciliter.

Dans la mesure où l'hospitalisation des mères ne dure que quelques jours, il pourrait être intéressant de poursuivre ce type de travail à domicile, en collaboration avec la P.M.I. ou tous autres services.

De plus, le psychomotricien pourrait travailler en complémentarité avec le pédiatre, par une explication des examens qu'il effectue, et la compléter par une présentation des capacités sensori-motrices du nouveau-né.

Quelle que soit son action, le psychomotricien ne doit pas s'imposer mais être là pour répondre à la demande.

En crèche

Le bébé est placé en crèche souvent à partir de trois mois quand les parents travaillent. C'est le premier lieu « public » que l'enfant rencontre.

Le psychomotricien proposera un travail autour de l'éveil psychomoteur et sensori-moteur du tout petit jusqu'à trois ans.

Par ses observations au cours des activités, il peut déterminer (à travers les comportements et le développement), si l'enfant présente un trouble ou un retard du développement, et en faire part au responsable de la crèche.

Il aura ainsi un rôle préventif.

Le psychomotricien contribuera à l'éveil sensori-moteur et psychomoteur par les activités qu'il proposera.

L'enfant bénéficiera d'expériences dès son plus jeune âge, même s'il vient d'un milieu peu stimulant.

Dans le cas où un enfant présente une pathologie quelconque, le psychomotricien pourrait adapter des activités pour cet enfant.

Elles seraient choisies en fonction de l'enfant, de son trouble, de ses possibilités.

Ainsi, l'enfant poursuivrait son éveil psychomoteur et sensori-moteur à son rythme.

Conclusion

On rencontre encore trop peu de psychomotriciens travaillant auprès des tout petits (maternités, crèches, maternelles).

Pourtant, il a été reconnu qu'un suivi mis en place le plus tôt possible, pour un enfant présentant un trouble, aura plus de chance d'aboutir et d'avoir de meilleurs résultats que si le suivi débute à partir de la deuxième enfance.

CONCLUSION

En essayant de conclure sur ce thème d'éveil sensori-moteur en I.M.E., il m'apparaît que nombres de bonnes volontés sont mobilisées et oeuvrent dans le sens d'un projet.

Ce projet est celui de proposer des expériences sensorielles à des enfants souffrants de carence psycho-socio-éducative afin de leur permettre l'exploration de leur sens en vue d'une structuration.

D'une part, il me semble intéressant de développer certains exercices afin que leur découverte soit des plus enrichissante possible.

Les enfants ont fait certaines expériences sensorielles à partir du Toucher, de l'Ouïe, de la Vue, de l'Odorat et du Goût.

Nous avons repris des expériences sensorielles que les enfants ont peu ou pas vécues.

En effet, ils n'ont peut être pu bénéficier de toutes les stimulations, interactions nécessaires à la construction de tout être humain.

Nous connaissons l'importance de la mère et de son entourage, qui en plus du développement physiologique normal de l'enfant, le stimulent et lui permettent de s'éveiller

Mais les enfants en I.M.E. ont un certain déficit et/ou des troubles que l'on peut relier aux carences du milieu où ils ont grandi.

Leur permettre de connaître ou de reconnaître leurs possibilités corporelles, de se structurer dans l'espoir d'un futur meilleur.

Nous leur proposons donc un temps privilégié pour cela.

Notre projet s'est construit sur la base du manque de stimulation dans la petite enfance.

L'atelier d'éveil sensori-moteur a un certain aspect rééducatif. Les enfants vont découvrir leurs sens les uns après les autres.

Ils vont pouvoir séparément apprendre à les dissocier afin de prendre conscience de leur fonctionnement.

D'autre part, l'atelier a un aspect thérapeutique.

Les expériences que les enfants vont vivre, explorer, leur permettront petit à petit de prendre conscience de l'effet qu'elles peuvent avoir sur leur corps.

Ainsi, ils vont pouvoir se structurer, prendre corps dans l'environnement.

Toutes les expériences qui sont proposées sont à la base de la structuration de tout être humain.

« La première psychomotricité ne s'apprend pas. Elle découle de ces intériorisations des interrelations qui passent dans le corps. » (HAAG, 1990).

G. HAAG nous amène donc à penser que toutes les expériences que vit et effectue le nourrisson grâce aux stimulations de son entourage, sont nécessaires et primordiales à son développement.

Quand ces expériences ne sont pas effectuées par les bébés, nous rencontrons plus tard des enfants en très grande souffrance avec souvent des troubles associés.

J'en reviens ici au travail qui s'effectue actuellement pour éviter ces troubles relationnels de la petite enfance.

Des moyens sont déjà mis en place pour prévenir les troubles de la relation à la mère, dès la naissance des enfants, en maternité.

Je regroupe dans les troubles de la relation à la mère, le désinvestissement de l'enfant mais aussi le surinvestissement.

Je pense donc que le psychomotricien pourrait travailler en collaboration avec les autres professions en milieu hospitalier et notamment en maternité.

L'arrivée d'un enfant demande une réorganisation du rythme de vie de la famille, qui commence dès la grossesse, avec le soutien du personnel soignant.

Après avoir fait ce travail en I.M.E., il peut être intéressant de refaire ce même type de travail avec une autre population, par exemple avec des enfants qui ne sont pas déficitaires (en soins ambulatoires), mais aussi avec des adultes.

Ce changement de « population » nous permettrait d'en étudier les apports et les limites .

Avec les adultes, l'éveil peut servir de base pour un travail autour de la sensation-emotion-représentation, qui s'est avéré trop difficile avec les petits.

L'atelier d'éveil sensori-moteur est un outil intéressant pour un psychomotricien de par ses apports et ses limites.

Il peut être exploitable d'une façon générale parce qu'il est souple et qu'il peut s'adapter facilement.

Il suit et complète les capacités du psychomotricien à s'adapter aux différentes pathologies qu'il peut rencontrer.

ANNEXES

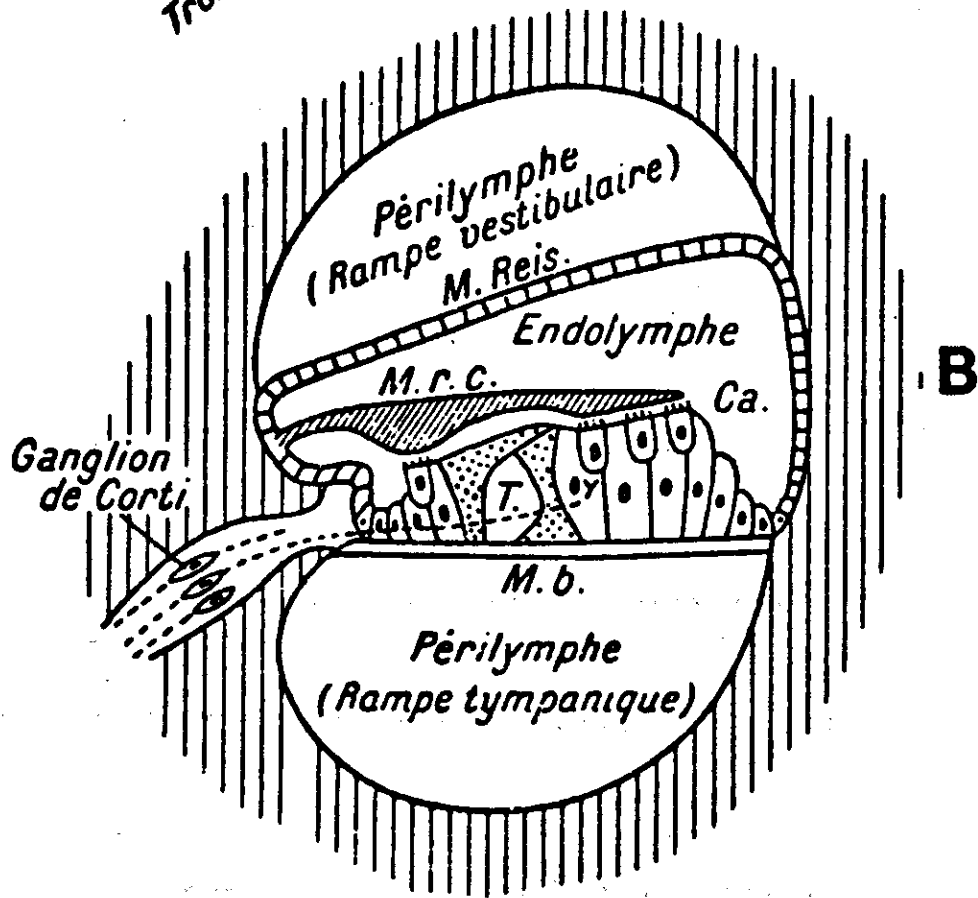
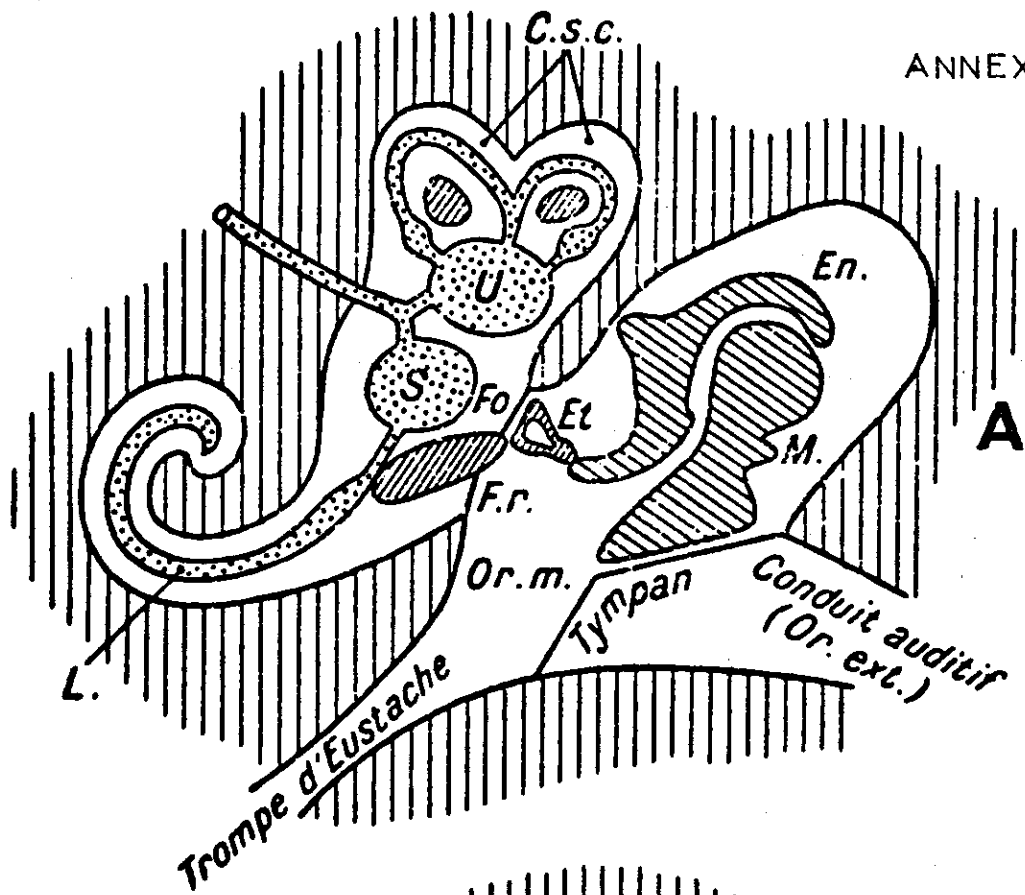


Fig. 7. — L'oreille

A. Schéma des trois parties de l'oreille ; **B.** Coupe du limaçon
T. Tunnel de Corti rempli d'endolymphe ; pour les autres abréviations, voir le texte.

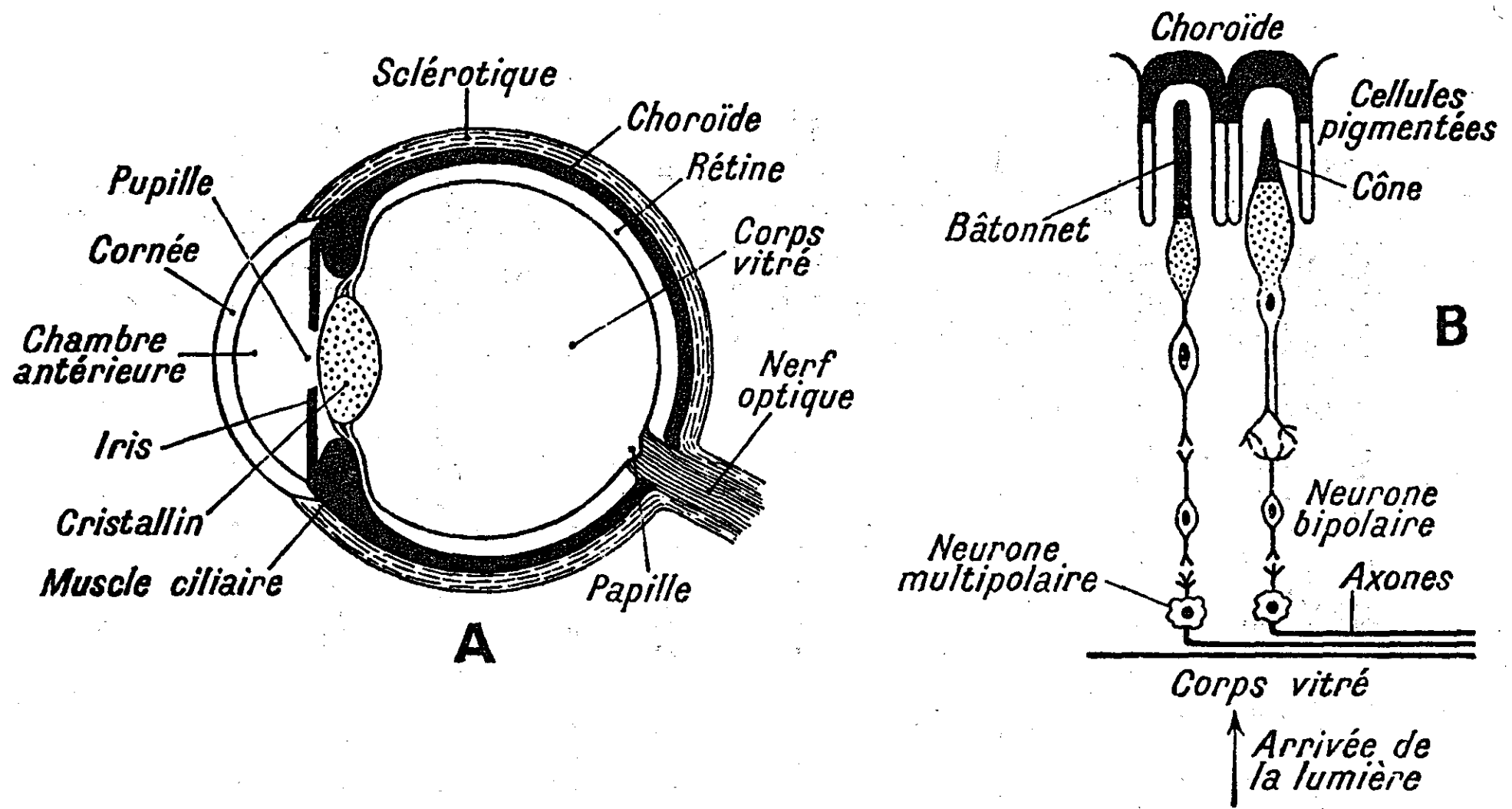


Fig. 1. — L'œil et la rétine
A. Coupe de l'œil. La fovéa qui n'est pas dans le plan de coupe n'est pas figurée
B. Structure schématique de la rétine

On n'a pas représenté les nombreux neurones d'association unissant les divers neurones rétiniens qui font de la rétine un centre nerveux très complexe susceptible d'excitations, d'inhibitions et d'intégrations permettant dès ce niveau une élaboration sensorielle compliquée.

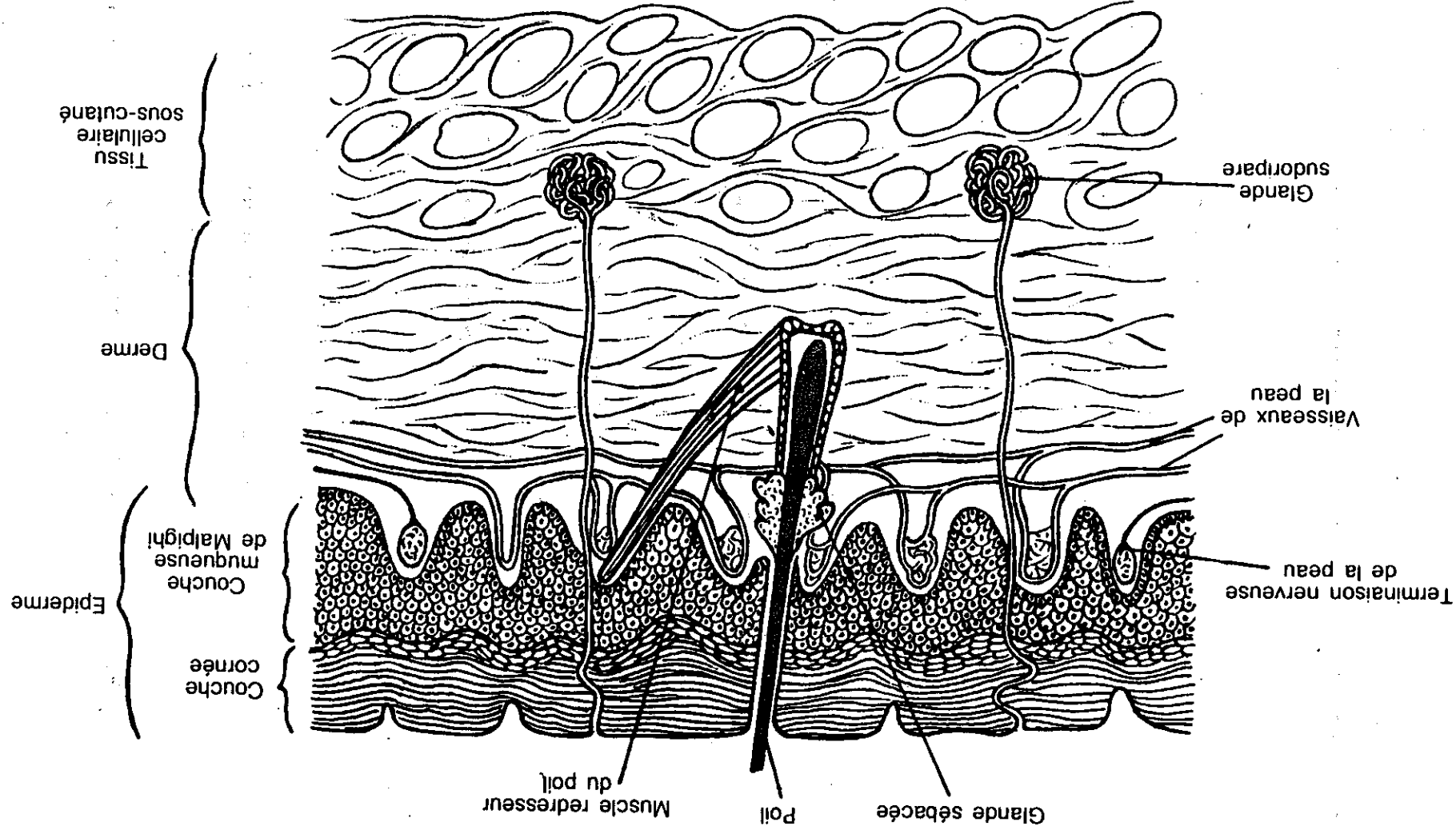
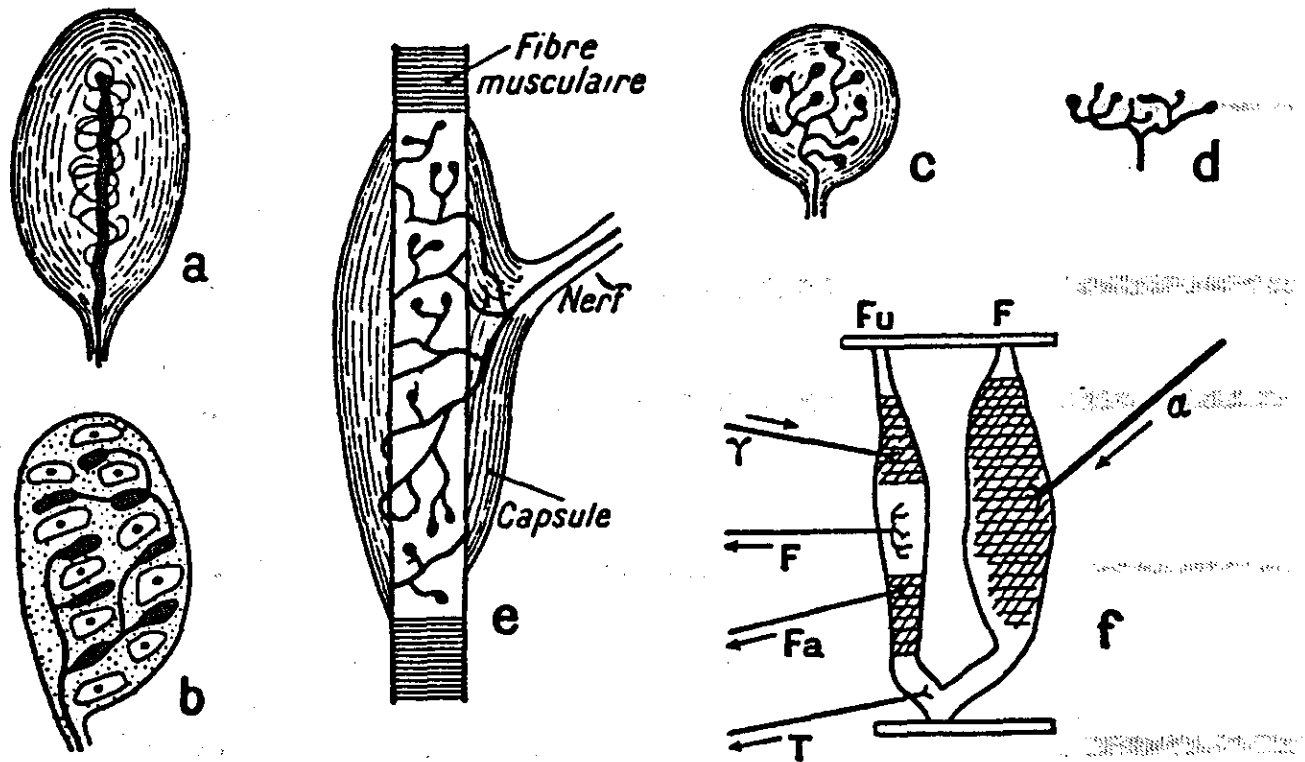


Fig. 242. - STRUCTURE DE LA PEAU



— Sensibilité cutanée et musculaire

a) Corpuscule de Pacini (diam. 1 mm.) : capsule, fibre tactile épaisse, fibre mince ramifiée ; b) Corpuscule de Meissner (diam. 1/20 mm). Fibre nerveuse renflée en disques tactiles séparés par des cellules accessoires (sensibles ou plutôt soutien) ; c) Corpuscule de Golgi (diam. 1/10 mm) ; d) Terminaison nerveuse libre ; e) Fuseau neuro-musculaire, détail du récepteur central ; f) Fuseau neuro-musculaire, dispositif d'ensemble : le fuseau Fu émet outre la fibre sensitive principale deux fibres accessoires Fa (une seule représentée) ; il comprend en outre des récepteurs sensitifs tendineux T et il reçoit une fine fibre motrice réglant sa tension donc son activité sensorielle, c'est la *fibre gamma* par opposition à la grosse fibre motrice alpha, fibre de commande de la fibre musculaire normale F. Au repos l'activité du récepteur central est permanente ; elle cesse dans la contraction de F si la fibre gamma n'intervient pas ; au contraire, l'activité du récepteur tendineux nulle au repos se manifeste dans la contraction. L'activité des récepteurs musculaires agit de façon réflexe sur la commande gamma.

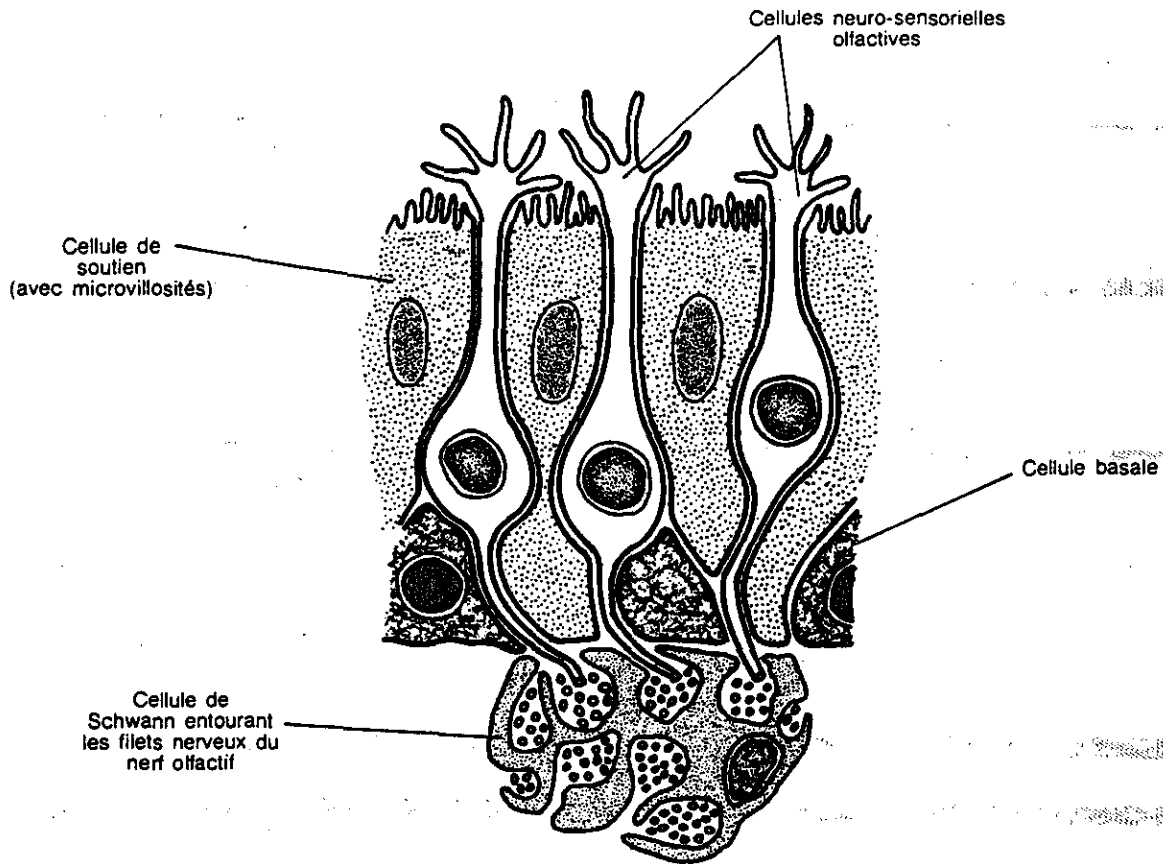


Fig. 237 - STRUCTURE DE LA MUQUEUSE OLFACTIVE

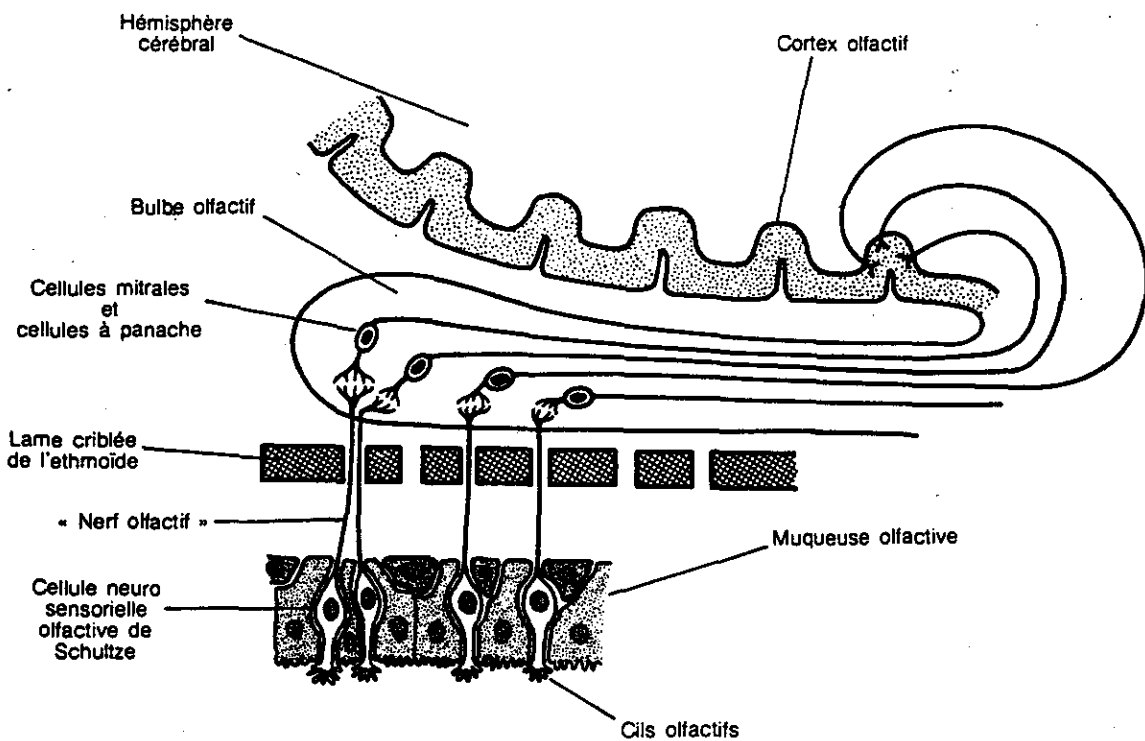
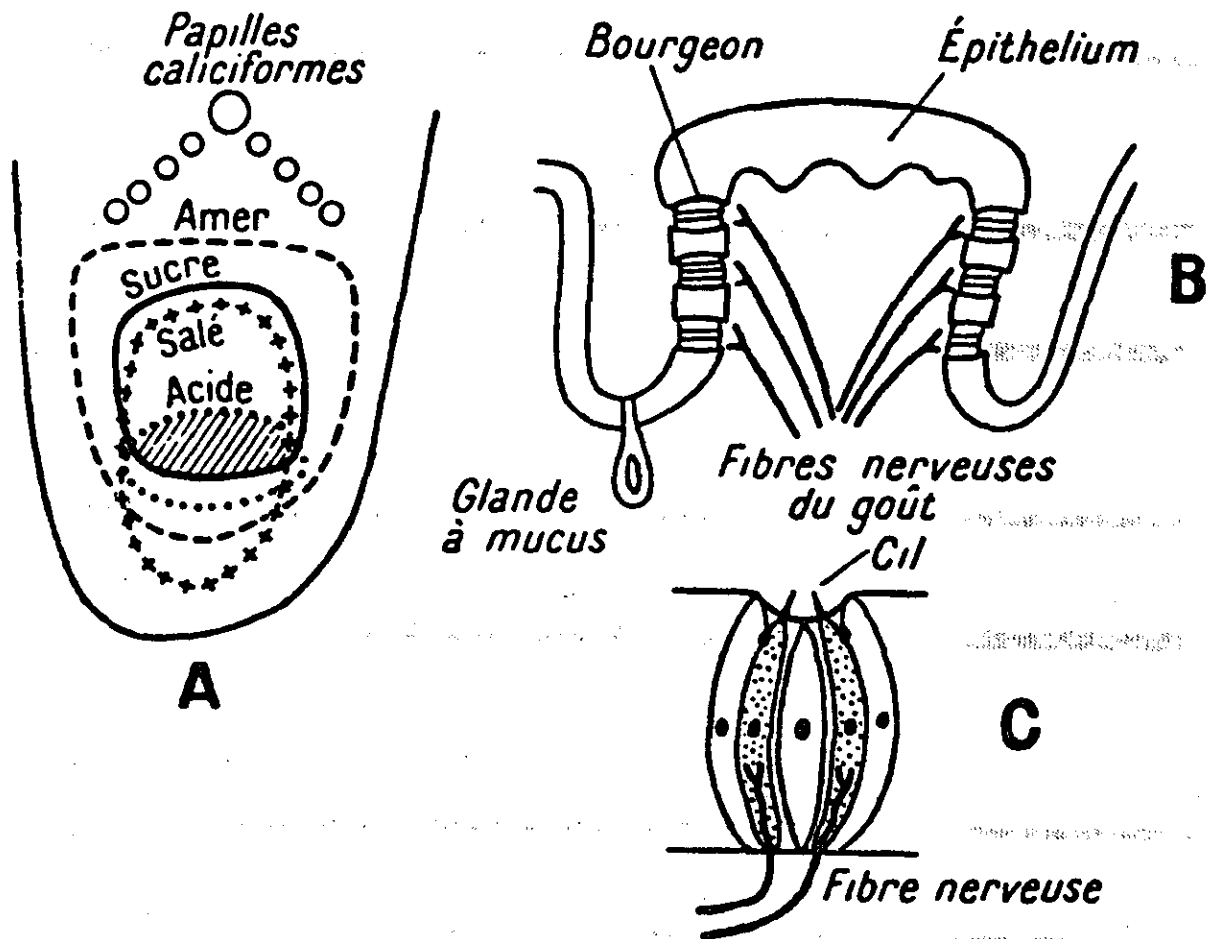


Fig. 238 - SCHÉMA DES VOIES OLFACTIVES

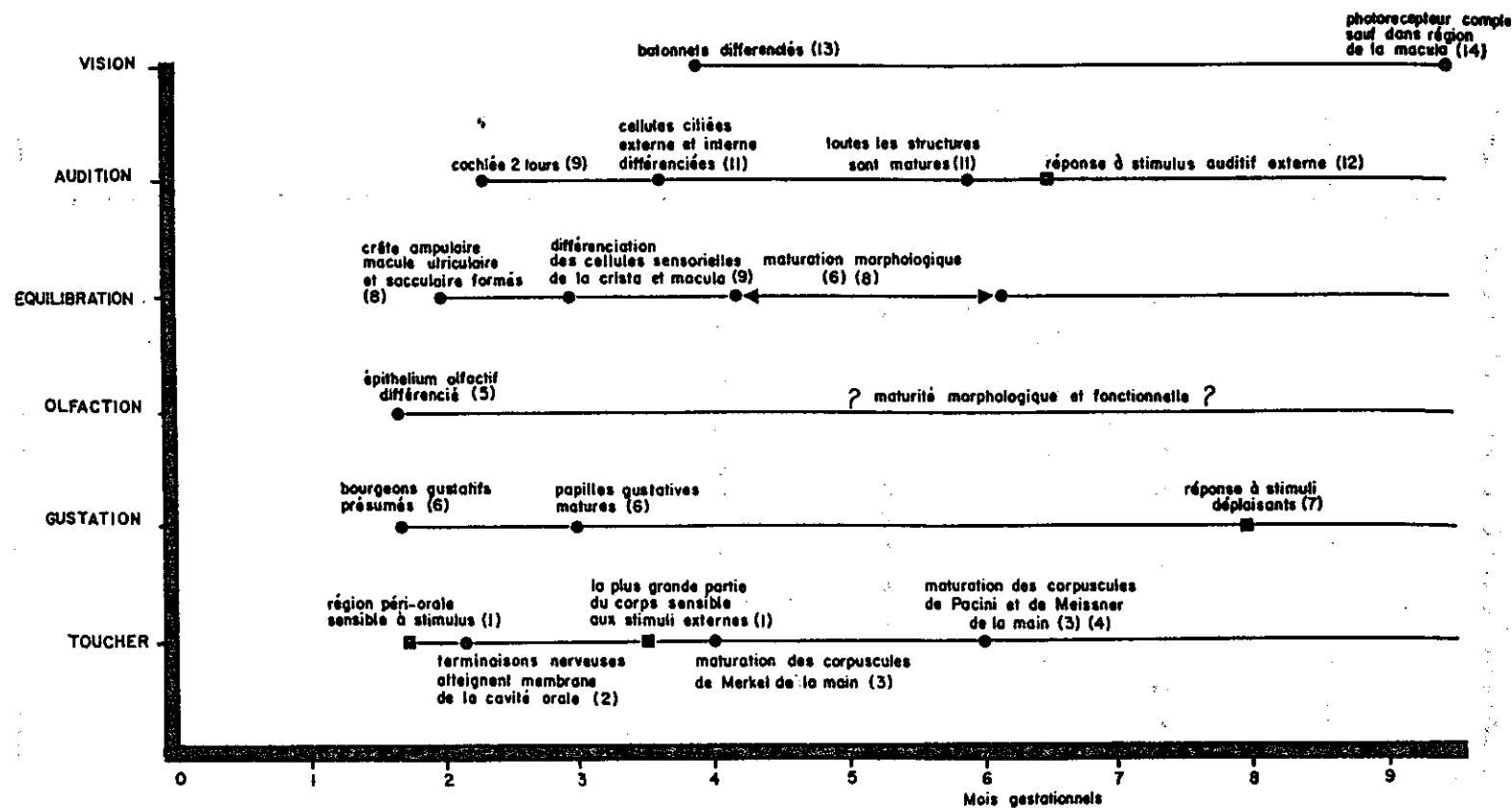


— Le goût

A. Langue; zones insensibles aux diverses saveurs (à l'intérieur des cercles); la région hachurée ne sent aucun goût; **B.** Coupe dans une papille caliciforme; **C.** Coupe d'un bourgeon du goût, en pointillé, cellules gustatives.

SYSTEMES SENSORIELS

- études anatomiques
- études comportementales ou physiologiques



RÉFÉRENCES

Ce tableau est repris de : C.M. MISTRETTA et R.M. BRADLEY : « Taste and swallowing in utero », in *Br. Med. Bull.*, 1975, 31, 81.

Les informations contenues dans le présent ouvrage permettront au lecteur de l'actualiser.

- (1) Hooker (1952), (2) Humphrey (1966), (3) Szymonowicz (1933), (4) Cauna & Mannan (1959), (5) Arey (1930), (6) Bradley & Stern (1967), (7) Liley (1972), (8) Bast & Anson (1949), (9) Altmann (1950), (10) Elliott & Elliott (1964), (11) Ormerod (1960), (12) Wedenberg (1965), (13) Hollenberg & Spira (1973), (14) Mann (1964).

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

ACKERMAN Diane : « Le livre des sens » Livre de poche Grasset & Fasquelle
1991 (Traduction Française)

BENHAIM Michèle : « Les troubles de la relation à la mère » Privat Toulouse.
1992

BERGER Maurice : « Les troubles du développement cognitif. Approche
thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent. » Privat.
Toulouse 1992.

CAHIER DU NOUVEAU-NE N° 5 : « L'aube des sens » Stock Paris 1990.

CALZA. A. et CONTANT. M. : « Abrégé de psychomotricité » Masson.
Paris. 1994.

CAMBIER. J., MASSON. M. et DEHEN.H. : « Abrégé de neurologie »
septième édition. Paris 1994.

CHAUCHARD Paul : « Les messages de nos sens » N° : 138. Que sais-je ?
Paris 1994.

COSTE J.C : « La psychomotricité » Que sais-je Presse Universitaie de
France Paris 1989

DOLTO Françoise : « L'image inconsciente du corps » Points
Edition du Seuil 1984

LACOMBE : « Précis d'anatomie et de physiologie humaine » Tome II
Lamarre-Poinat Paris 1985.

LEMAY Michel : « J'ai mal à ma mère » Fleurus Psycho-pédagogie
Paris 1979.

MARCELLI D. : « Abrégés de psychopathologie de l'enfant » Masson
quatrième édition Paris 1993.

MAZET Ph. et HOUZEL D. : « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »
Masson Paris 1993.

MAZET Ph. et STOLERU S. : « Abrégés de psychopathologie du nourrisson et
du jeune enfant » Masson deuxième édition Paris 1993

NASIO J.D. (Sous la direction de) : « Introduction aux oeuvres de FREUD-
FERENCZI- GRODDECK- KLEIN- WINNICOTT- DOLTO-
LACAN » Payot & Rivages Paris 1994.

RICHARD J. et RUBIO L. : « La thérapie psychomotrice » Masson Paris 1995.

SERRES Michel : « Les cinq sens » Grasset Paris 1993.

SIMONNET Dominique : « Vivent les bébés » Points Actuels Seuil
Paris 1983

SPITZ R.A. : « De la naissance à la parole » Puf Paris 1968.

WINNICOTT D.W. : « L'enfant et sa famille » Petite bibliothèque Payot
Paris 1971.

« Jeux et Réalité » Gallimard Paris 1975.

ARTICLES - CONFERENCES - ENTRETIENS :

BOSCAINI F. : « Le tonus : une fonction de synthèse Corps-Esprit » Evolution
Psychomotrice N° : 19 Paris 1993.

HAAG G. : « Conférence: Quelques approfondissements sur la structure de
l'image du corps dans les premières années de la vie.
Apports de l'observation directe des nourrissons et de la clinique
psychanalytique des états autistiques » Nantes Octobre 1989.

« Conférence: Construction de l'image du corps en relation avec le
développement de la personnalité » Angers Novembre 1990 .

LORENZELLI D. et LUCCIARDI A.M. : « Le regard cerné » Evolution
Psychomotrice N° : 3 Paris 1989.

LURCAT L. : « WALLON et les pédagogies issues du sensualisme » Evolution
Psychomotrice N° : 19 Paris 1993.

SAMI ALI : « Entretien » Evolution psychomotrice N° : 3 Paris 1989.

DICTIONNAIRE - LEXIQUE :

CARRIC J.C. : « Lexique du psychomotricien » Vernazobres Paris

« Dictionnaire de la médecine » Larousse de poche. Livre de poche 1985.

COURS :

BOURGER P. : « Le groupe » I.S.R.P. Paris 1994/1995.