



La communication en maison d'accueil spécialisée : auprès de personnes souffrant de polyhandicap

Delphine Billié

► To cite this version:

Delphine Billié. La communication en maison d'accueil spécialisée : auprès de personnes souffrant de polyhandicap. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017424

HAL Id: dumas-01017424

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017424>

Submitted on 2 Oct 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

Du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

La communication en Maison d'Accueil Spécialisée

Auprès de personnes atteintes de polyhandicap

BILLIE Delphine

Née le 18 novembre 1992 à ROCHEFORT-SUR-MER (17)

JUIN 2014

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

La communication en Maison d'Accueil Spécialisée

Auprès de personnes atteintes de polyhandicap

Remerciements :

Je remercie le personnel de la Maison d'Accueil Spécialisée où j'ai réalisé mon stage et particulièrement ma maître de mémoire pour son écoute, ses précieux conseils et sa disponibilité.

Je remercie également ma mère pour sa compréhension et sa patience et ma famille pour leur soutien et leurs encouragements.

Avant-propos :

En atelier « histoires et musiques » K. et C. assises l'une à côté de l'autre, sans dire un mot ; tout dans cette image indique qu'il y a une relation qui est établie mais bien plus aussi qu'il y a communication et pourtant aucune d'entre elles ne parle. Comment peut-on dire alors qu'elles communiquent ? Par des regards échangés, l'orientation de leurs corps, leurs expressions faciales, la régulation de leur tonus ?

Introduction

Introduction

La communication est omniprésente dans notre culture et de nos jours, l'explosion des sources d'informations avec la place occupée dans les ménages par la télévision et par internet en est la traduction. La quantité de renseignements est telle qu'on doit faire face et essayer parmi toutes ces sources d'informations de réaliser une sélection afin de pouvoir retirer les messages qui nous paraissent signifiants.

A la suite d'une rencontre avec la psychomotricienne de l'institution et des résidents accueillis au sein de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), une réflexion concernant un mémoire élaboré autour du concept du polyhandicap s'est effectuée. Dans un premier temps, l'idée envisagée était une approche de l'élaboration des notions de schéma corporel et d'image du corps chez les personnes souffrant de polyhandicap. Cette idée fut réévaluée suite à la difficulté à aborder ces deux notions mais également face à l'étendue des troubles rencontrés auprès des résidents de la MAS. Les troubles de la relation et de la communication retrouvés chez eux mais pour autant qui sont présentes et remettant en cause les codes ont apporté un nouvel axe de réflexion celui de la communication chez les personnes atteintes de polyhandicap.

Sous quelle forme peut se présenter la communication chez les personnes souffrant de polyhandicap ? La communication est une notion vaste et qui comporte différents types de communication (verbale, non-verbale, corporelle), cette dernière nous permet d'être en relation avec notre environnement social et professionnel dans la vie quotidienne. La communication est importante dans la pratique psychomotrice permettant la formulation d'une demande par le sujet mais également par la portée symbolique du langage oral.

L'intention première dans la réflexion autour d'un mémoire concernant la communication était de traiter de la question de la communication corporelle et non-verbale ; lors de la rencontre avec les résidents dont certains avaient accès à la communication verbale, il m'a paru intéressant d'envisager la forme que le langage oral pouvait prendre chez les personnes reçues en Maison d'Accueil Spécialisée. J'ai donc élargi mon propos de ce mémoire à la communication de manière générale.

Pour être en communication avec quelqu'un, il faut que l'information que l'on souhaite transmettre ait du sens également pour le récepteur. Si la personne recevant le message ne peut lui donner du sens alors il ne s'agit plus de communication étant donné que le message n'a de sens et de valeur que pour son émetteur. Un mauvais récepteur est également un mauvais émetteur car, lorsque l'on ne comprend pas la signification d'un message pour quelque raison

que ce soit, on se retrouve dans l'impossibilité de transmettre une réponse cohérente et l'on perçoit un décalage entre ce qui a été transmis et ce qui est renvoyé. Pour communiquer, un message doit avoir un code connu de la personne qui émet mais également de la personne qui reçoit.

Afin de pouvoir communiquer, il faut pouvoir donner sens à ce que l'émetteur nous envoie (de manière verbale, non-verbale, corporelle) mais cela demande un travail conjoint qui est celui de construire le message reçu. Communiquer n'est donc pas anodin, chaque acteur est à la fois émetteur et récepteur de signaux verbaux, non-verbaux et corporels que ce soit de manière explicite ou implicite.

L'accès au langage verbal est une spécificité de l'être humain, mais le premier mode de communication utilisé est la communication corporelle soutenue par la motricité, l'expressivité permettant l'accès au symbolique et notamment au langage. Dans les premiers jours de la vie le nourrisson possède des réflexes archaïques qui par la suite disparaîtront conjointement à la maturation corticale. A ces réflexes la mère donnera du sens ce qui permettra à l'enfant d'entrer en relation et dans un bain de langage accompagnant sa motricité réflexe et par la suite sa motricité spontanée.

Dans la communication, les sens donnés et la motricité ont une place et ce dès les premiers jours de la vie, les nourrissons ont des capacités d'imitation précoces, le sourire est un moyen de communication permettant la relation alors qu'au début il signifie seulement le bien-être dans lequel se trouve l'enfant.

La communication au sein du polyhandicap comme j'ai pu le dire se trouve perturbée, par la remise en question des codes auxquels nous sommes confrontés tous les jours. Comment peut se représenter la communication chez la personne atteinte de polyhandicap ? Sous quelle(s) forme(s) est-elle présente ?

La réalisation d'un stage auprès de personnes atteintes de polyhandicap provient d'un intérêt envers le travail et les enjeux de celui-ci auprès de cette population. Plusieurs points concernant l'approche des résidents apparaissent importants à garder en mémoire lors de la mise en œuvre d'une prise en soin. Le premier : les personnes admises en MAS présentent un lourd passé institutionnel et de nombreuses prises en soin de par l'importance des troubles retrouvés, prises en soin qui vont également continuées dans le temps. Le deuxième point : le type de structure se trouve être à la fois un lieu de soin et un lieu de vie. Le dernier point : le concept de polyhandicap est un concept difficile à définir et demande à être différencié des notions de surhandicap et de plurihandicap.

D'autres points ont soulevé mon intérêt pour réaliser un stage en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) : premièrement, la moyenne d'âge des personnes admises (environ 47 ans) afin de pouvoir approcher le travail auprès de sujets adultes (population que je n'avais jamais rencontrée jusqu'à présent). Deuxièmement, la pratique psychomotrice dans le polyhandicap me posait aussi des questionnements quant à l'approche qui peut être mise en place de par l'ampleur et l'importance des troubles présents dans ce concept.

Le travail en psychomotricité réalisé auprès de personnes souffrant de polyhandicap est un travail qui dure dans le temps. La psychomotricité permet une approche du sujet en tant qu'entité somatique mais également en tant qu'entité psychique, les résidents admis en MAS présentent de nombreuses failles dans leur élaboration corporelle et psychique et ont du mal à investir leur corps de façon positive.

Les personnes atteintes de polyhandicap présentent en plus des nombreux troubles somatiques une déficience mentale, celle-ci rendant le rapport à leur propre corps et au monde difficile. De ces troubles découle la dépendance extrême dans laquelle se trouvent les sujets admis en Maison d'Accueil Spécialisée.

Cette dépendance va restreindre les possibilités du sujet à entrer en relation et en communication avec le monde qui l'entoure. Toute personne est capable de communiquer au travers de différents moyens dont elle dispose. Or, lors d'une rencontre avec une Aide-Médico-Psychologique, cette dernière a émis que de prendre en soin Mr. M serait intéressant car « il est non-communicant ». Une personne qui ne peut pas parler, ne peut exprimer sa pensée sous la forme d'un langage oral structuré est-elle non communicante ?

L'absence de langage oral ne présuppose pas de l'absence de communication, on parle de communication non-verbale et de communication corporelle. La communication en psychomotricité est importante pour le sujet quand elle provient de ce dernier ou du thérapeute, le langage oral va permettre l'élaboration d'une demande mais aussi la symbolisation.

Au cours de ce mémoire construit en différentes parties, seront abordés successivement le concept du polyhandicap et sa signification, quels troubles sont retrouvés dans ce concept ainsi que la notion de dépendance. Ensuite le thème de la communication sera exposé selon différents modèles puis dans la forme qu'elle peut prendre au sein du polyhandicap. Le travail en psychomotricité en Maison d'Accueil sera présenté, il est composé d'un historique de la profession de psychomotricien et de l'approche de la notion de communication en psychomotricité (de façon générale dans un premier temps puis auprès du polyhandicap). La

seconde partie se composera de la présentation de l'institution dans laquelle j'ai réalisé mon stage, de la présentation de la psychomotricité au sein de l'établissement et d'un atelier mis en place par une collègue et moi-même. La dernière partie, avant de conclure ce mémoire, traitera des trois rencontres effectuées en Maison d'Accueil Spécialisée.

Pour l'élaboration de ce mémoire, je me suis appuyée sur certains ouvrages qui m'ont permis d'établir des pistes de réflexion afin de donner ma vision de la communication en MAS. Il s'agit d'un parti pris.

Partie Théorique

Partie Théorique

I - Le concept de polyhandicap

Dans cette première partie nous allons nous intéresser au concept de polyhandicap, ce que définit le polyhandicap, quelle(s) en est (sont) la (les) cause(s) et comment il se présente.

A – Définitions

- Groupe Polyhandicap France (GPF) 2002 : *« Le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral, précoce ou survenue en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. »*
- Ministère de la Santé annexe 24 ter : le « sujet doit être atteint d'une déficience motrice et d'une déficience mentale sévère ou profonde (QI inférieur à 30) et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. »
- Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) : *« Association de déficiences graves avec un retard mental moyen, sévère ou profond (au sens de l'OMS* : QI < 50) entraînant des incapacités diverses et intriquées qui appellent des réponses individualisées. Les personnes polyhandicapées, du fait de leur restriction d'autonomie, nécessitent des aides humaines proches et permanentes, et souvent des aides techniques individuellement adaptées. »* [E. Zucman, CTNERHI ; 2000]
- Congrès Polyhandicap 2005 : *« Enfants et adultes atteints de déficiences graves et durables dues à des causes variées, le plus souvent pré et périnatales, mais aussi acquises, ou liées à des affections progressives, maladies métaboliques et dégénératives, chez lesquels le retard mental, grave ou profond (QI inférieur à 50) est associé à d'autres troubles, des*

troubles moteurs et très souvent à d'autres déficiences, entraînant une restriction extrême de leur autonomie, nécessitant à tout âge de la vie un accompagnement permanent et qualifié associant éducation, soins, communication et socialisation. »

Lorsque l'on porte notre attention sur ces définitions, on s'aperçoit que certaines d'entre elles sont construites de manière qui peut paraître antinomique. Par exemple celle du GPF et celle donnée lors du congrès sur le polyhandicap en 2005 : la première part d'une perturbation au niveau du cortex cérébral ayant pour conséquences des déficiences touchant plusieurs domaines, la deuxième quant à elle insiste sur la pluri-causalité et l'extrême diversité de la nature des atteintes. Le point commun de toutes ces définitions est la situation de manque d'autonomie et de dépendance qui entrave le fonctionnement du sujet et qui nécessite une aide constante dans la vie quotidienne.

Dans ces définitions on peut voir que le polyhandicap s'exprime dans différents domaines, touchant la motricité, l'efficacité mentale avec les fonctions perceptive et cognitive et entraînant une restriction de l'autonomie des personnes polyhandicapées. La définition du CTNERHI souligne la notion d'individualité de chaque sujet.

Le concept de polyhandicap est un concept vaste et qui possède des limites floues ce qui complexifie son appréhension ainsi que sa distinction des concepts de surhandicap et de plurihandicap. Il est nécessaire de différencier ces appellations entre elles. Pour cela nous allons nous référer aux définitions élaborées par le CTNERHI en 1985 afin de différencier les «multi-handicaps» :

- Plurihandicap : *Association circonstancielle de handicaps sans retard mental grave.*
- Polyhandicap : *Handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience intellectuelle sévère (QI < 50).*
- Surhandicap : *Surcharge progressive d'une déficience physique ou psychique par des troubles d'apprentissage ou des troubles relationnels.*

Le surhandicap contrairement au plurihandicap et au polyhandicap peut être prévenu, il est la conséquence de l'ajout d'handicaps.

Dans toutes ces définitions les termes d'« handicap », de « déficience », d'« incapacité », reviennent souvent, dans le langage courant on peut parfois les utiliser en tant que synonymes mais à quoi font-ils réellement référence ?

Selon la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) le terme de handicap est un terme générique regroupant « *les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation* ». Il fait référence aux aspects négatifs de l'interaction du sujet avec son environnement, alors que le terme de déficience renvoie à la « *perte ou anomalie d'une structure anatomique ou d'une fonction organique* ».

Un handicap est un « *désavantage qui pour un individu donné, résulte d'une déficience et / ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)* ». » [OMS ; INSERM]¹

Toujours selon l'OMS déficience est une « *perte de substance ou une altération d'une structure ou fonctionnement psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente toute perturbation, congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte de façon durable, la croissance, le développement, le fonctionnement du sujet.* »

Quant à l'incapacité elle est définie comme une « *réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité donnée de la façon ou dans les conditions considérées comme normales pour un être humain.* » [OMS ; INSERM]

Les termes de déficience, d'incapacité et d'handicap font respectivement référence à différents domaines ; la déficience renvoie à une modification structurelle, fonctionnelle ou biologique ayant une conséquence sur le fonctionnement, le développement de l'individu ; l'incapacité quant à elle est une diminution d'une aptitude qui entraîne une difficulté pour le sujet à être en relation avec le monde environnant ; l'handicap va être un obstacle réduisant ou empêchant l'individu de tenir son rôle dans la société, dans l'environnement familial.

Dans ces définitions selon l'OMS la notion de « normalité » est retrouvée de manière constante, peut-on seulement rendre la complexité et la subjectivité d'un individu en se référant à des normes ou au contraire faut-il les ouvrir un peu plus ?

La notion de handicap s'origine dans l'altération de l'interaction du sujet avec le monde qui l'entoure. La déficience quant à elle a pour support le corps, elle fait état d'un ou plusieurs problèmes concernant les fonctions organiques et/ou les structures anatomiques. Une déficience peut conduire à un handicap, par exemple une perturbation d'une structure anatomique peut entraîner des troubles sensoriels ayant des conséquences sur l'appréhension de l'environnement par le sujet.

¹ OMS : Organisation Mondiale de la Santé INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

B – Etiologies et prévalences

Aujourd'hui grâce aux progrès techniques et médicaux les pathologies d'origine péri et postnatales ont diminué grâce notamment au suivi des grossesses, à la prise en charge lors de l'accouchement, aux méthodes de diagnostic², à la mise en place de vaccination systématique et par l'existence de diagnostics anténataux.

- 50 % de causes prénatales : malformations cérébrales, neuro-ectodermoses congénitales³, Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) prénataux, embryopathie⁴, aberrations ou anomalies chromosomiques, anomalies génétiques, maladies métaboliques, grossesse pathologique (exemple : alcoolisme maternel).
- 15 % de causes périnatales : prématurité, souffrances fœtales, grandes prématurités, souffrances obstétricales (réduites grâce aux progrès réalisés), incompatibilité du facteur Rhésus, anoxie, ischémie néonatales.
- 5 % de causes postnatales : accidents traumatiques, infections des méninges ou de l'encéphale, arrêts cardiaques, états convulsifs graves (syndrome de West ou de Lennox-Gastaut), causes inflammatoires, mort subite du nourrisson manquée, accident domestique.

Les étiologies concernant le polyhandicap ne sont pas toutes connues 30 % des causes restent inexpliquées. Certaines étiologies peuvent être confirmées (exemple : cas d'anomalie génétique) alors que d'autres ne sont que soupçonnées (exemple : cas de grossesse pathologique).

Dans la population générale les prévalences concernant le polyhandicap, le plurihandicap et le surhandicap sont respectivement de 2 pour 1 000, 0,5 pour 1 000 et de 3 pour 1 000. La

² Notamment le test d'inhibition bactérienne de Guthrie concernant le dépistage de la phénylcétonurie. Ce test est associé à d'autres dépistages néonataux dans la détection de maladies génétiques (hypothyroïdie congénitale, mucoviscidose, hyperplasie congénitale des surrénales, ...)

³ Il s'agit d'un groupe de maladies héréditaires se caractérisant par la présence de tumeurs variées et multiples touchant de façon plus particulière le système nerveux central et ayant tendance à proliférer (exemples : sclérose tubéreuse et maladie de von Hippel-Lindau).

⁴ Atteintes survenant durant les 8 premières semaines de la grossesse et lorsqu'elles ne provoquent pas un avortement spontané, elles sont la cause de malformations graves.

multitude d'étiologies, pouvant être d'origines diverses et touchant différentes structures et/ou fonctions vont générer de nombreux troubles de natures différentes.

C – Troubles associés retrouvés dans le polyhandicap

Dans le polyhandicap de nombreux troubles associés sont retrouvés, touchant différentes fonctions somatiques, psychiques et psychomotrices.

1 - Troubles somatiques

Les affections somatiques présentes dans le polyhandicap découlent de manière directe des atteintes neurologiques primaires dont les sujets sont porteurs.

Les **troubles sensoriels** sont présents de manière fréquente dans le polyhandicap principalement des troubles de la vision et de l'audition. « *Les plus fréquents sont des troubles de la vision qui touchent environ 2/3 des personnes polyhandicapées.* » [E. Zucman, CTNERHI ; 2000]. Les troubles de la vision peuvent être de natures diverses périphériques touchant la perception visuelle (amblyopie, strabisme,...) et/ou centrales atteignant l'intégration des perceptions visuelles (lésions du cortex occipital) ils vont entraîner par leur présence des troubles des coordinations. Les troubles auditifs peuvent également être périphériques ou centraux mais sont retrouvés plus rarement que les troubles visuels. Les troubles de la sensibilité tactile et profonde sont moins appréciés que les troubles précédents, E. Zucman dit qu'il semblerait que les personnes souffrant de polyhandicap présentent une « *hypo-esthésie globale avec un émoussement dangereux de la sensibilité à la douleur et à la chaleur* ». Ces troubles de la sensorialité compromettent l'appréhension de l'environnement qu'il soit matériel ou social mais également l'établissement de relation avec le monde environnant. Ces atteintes contribuent à isoler la personne polyhandicapée encore davantage. Cet isolement peut donner à voir des comportements avec des mécanismes identiques à ceux rencontrés dans la psychose ou l'autisme.

Chez les personnes souffrant de polyhandicap les **troubles de l'alimentation** concernent de façon majoritaire la **déglutition** due à un mauvais fonctionnement du réflexe de

déglutition, une « *absence de temps buccal* »⁵, la présence de mouvements parasites lors de l'alimentation ou également par une position inadaptée de la tête et la **mastication** des aliments. Le risque de fausse route est le danger principal dû aux déficits des muscles masticateurs ainsi qu'à la consistance des aliments. Il est important de différencier une « simple » fausse route d'une obstruction des voies aériennes. On peut trouver également des troubles de l'oralité (comportements boulimiques et anorexiques). La **déshydratation** est également un risque majeur des personnes atteintes de polyhandicap. Ce sont des personnes qui ne vont pas réclamer à manger ou à boire, il est donc important de surveiller les risques de dénutrition et de déshydratation.

Les personnes souffrant de polyhandicap peuvent présenter des **troubles digestifs** avec reflux gastro-œsophagien, irritation du côlon, perturbations du péristaltisme digestif, constipation et fécalome⁶. Ceux-ci peuvent entraîner des douleurs abdominales. Ces troubles peuvent être induits par un dysfonctionnement du cycle digestif dépendant des conditions de prise de nourriture et/ou de pathologies du système digestif.

Les **atteintes de la posture et de l'ossature** sont nombreuses dans cette population, elles peuvent être engendrées par des scoliozes, les rétractions musculo-tendineuses, contractures et luxations. On trouve également des **troubles orthopédiques et musculaires** (par exemple des rétractions musculo-tendineuses) qui nécessitent le port de prothèses, de corsets.

Les **troubles respiratoires** peuvent s'exprimer par un encombrement pulmonaire ou être induits par une fausse route.

On retrouve également dans cette population des **troubles stomatologiques⁷ et malformations odontologiques** avec des caries, extractions de dents, salivation, gencives douloureuses, aphtes.

Les **troubles du sommeil** de façon fréquente dans le polyhandicap sont des fragmentations du sommeil, difficultés d'endormissement, et dans le syndrome de Rett on peut observer une perte progressive de l'organisation jour-nuit. Ils peuvent également être en lien avec des d'autres troubles par exemples digestifs (reflux gastro-œsophagien), respiratoires (encombrement bronchique).

⁵ Chavaroche P. *Travailler en MAS* ; 2011 éditions Eres

⁶ Il s'agit d'une accumulation de matières fécales déshydratées dans le rectum et dont l'évacuation se révèle difficile.

⁷ Spécialité médicale concernant l'étude des maladies de la cavité buccale ainsi que leur traitement.

Troubles cutanés, le principal trouble concerne une fragilité cutanée pouvant engendrer des escarres induites par l'immobilisation et l'alitement des personnes souffrant de polyhandicap. Elles touchent surtout les zones d'appuis (talons, région sacrée, ...).

L'**épilepsie** est un trouble que l'on retrouve fréquemment dans le polyhandicap, l'épilepsie active est retrouvée dans 50 à 60 % des cas. Les médicaments antiépileptiques peuvent avoir de nombreux effets secondaires cognitifs notamment sur l'attention, la mémoire et somatiques dans lesquels on retrouve des blessures, des traumatismes crâniens mais également concernant la vie psychique qui peut être discontinuée due à la survenue de manière imprévisible de crises. C'est un trouble neurologique qui est difficile à équilibrer, et dans certains cas les posologies sont très importantes. Dans la population générale, on peut constater une amélioration avec une réduction voire une disparition des crises avec l'âge, sauf dans les états de grand mal ainsi que dans les syndromes de West et Lennox-Gastaut par exemple où l'on retrouvera d'importantes séquelles.

La liste de ces troubles n'est pas exhaustive, elle présente une vision d'ensemble des principaux troubles somatiques associés dans le polyhandicap. Il est important lorsque l'on travaille auprès de personnes atteintes de polyhandicap de garder en mémoire la présence possible de ces troubles, ce qui est à mettre en lien avec les notions de douleur et de souffrance. Mais ce ne sont pas le seul type de trouble que l'on retrouve dans ce concept.

2 – Trouble mental et troubles psychiques

Comme on a pu le voir précédemment dans le chapitre Définitions, le polyhandicap est un handicap à expressions multiples associant déficiences somatiques et déficience mentale. Ceci nous amène donc à présenter ce qu'est une **déficience mentale** et comment celle-ci se caractérise. Cette déficience peut être endogène (aberrations chromosomiques, malformation cranio-cérébrale, épilepsie, maladie génétique, ...) ou acquise (maladie infectieuse contractée par la mère pendant la grossesse, maladie métabolique, maladie contagieuse, encéphalite, méningite, souffrance cérébrale fœtale, accidents traumatiques, ...) dans la moitié des cas l'étiologie reste inconnue. Pour l'Union Nationale des Associations des Parents d'Enfants Inadaptés, la déficience mentale engendre un handicap qui s'exprime par des difficultés touchant la réflexion, la conceptualisation, les facultés de décision et la communication. En revanche, toujours selon l'UNAPEI, le handicap psychique serait « *la conséquence d'une maladie mentale* »⁸. La déficience

⁸ <http://www.unapei.org> Le handicap mental : sa définition

intellectuelle est évaluée selon des normes de Quotient Intellectuel (test de Binet et Simon). La déficience mentale profonde se caractérise par un QI inférieur à 20, on peut constater un retard majeur dans les acquisitions, l'autonomie est très limitée et le langage est soit inexistant soit très réduit (quelques mots). Dans la déficience mentale sévère et modérée, on retrouve un QI compris respectivement entre 20 et inférieur à 35 et entre 35 et inférieur à 50, un retard important dans les acquisitions quelques acquisitions sont possibles concernant l'alimentation et la propreté et le langage se présente sous forme asyntaxique (mots, phrases simples). Au sein de la Maison d'Accueil Spécialisée, elle reste difficile à évaluer de par l'importance donnée au langage dans ces tests. La déficience mentale se caractérise donc par une insuffisance de développement intellectuel et psychomoteur. Elle peut être intensifiée par les troubles somatiques et relationnels retrouvés dans le polyhandicap.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées peuvent accueillir différents types de populations : déficients intellectuels profonds sans troubles mentaux dominants, individus atteints de handicaps associés (polyhandicapés), personnes souffrant de handicap(s) physique(s) provoqué(s) par des traumatismes ou accidents gravissimes ou résultant de maladie(s) gravement invalidante(s) ; mais l'on retrouve de manière assez fréquente des troubles mentaux graves avec des personnes atteintes de psychoses ou souffrant d'autisme et ayant évolué sur un mode déficitaire, sujet atteint d'Infirmité Motrice Cérébrale ou ayant subi des traumatismes neurologiques graves.

Au regard de ces différents troubles, il apparaît évident que dans ces lieux de vie et de soins, les troubles somatiques ne sont pas les seuls troubles rencontrés. Les troubles psychiques présents dans le polyhandicap sont également assez invalidants.

De par la multiplicité et l'intrication des atteintes que présente le sujet atteint de polyhandicap, on peut trouver des perturbations dans l'enfance. L'enfant né-réel ne correspondant pas à l'enfant imaginé, le processus d'attachement peut être mis à mal soit par les troubles que l'enfant présente, soit par la difficulté des parents à entrer en relation avec cet enfant réel ou engendré par les hospitalisations nombreuses du nourrisson (syndrome d'hospitalisme⁹).

Par la présence et l'intrication de tous ces troubles la construction du « moi » psychique se voit compromise ainsi que son affirmation. La relation « mère-nourrisson » ou « figure maternelle-nourrisson » peut être difficile à établir, le holding (façon dont on est porté, soutenu un enfant aussi physiquement que psychiquement), le handling (soins apportés) et l'object presenting (le fait de présenter à l'enfant des objets qu'il peut assimiler, ceci permet les premières relations objectales) de Winnicott permettent la maturation du moi de l'enfant. Si

⁹ Spitz R. 1945

l'enfant ne peut pas entrer en interaction, ne peut assimiler ce qui lui est offert ou lorsque les comportements ne sont pas adaptés à la situation, si les stimulations ne sont pas appropriées, le moi se construit par l'interaction, par la relation à l'autre, à l'environnement ; or les différents troubles évoqués plus haut mettent à mal cette construction.

Dans le polyhandicap on peut retrouver des **angoisses archaïques**. La notion d'avoir un corps propre fermé, construit de limites psychiques s'étayant sur le sentiment de percevoir et de pouvoir se représenter comme ayant des limites corporelles ne sont pas ou très peu élaborées. Pour Geneviève Haag, les échanges de regards entre la mère et le nourrisson permettent l'organisation de l'intégrité corporelle. Il est vrai que porter son regard sur une personne atteinte de polyhandicap peut dans certains cas être difficile de par l'image qui nous est renvoyée par « ce corps » déformé mais également par la résonance que cela peut avoir en nous. Leurs limites corporelles étant construites partiellement, elles vont être génératrices d'angoisses. Effectivement comment peut-on être en sécurité, se sentir contenu lorsque l'on peut être intrusé à tout moment par le monde extérieur ?

Winnicott (pédiatre, psychanalyste et psychiatre anglais) quand à lui parle de la notion d'angoisse inimaginable (impensable) ressentie par le nourrisson, elle regroupe des angoisses primitives comme : l'angoisse de morcellement, l'angoisse de chute, l'angoisse de ne pas avoir de relation avec son corps propre, l'angoisse de ne pas avoir d'orientation et l'angoisse d'être isolé sans moyens de communiquer.

Ces angoisses archaïques que l'on retrouve dans le polyhandicap pourraient être assimilées à des états psychotiques de par leurs manifestations. Mais ces états sont une conséquence des troubles neurologiques, moteurs, psychiques et des perturbations de la manière d'être en relation au monde. Ce sont le plus souvent des troubles secondaires.

Les usagers des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) présentent souvent un **défaut de la fonction de pare-excitation**. Ceci se traduit par le fait de se sentir intrusé et submergé par des affluences, excitations internes ou externes. Au début de la vie de l'enfant, la figure maternelle sert de pare-excitation de manière temporaire jusqu'à ce que le moi de l'enfant soit suffisamment solide pour assumer cette fonction. Son but est d'éviter que des stimulations externes trop fortes puissent mettre à mal l'appareil psychique.

On peut retrouver un **défaut dans l'élaboration de la fonction alpha**, pour Bion cette fonction permet de transformer le vécu douloureux et les angoisses de l'enfant (éléments beta) grâce à la mise en mot, en pensée par autrui de ce qu'il est en train de vivre. Ce qui lui est renvoyé l'est de manière pensable et assimilable. La perturbation de cette capacité entraîne une difficulté à penser ce qui est vécu, ressenti par le sujet, ceci pouvant générer des angoisses.

Au sein des MAS, on retrouve également des personnes atteintes d'**autisme**, il y a deux grandes conceptions qui s'opposent la première selon laquelle l'autisme est un handicap et la seconde selon laquelle il ferait partie des pathologies mentales. Mais on peut voir un accord sur l'idée d'un syndrome ayant une origine multifactorielle. L'autisme se présente par une triade de symptômes : altération qualitative de la communication, perturbation qualitative des interactions réciproques et anomalies du comportement et des intérêts.

Certains sujets atteints de polyhandicap peuvent également présenter des **mécanismes du registre autistique et/ou psychotique** cela ne veut pas dire qu'ils sont diagnostiqués comme souffrant d'autisme ou de psychose. Les premiers sont des mécanismes dans lesquels la sensorialité a une place prédominante sur le travail psychique et mental. Chez les personnes souffrant d'autisme on peut même avoir un phénomène d'adhésivité, c'est-à-dire que ces sujets vont être soumis à la sensation soit parce qu'ils sont envahis totalement par leurs sensations soit parce qu'ils investissent la sensation au lieu d'investir le travail psychique qui en découle. Dans les deuxièmes, il s'agit plutôt d'une perturbation au niveau psychique la projection excessive, la force des pulsions débordant les capacités du sujet à les contenir. Le sentiment d'enveloppe dans la psychose est peu développé, les sentiments de soi et de l'autre sont des sentiments précaires. Le fait d'être en présence de l'autre peut temporairement perturber voire anéantir le sentiment de soi, le sentiment que soi et l'autre ne sont pas pareils. Le sujet peut donc craindre une fusion avec l'autre, de perdre son sentiment d'identité et avoir des limites corporelles. Chez les sujets atteints de polyhandicap de par la présence de troubles somatiques et d'une déficience mentale ceci étant sévèrement invalidant dans leur fonctionnement au quotidien ; ils se trouvent dans une situation de dépendance or comment ne pas se sentir dans une sorte d'insécurité continue ? Comment ne pas se sentir « intrusé » par l'autre à certains moments ?

Ces troubles psychiques vont parfois entraîner de l'agressivité, de l'anxiété voire de la dépression chez les personnes souffrant de polyhandicap.

A la vue de l'ampleur et de la diversité des troubles précédemment évoqués, il paraît évident qu'au cours du développement psychomoteur chez les personnes souffrant de polyhandicap, chez les enfants mais également chez les adultes, on retrouve des retards et/ou des troubles majeurs psychomoteurs.

3 – Troubles psychomoteurs

Les principaux troubles que l'on peut observer dans la population adulte souffrant de polyhandicap se situent aux niveaux de la maturation et de la régulation tonique, du schéma corporel mais également de l'image du corps et de l'organisation spatio-temporelle. Leurs constructions lors du développement psychomoteur se trouvent sévèrement mises à mal de par les différents troubles cités précédemment, ceux-ci limitant les capacités d'action du sujet sur son environnement. La qualité mais aussi la quantité des interactions avec le monde extérieur s'en trouvent perturbées.

Les troubles de la **régulation tonique** que l'on retrouve chez les personnes atteintes de polyhandicap sont soit de l'hypotonie soit de l'hypertonie elles peuvent être dues aux déficits moteurs, musculaires mais également à une atteinte neurologique.

On retrouve également des troubles de **l'organisation spatio-temporelle** de par la présence de déficits cognitif et moteur mais aussi par les perturbations concernant l'investissement de leur corps propre. Leur espace est souvent limité de par l'incapacité de se déplacer mais aussi par la difficulté à investir leur propre corps. La notion de temps est perturbée elle aussi : les notions de temps et d'espace sont étroitement liées l'une à l'autre, ce sont des notions qui sont ancrées dans l'expérience du corps. La situation, l'orientation et l'organisation temporelles sont restreintes voire inexistantes.

Dans les troubles psychomoteurs rencontrés au sein du polyhandicap, il y a des troubles du **schéma corporel**. Selon Nasio « *Le schéma corporel est une représentation plus ou moins consciente que l'on a de son propre corps et qui lui sert de se déplacer dans l'espace.* » , de Ajuriaguerra quant à lui dit qu'il est « *édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles* » ; le schéma corporel est donc une construction prenant appui sur les sensations que l'on a de notre corps. Chez les sujets atteints de polyhandicap, cette construction est mise en difficulté de par les troubles de différentes natures présents chez ces personnes. Les atteintes somatiques entraînant des perturbations dans l'appréhension de l'environnement, les atteintes cognitives provoquant des difficultés à apprécier les informations reçues et les atteintes psychiques représentant une entrave supplémentaire à l'élaboration d'un schéma corporel investi à partir des expériences vécues.

L'autre trouble touchant l'investissement du corps propre est le Trouble de **l'image du corps**. L'image du corps est la synthèse de trois modalités selon Dolto : l'image de base renvoie à la notion d'existence, de se sentir exister, l'image fonctionnelle apporte la notion de désir et

l'image érogène où la notion de libido est présente. Elle est en constant remaniement, le regard porté par l'autre sur le corps a également une importance. Dans la situation de personnes souffrant de psychoses déficitaires ou présentant des mécanismes de type psychotique, il apparaît évident que cette image de base dont parle Dolto peut être perturbée voire annihilée temporairement en présence de l'autre et du regard de l'autre. Le sujet atteint de polyhandicap, par la reconnaissance de son existence en tant qu'individu différencié, désirant et sexué permet de lui donner sa place de sujet à part entière.

On peut retrouver de plus une faille au niveau du narcissisme chez les personnes atteintes de polyhandicap. Face à tous ces troubles, ces difficultés à appréhender le monde environnant mais également leur propre corps, elles se trouvent face à une difficulté supplémentaire celle de s'investir de manière positive.

4 – La conséquence de ces troubles : la notion de dépendance à l'autre

L'ensemble des troubles somatiques, psychiques et psychomoteurs a pour conséquence de mettre les personnes souffrant de polyhandicap dans une situation d'extrême dépendance envers l'autre. Mais qu'entend-on par le terme de dépendance ? Un manque d'autonomie ? Autonomie et indépendance sont-ils des termes synonymes ?

L'autonomie dans le langage courant c'est la possibilité de décider, pour un individu sans en référer à un pouvoir central, à une hiérarchie, à une autorité. Et le fait d'être indépendant toujours dans le langage courant serait le fait qu'un individu ne dépende d'aucune autorité.

Dans notre propos l'autonomie correspond à la capacité d'agir et s'auto-organiser selon ses propres choix. De savoir s'adapter aux contraintes de l'environnement, c'est la capacité de pouvoir transférer, en acceptant les contraintes de la dépendance l'individu acquiert une forme d'indépendance relative (l'autonomie). La capacité de transférer des connaissances en s'adaptant ou en construisant quelque chose de nouveau. L'indépendance totale n'existe pas. L'indépendance c'est avoir les moyens de réaliser ses propres choix. Elle découle donc de l'autonomie.

Les personnes atteintes de polyhandicap de par leurs différents troubles, présentent une restriction importante concernant les actions de la vie quotidienne. Elles ont besoin d'une aide constante au quotidien concernant l'alimentation, l'hygiène, les activités ludiques, les activités

cognitives. Leurs journées sont rythmées selon la structure et selon leurs emplois du temps dépendant des soins et des activités.

Les sujets souffrant de polyhandicap de par leur manque d'autonomie se trouvent dans une situation de dépendance vis-à-vis de l'autre. Pour autant certains sujets présents en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) peuvent aménager cette situation en communiquant avec l'environnement extérieur afin de lui faire connaître leurs désirs, ce qui les anime. Sous quelle forme se présente la communication chez les personnes atteintes de polyhandicap ? Ceci nous amène à nous questionner sur la communication en général ainsi qu'auprès de sujets admis en MAS.

E – Conclusion

Le sujet atteint de polyhandicap se trouve dans une situation d'extrême dépendance à l'autre de par la multiplicité et l'intrication de nombreux troubles. Ces troubles l'empêchent d'avoir une action sur le monde environnant, il se trouve dans une position de soumission à l'autre.

Les causes sont nombreuses mais grâce aux progrès médicaux les étiologies post-natales ont diminué. La personne souffrant de polyhandicap a peu de contrôle et de maîtrise sur son corps, sur sa vie. Les troubles retrouvés isolent cette dernière de l'entourage familial, du monde extérieur. L'expérimentation de son corps en action et en relation est donc inévitablement perturbée.

Comme nous avons pu le voir le polyhandicap entraîne une extrême restriction de l'autonomie du sujet par les nombreux troubles touchant différents niveaux.

II – La communication

Dans cette deuxième partie nous allons traiter de la communication en nous questionnant sur ce que nous entendons par ce terme, sur sa forme, sur son évolution au cours du développement de l'enfant et pour finir nous étudierons comment elle se présente au sein de la population atteinte de polyhandicap.

A – Définitions

Dans un premier temps, il est important de définir les différents termes qui sont souvent employés comme synonymes mais qui dans notre propos sont importants à discriminer les uns des autres. Voici les différentes définitions :

- **Communication** : *Action, fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui. Action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un.*
- **Communiquer** : *Faire passer quelque chose d'un objet à un autre, d'une personne à une autre. Donner connaissance, faire partager à quelqu'un : transmettre.*
- **Expression** : *Action d'exprimer quelque chose par le langage ou une technique artistique.*
- **Exprimer** : *Manifester sa pensée, ses impressions par le geste, la parole, l'expression du visage.*
- **Langage** : *Faculté propre à l'homme d'exprimer et de communiquer sa pensée au moyen d'un système de signes vocaux ou graphiques.*
- **Langue** : *Système de signes verbaux propre à une communauté d'individus qui l'utilisent pour s'exprimer et communiquer entre eux.*
- **Parler** : *Manifester, exprimer sa pensée par la parole, communiquer avec quelqu'un.*
- **Parole** : *Faculté de parler, de s'exprimer à l'oral propre à l'être humain.*

Comme on peut le voir à travers toutes ces définitions, la communication renvoie à la notion de partage celui de la connaissance de quelque chose à autrui ; l'expression quant à elle se rapporte à la notion de démonstration de la vie interne du sujet ; le langage fait état d'une capacité de l'Homme à pouvoir communiquer avec d'autres sujets au moyen de symboles (oral et/ou écrit) connus de tous et pour finir la parole renvoie elle aussi à une capacité de l'Homme à pouvoir communiquer de manière orale. On peut regrouper ces quatre termes en deux groupes, d'une part la communication et l'expression et d'autre part le langage et la parole. Le deuxième groupe se rapporte à la fonction symbolique qui est le fait de pouvoir évoquer un signifié (objet, personne, situation) par l'utilisation de signifiant (signe, symbole) oral et/ou écrit de manière différée. La fonction symbolique regroupe l'imitation différée, le jeu symbolique, le dessin, l'image mentale et le langage. Le premier groupe quant à lui ne se réfère pas uniquement à la fonction symbolique étant donné que la communication tout comme l'expression ne sont pas seulement présentes sous un mode verbal.

La fonction symbolique est la capacité à pouvoir évoquer au moyen de signe ou symbole un objet ou une situation absent(e) en créant une différence entre le signifiant et le signifié afin que le premier puisse représenter le second. Or cette fonction dans certaines situations n'est pas acquise selon Piaget : son acquisition se réalise aux environs de 18 mois. Le nourrisson de quelques mois n'a pas acquis cette fonction et pourtant il est capable de communiquer à son environnement familial ses états physiologiques au moyen de cris, de pleurs. La communication peut donc être présente sans que la fonction symbolique soit acquise.

Selon J. Corraze « *Les langages naturels humains ne sont qu'une forme de communication, et toutes les communications ne sont pas des langages.* » ce qui sous entend que la communication ne se résume pas exclusivement aux langages et qu'il n'y a pas un langage universel. On verra également plus tard que l'accès au langage ne signifie pas forcément qu'il y a communication.

Comme nous l'avons dit plus haut la communication verbale n'est pas toutefois pas la seule, on retrouve aussi la communication non-verbale et la communication corporelle.

J. Corraze¹⁰ concernant la communication non-verbale donne la définition suivante : « *On applique le terme de communications non-verbales à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise.* ». Selon lui elle prend appui sur différents supports : le premier est le corps à proprement parlé, le second fait référence aux artifices corporels (vêtements, tatouages, ...), aux artifices

¹⁰ Dans l'ouvrage Les communications non-verbales paru chez PUF en 1994, 4^{ème} édition

environnementaux et à ceux produits par l'Homme et le troisième support concerne l'utilisation de l'espace et des distances entre les individus. Le premier et le troisième supports renvoient respectivement à l'expressivité du sujet et à la théorie de Hall concernant la notion de proxémie.

Le paralangage fait partie des communications non-verbales ayant un lien avec la communication verbale. Selon les auteurs au sens le plus large du terme il regroupe : les modalités de la voix (hauteur, rythme, intensité, ...), les émissions vocales (bâillement, rire, toux, cri,...), les mouvements gestuels qui accompagnent le langage (illustrateur qui demande un apprentissage et soutenant le langage et régulateur permettant à ajuster la communication), et les emblèmes (gestes réalisés en toute conscience et ayant valeur de message, on peut les traduire par des mots). Le paralangage fait partie à la fois de la communication verbale (la prosodie de la voix) et des communications non-verbales, les reliant ainsi l'une à l'autre.

On retrouve également dans les communications non-verbales les expressions affectives qui sont des phénomènes biologiques ayant acquis une valeur de communication comme les rougeurs faciales représentant une gêne, ainsi que les gestes adaptateurs ce sont des activités réalisées par habitude ou répondant à un besoin (exemple : faire tourner sa bague, se gratter le cou) ils augmentent en cas d'anxiété. Les expressions affectives nous amènent à l'idée de la communication corporelle selon laquelle on peut faire un parallèle avec la communication au sein du monde animal. Mais qu'entend-on par communication corporelle ?

Ballouard propose le terme de « communications corporelles » en raison de la place nouvelle occupée par le corps dans notre époque et culture. Les communications corporelles regroupent les différentes productions corporelles inconscientes ou conscientes.

Le terme de « langage corporel » ou de « langage du corps » ne nous paraît pas avoir sa place dans notre propos le langage faisant référence à une construction codifiée toutefois les productions corporelles ne peuvent être assimilées à ce type de structure.

La communication et les moyens de communication sont omniprésents dans notre culture et notre époque selon lesquelles on ne peut pas ne pas communiquer. Derrière ce terme chacun peut y mettre des notions différentes.

La communication ne peut être réduite à une transmission d'information(s) ou à une simple interaction sociale entre deux personnes (au moins). La transmission d'une information en elle-même ne suffit pas à établir une communication entre deux individus. Par exemple si deux personnes ne parlent la même langue et disposent de codes différents lors d'un échange verbal, sans le sens donné par le destinataire de l'information au message reçu celui-ci ne pourra avoir une valeur de communication. Une interaction sociale peut ne pas délivrer une information ayant une valeur de communication. Par exemple, certaines productions corporelles n'ont pas

valeur de communication en soi mais leurs apparitions quand à elles peuvent transmettre une information ayant valeur de communication. De ce fait, tout comportement, information, phénomène n'est pas de la communication. Comme l'écrit J. Beaudichon en 1999, « *la communication implique une information, souvent une interaction, mais que l'implication inverse n'est pas forcément vraie* ».

Dans le monde environnant, les sources d'informations sont nombreuses et présentes de manière continue au quotidien. Chaque situation, évènement a la potentialité de fournir une information dans la mesure où quelqu'un est en capacité de pouvoir extraire les informations signifiantes de cette situation.

La communication est le fait de « donner connaissance, faire partager à quelqu'un » « être en relation avec quelqu'un » et la communication est « l'action, fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui » et la relation étant « le lien existant entre des choses, des personnes ». La communication n'est donc pas le reflet seulement de la possibilité d'avoir accès ou non au langage oral. Elle ne se restreint pas uniquement au langage parlé, elle sert avant tout à établir une relation avec autrui, à la transmission d'une information, d'un message, d'une émotion mais elle a aussi pour but d'obtenir un effet sur la personne recevant le message.

Elle est basée selon un schéma où un émetteur transmet un message avec une intention précise à un récepteur qui, lui reçoit l'information qui sera teintée par sa propre subjectivité. Ce dernier fera un retour à l'émetteur ce que l'on appelle feedback et qui peut prendre plusieurs formes.

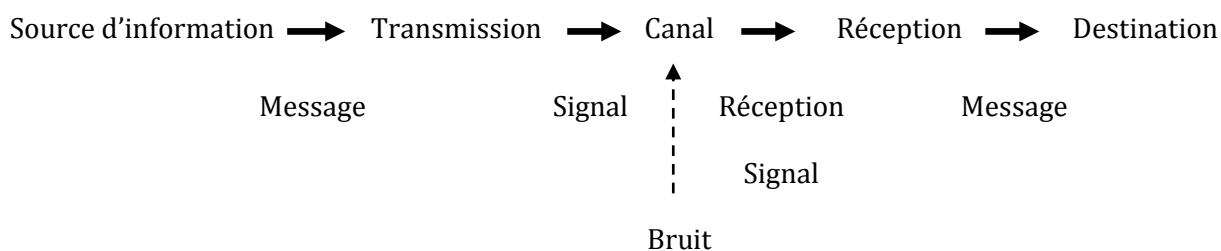
B – Théories et modèles de la communication

Les théories et les modèles de la communication sont aussi nombreux que le nombre de professions qui ont cherché à la théoriser. Nous allons en étudier quelques unes d'entre elles.

- **Modèle de Shannon et Weaver**

Il s'agit d'un modèle publié en 1949 dans « A Mathematical Theory of Communication », il s'agit d'une théorie mathématique de la communication mettant en jeu une source d'information l'émetteur, une transmission qui consiste à l'encodage du message, une réception du message avec un phénomène de décodage de ce dernier et une destination de l'information le

récepteur. Cela s'effectue par le biais d'un canal, dans leur article il s'agit du téléphone de Bell, le message sera transmis et reçu selon ce même canal.

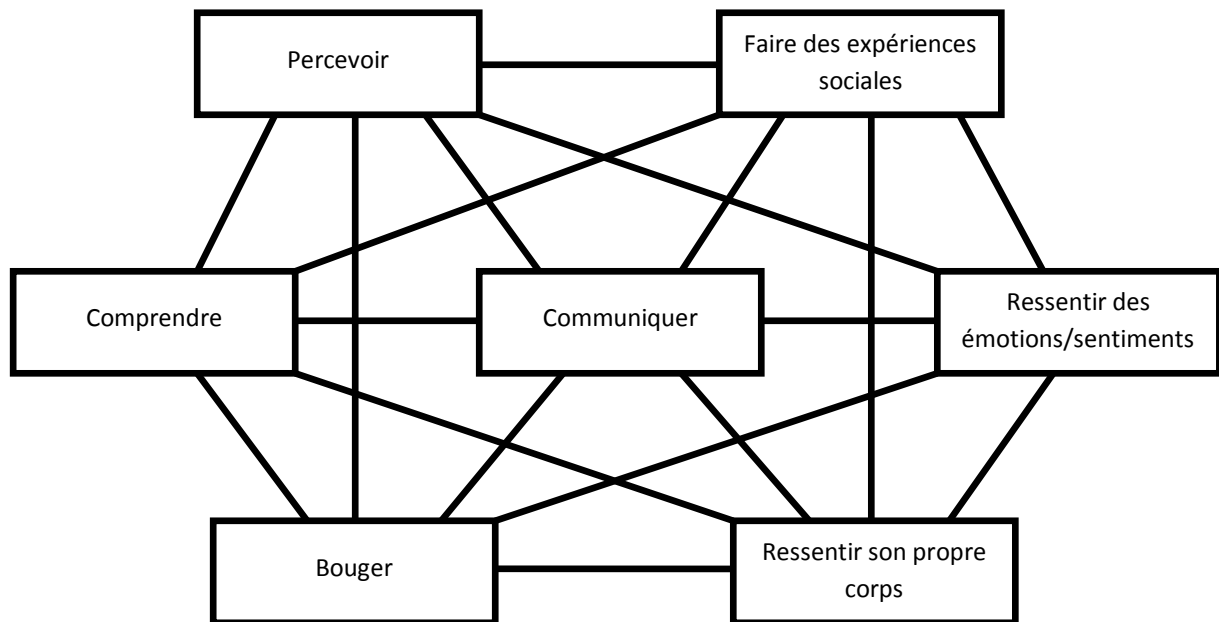


Ce modèle fut repris dans diverses théories sur la communication, son application est plus simple à établir dans la communication entre deux personnes qu'au sein d'un groupe où dans ce cas de figure les sources d'informations, les canaux, les destinations sont multiples. A partir du schéma ci-dessus on peut voir apparaître la notion de bruit pouvant perturber le signal émis ou le signal reçu, sa résolution pouvant permettre une communication facilitée entre deux protagonistes. Ce modèle ne tient pas compte d'un possible retour du récepteur du message confirmant ou infirmant que celui-ci a été décodé, l'émetteur est actif et le destinataire passif, or la communication verbale entre deux ou plusieurs individus est bien plus qu'une simple émission d'information.

- **Modèle de Fröhlich**

Dans l'article « Une approche globale de la communication des personnes ayant un handicap mental profond » publié en 1995, A. Fröhlich place la communication au centre d'un système regroupant les différents domaines du développement.

Dans ce schéma concernant la globalité du développement, il n'y a pas de hiérarchie entre ces domaines, il s'agit de traduire l'interdépendance entre ceux-ci. Ici communiquer occupe la place centrale mais chacun de ces domaines peut l'occuper en fonction de la situation dans laquelle se trouve le sujet. On peut voir le lien entre la communication et le développement affectif dans ce schéma.



- **Ecole de Palo Alto**

L'école de Palo Alto fondée par G. Bateson considère l'interaction des éléments entre eux. Le postulat de cette école est qu'il est impossible de ne pas communiquer. Elle est fondée selon quatre principes, le premier est que la communication possède deux niveaux de sens le contenu du message et la relation entre les individus, le second selon lequel un message comporte un mode digital concernant les codes linguistiques et un mode analogique concernant la gestualité des interlocuteurs, le troisième concerne la ponctuation des échanges par les interlocuteurs afin de maintenir la communication et le quatrième est la notion de méta-communication où lors d'échanges chaque individu va analyser sa propre émission en plus de celle des autres.

La communication n'a de sens que reliée à un contexte. Bateson va apporter la notion de « double bind » il s'agit d'un message présentant en même temps une obligation et une interdiction (l'« injonction paradoxale »). C'est une situation dans laquelle aucun comportement n'est adapté pour répondre à l'une ou bien à l'autre. Ces théories ont permis la naissance des thérapies familiales systémiques, les thérapies brèves et la programmation neurolinguistique.

Chacun de ces modèles apporte des notions se complétant les unes et les autres, le modèle de Shannon et Weaver apporte une forme à la communication avec les notions

d'encodage, de décodage, de canal. Fröhlich quant à lui relie la communication au développement affectif et parle d'interdépendance. L'école de Palo Alto expose les niveaux et les modes présents au sein d'un message et place tout comportement comme un comportement ayant valeur de communication.

La communication se construit cependant elle ne se limite pas à la forme verbale comme nous avons pu le voir précédemment. Au cours de son développement, le nourrisson et ensuite l'enfant va communiquer par différente modalité avec son entourage. Pour C-H. Lee c'est par le « *jeu de cryptage/décryptage* » que va s'établir un espace de partage entre les interlocuteurs et le sentiment d'appartenance à un groupe. Permettant une connivence entre les individus du groupe et de créer une « *zone d'exclusion sociale* » envers ceux qui n'en font pas partie. Il est donc important pour l'enfant d'acquérir ces capacités pour pouvoir s'inscrire dans la société.

C – Dialogue tonique et communication verbale chez l'enfant

1 – Dialogue tonique ou tonico-émotionnel

Comme nous l'avons dit précédemment le langage ne fait pas la communication et inversement la communication n'est pas seulement du langage. La communication verbale est un outil servant à communiquer.

La communication est présente avant l'accès au langage, elle va s'établir à partir du corps au travers du tonus on parlera de communication corporelle. Le tonus est une dimension importante chez l'homme, il traduit l'articulation entre le physiologique et l'affectivité, il permet également l'activité motrice et l'expression de la vie émotionnelle du sujet. Le tonus se trouve à la base du mouvement et de la posture, il assure plusieurs fonctions antigravitaire, parexcitation, d'autoconservation (hypertonie d'enroulement ayant valeur de protection) et communicative (hypertonie d'appel chez le nourrisson). Il traduit la maturation neurologique chez le nouveau-né avec la présence puis par la disparition des réflexes archaïques (certains réapparaîtront sous la forme de comportement volontaire).

Pour Wallon, le tonus musculaire se trouve à l'intersection des fonctions motrices, de la pensée et des fonctions affectives. Ce dialogue s'établissant entre l'enfant et sa mère au travers du tonus exprime l'intelligence. Le tonus est impliqué dans deux fonctions fondamentales dans la constitution de la vie affective avec les émotions d'une part et va permettre la constitution de

l'image mentale d'autre part avec la motricité et les fonctions sensorielles (vue et la sensibilité interne).

J. de Ajuriaguerra quant à lui reprendra cette notion et parlera de dialogue tonique ou tonico-émotionnel. Pour lui ce dialogue regroupe différentes composantes : les modifications toniques (fines ou généralisées), les réactions de prestances, les mimiques, les attitudes corporelles et l'activité motrice. [Pireyre, E. 2011]

Dans les premiers mois de vie, le nourrisson communique avec sa mère (ou figure maternelle) par le biais du dialogue tonico-émotionnel son instauration est naturelle et spontanée. L'enfant va envoyer des signaux auxquels sa mère va apporter un sens. A la naissance, le bébé est dans une situation d'extrême dépendance à l'autre concernant ses besoins vitaux ceux-ci vont s'exprimer par les modifications de tension musculaire cette dernière augmentant. La satisfaction de ces besoins va permettre la diminution de l'état de tension musculaire de l'enfant qui retrouve son hypotonie d'apaisement.

Le dialogue tonique ne concerne pas la seule satisfaction des besoins physiologiques mais également les besoins psychiques. F. Boscaini en distingue trois : le besoin de compréhension et de contenance, le besoin de nouvelles connaissances et le besoin de symboliser les expériences. Le besoin de compréhension et de contenance par la régularité et la rythmicité des expériences permet à l'enfant de remobiliser des émotions vécues par le passé en lien avec le tonus (lors de l'alimentation par exemple l'apaisement dû à la prise de nourriture en lien avec le portage). Le besoin de nouvelles connaissances va permettre l'apport d'émotions nouvelles éprouvées seul amenant des variations dans la temporalité dans laquelle se trouve l'enfant. Le besoin de symboliser les expériences va permettre l'accès au symbolique et à penser seul par l'éloignement de la figure maternelle.

Le dialogue tonico-émotionnel s'élabore dans une fusion affective primitive entre le nourrisson et la figure maternelle, l'enfant ne maîtrisant pas sa motricité, la mère va se montrer attentive aux comportements de son enfant et répondra comme s'ils étaient intentionnels et avaient valeur de sens (ce qu'elle va lui apporter) ; peu à peu, l'enfant par la maturation de son tonus selon les lois céphalo-caudale et proximo-distale va avoir une certaine maîtrise de son tonus et de ses postures. Il pourra de ce fait mettre en place certaines de celles-ci volontairement afin d'agir sur le comportement maternel quand il va pouvoir associer que certaines postures et certains états toniques correspondent à l'arrivée de la mère par exemple. Il va s'en servir peu à peu comme moyen d'appel. C'est cette modification de la tension musculaire qui aura valeur de communication pour la mère, qui va lui donner un sens.

Le dialogue tonico-émotionnel demande un ajustement postural interactif entre les deux acteurs (mère et enfant), une interaction entre les postures de la mère et de l'enfant, une

relation tonique, la transmission d'émotions, de l'écoute, de la compréhension de ce que vit l'enfant par la mère tout cela pris au sein d'une relation, d'une interrelation mère-enfant. Le dialogue tonique par la satisfaction des besoins physiologiques et psychiques va soutenir l'attachement entre la mère et son enfant selon Bowlby. On peut l'évaluer selon cinq critères : la solidité du portage, l'échange de sourire, le contact chaleureux, la douceur du contact et les interactions lors de la tétée.

Les mots mis sur ces comportements vont permettre à l'enfant de se différencier et de quitter cette fusion affective primitive amenant le désir de communiquer. La figure maternelle va servir de support au besoin de communication du nourrisson. Ce dernier va s'étayer dans un premier temps sur l'appareil de penser de sa mère avant de pouvoir le faire seul. Au travers de cette relation mère-enfant, au sein du dialogue tonico-émotionnel va émerger le sentiment d'empathie chez l'enfant, notion essentielle à la communication.

Les possibilités motrices de l'enfant vont remettre en question cette communication corporelle et va mettre en avant la communication verbale, par la séparation des corps de la mère et de l'enfant. La distanciation amène à mettre en place une nouvelle forme de communication. Le dialogue tonico-émotionnel n'est pas pour autant voué à disparaître, il persiste dans les gestes de tendresse, de recherche de réconfort, la gestualité. « *Le dialogue tonique persiste aussi dans le langage verbal, dans la qualité de l'articulation de la parole qui conserve plusieurs aspects non-verbaux* » selon F. Boscaini.

Stern apporte quant à lui la notion d'accordage affectif (harmonisation affective) entre la mère et l'enfant où les affects vont être l'objet de la communication entre les deux partenaires ; la mère harmonise sa prosodie aux comportements de l'enfant. Selon Brazelton, le nourrisson possède une connaissance préformée à percevoir les caractéristiques des êtres humains lui permettant ainsi de décoder les états émotionnels de la figure maternelle.

2 – Communication verbale : son développement chez l'enfant

La communication verbale est un outil de socialisation et de cognition régulant les interactions entre et au sein des groupes sociaux. On peut distinguer deux phases dans son développement une phase prélinguistique et une phase linguistique.

La phase prélinguistique se situe entre 0 et 12/18 mois, dans les premiers temps le nourrisson va émettre des cris et des pleurs. Va ensuite apparaître le babillage où l'enfant va essayer de produire des sons, ces productions sont involontaires dans un premier temps avant de devenir volontaires. Entre 0 et 6/7 mois il s'agit d'un babillage pendant lequel l'enfant va émettre des vagissements (1^{er} mois), vocalises (2^{ème} mois), gazouillis (3/4 mois), lallations (5/6 mois). A partir du 7^{ème} mois, vont commencer à apparaître des syllabes pour arriver vers 12 mois à la prononciation de quelques mots-phrases.

Entre 0 et 6/7 mois, l'enfant est dans un exercice phonatoire et auditif de ses propres productions qui se trouve être très jubilatoire pour lui. Vers 4/6 mois, l'enfant va commencer à montrer de l'intérêt pour son prénom. A partir de 7 mois, les caractéristiques de la langue maternelle vont commencer à faire leur apparition au sein du babillage de l'enfant. Peu à peu, des phonèmes vont être reconnaissables, vont également apparaître les notions d'attention conjointe et de pointage (geste préverbal) qui sont des notions importantes dans la communication. A 18 mois, il va se produire une explosion lexicale pendant laquelle l'enfant va apprendre, produire de nombreux nouveaux mots par jour.

La phase linguistique va débiter avec l'apparition du premier mot, entre 12 et 18 mois il s'agit de mots isolés présentant une signification dans une situation précise. A 18 mois survient le « non » qui pour Spitz est le troisième organisateur permettant à l'enfant de s'opposer et ouvrant vers la communication humaine. Vers deux ans, les premières phrases vont faire leur apparition correspondant à la combinaison de deux mots, un enrichissement du langage a également lieu. Entre 2-3 et 5 ans, l'enfant va acquérir la syntaxe (affirmation, négation, interrogation et relations entre les mots) ; le « je » naît vers 3 ans où l'enfant se perçoit comme une personne distincte. A partir de 3 ans, on constate un enrichissement du vocabulaire et un perfectionnement de la syntaxe.

Au cours de la phase linguistique existent deux périodes le langage implicite avec les mots isolés et le langage explicite avec l'acquisition de la syntaxe et du vocabulaire.

Le développement de la communication verbale est perturbé chez les personnes souffrant de polyhandicap. Comment peut-elle se présenter lorsque le langage oral est acquis ? Quand le langage oral est absent, comment se traduit la communication chez les personnes atteintes de polyhandicap ?

D – Communication et polyhandicap

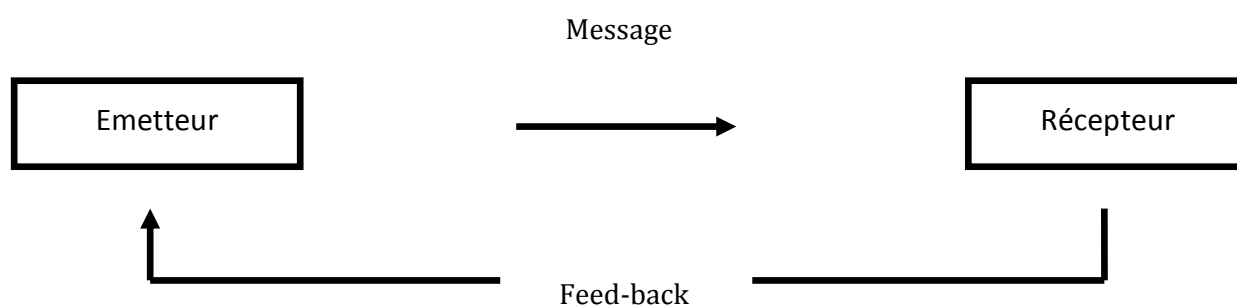
A la vue des troubles présents dans le polyhandicap ainsi que ceux qui y sont associés, l'accès au langage est souvent compromis. Il est le plus souvent absent ou alors lorsqu'il est présent il est stéréotypé et pauvre.

Chez les personnes atteintes de polyhandicap, on peut constater un repli social important, la motricité est perturbée rendant l'interprétation des gestes difficile et la déficience mentale perturbe l'accès au symbolisme. Leurs corps ne renvoyant pas les signaux habituels, leur reconnaissance est difficile. De la situation de dépendance découle une situation fusionnelle (avec la famille, les professionnels) au sein de laquelle ne peut s'établir la communication.

Du développement de la cognition dépendra la possibilité à communiquer. Les personnes admises en Maison d'Accueil Spécialisée présentent des troubles de la communication découlant de la perturbation de leur tonus et de leur posture, de l'accès à une pensée symbolique et fantasmatique, mais également de la pauvreté de leurs expressions et de leurs mimiques, de leur difficulté à exprimer les notions de plaisir et de déplaisir sans oublier que la douleur et la souffrance ressenties vont troubler voire inhiber la communication. Toutes ces difficultés vont modifier les codes linguistiques auxquels nous sommes habitués.

Les troubles du langage et de la communication que l'on rencontre en Maison d'Accueil Spécialisée sont divers : une absence de langage ou un langage pauvre et stéréotypé, difficultés de phonations, d'articulation, des problèmes de compréhension, de réception du message reçu, des perturbations motrices et toniques ainsi que des impossibilités psychiques dues à des problèmes à entrer en interaction avec l'autre.

Tous ces troubles peuvent perturber le schéma de communication le plus simple à différents niveaux.



On peut retrouver des perturbations concernant : l'émetteur ou l'émission (difficultés de phonation et d'articulation, déficience mentale), le message en lui-même (le code utilisé n'est pas le même pour les individus en interaction, le message n'est pas clair, degrés d'humour, d'abstraction), le récepteur ou la réception (déficience mentale, difficulté de compréhension) et le retour de ce qui a été compris par le récepteur (absence de réponse).

Auprès de personnes présentant des troubles à expression multiple, il est important dans un premier temps d'évaluer leurs capacités communicatives quelles qu'elles soient leurs capacités à entrer en interaction avec l'autre mais également leurs comportements ayant valeur de communication. Il est important de connaître également le niveau de compréhension du sujet mais aussi son niveau d'expression : peut-il désigner, exprimer ses émotions, exprimer ses choix ? Son attitude facilite-t-elle la communication ou au contraire l'empêche-t-elle ? Le sujet est-il capable d'émettre des cris, vocalises, bruitages, mots isolés, mots phrases ? La nuance et la variation sont-elles possibles ? Ce sont autant de questions auxquelles il est important de pouvoir apporter une réponse pour que les professionnels puissent communiquer avec la personne afin de lui proposer une aide personnalisée et individualisée.

Il est important de créer une cohérence dans les réponses apportées aux personnes souffrant de polyhandicap, mais le nombre de professionnels ne rend pas cette tâche aisée, étant donné qu'il y a autant de communications que de personnes. La déficience mentale empêche la différenciation de ce qui est d'ordre de la règle « universelle » en communication et de ce qui est de l'ordre du cas de figure.

Les communications en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) sont le plus souvent unilatérales. Il est essentiel pour les professionnels de communiquer avec les personnes souffrant de polyhandicap selon plusieurs modes sans pour autant les submerger afin de pouvoir établir quel est le mode de communication le plus adapté.

Les résidents des MAS, de façon globale, ont bien intégré le « non » qui va instaurer un cadre sécurisant mais également permettre de mettre fin à des comportements circulaires dont ils ne peuvent se sortir sans la présence de l'autre. Lorsque le sens n'est pas compris, la prosodie, l'intonation peuvent être saisies par la personne.

E – Conclusion

Comme nous avons pu le voir plus haut la communication n'est pas simple à définir, nous vous proposons donc notre définition de ce terme.

La communication ne peut pas être réduite à la seule communication verbale, celle-ci excluant bon nombre de sujets (nourrisson, personnes souffrant de déficience mentale). La communication est plurielle et présente plusieurs domaines d'expression verbal, non-verbal, corporel.

La communication non-verbale regroupe la communication corporelle et le paralangage. La communication non-verbale est l'ensemble des moyens de communications n'ayant pas recours au langage et signes non-sonores. A l'inverse, la communication verbale désigne tout mode de communication ayant recours à un code linguistique connu des interlocuteurs. Cependant pour qu'il y ait communication, il faut qu'il y ait une intention de la part de l'émetteur.

La communication au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée est présente et peut prendre des formes variées mais en règle générale elle est perturbée dans la quantité (langage pauvre) et/ou dans sa qualité (stéréotypies, écholalies).

Les théories et les modèles de communication sont nombreux et ont tous un intérêt, cependant, dans un lieu de soins et de vie comme les MAS, le modèle le plus simple se présente être le plus adapté.

La communication est une transmission d'information, ayant lieu au sein d'une relation mettant en jeu au moins deux personnes, le caractère intentionnel n'est pas le plus significatif il est important qu'un sens soit donné par le récepteur de cette information qu'elle soit intentionnelle ou non. Le récepteur en donnant sens aux émissions reçues, pouvant provenir de différents canaux sensoriels, leur donne une valeur de communication. Il s'agit d'un positionnement éthique afin de placer l'autre en tant que sujet existant et capable, ce qui est une des spécificités du travail en Maison d'Accueil Spécialisée.

III La psychomotricité en Maison d'Accueil Spécialisée

Nous allons dans un premier temps définir la psychomotricité, ensuite nous traiterons de la communication en psychomotricité de façon générale puis pour finir la communication en psychomotricité auprès des personnes atteintes de polyhandicap.

A – Qu'est ce que la psychomotricité ?

1 – Historique

La psychomotricité est une profession paramédicale, ayant un statut d'auxiliaire médical acquis en 1995. Elle occupe une place singulière qui se trouve à la dichotomie soma/psyché. Le paradigme de base de la psychomotricité est selon D. Grabot « *le développement et le fonctionnement humains comprennent trois volets absolument indissociables et en permanente interaction : la motricité, les sensations et les représentations.* »

Nous allons faire une présentation succincte des différentes étapes dans l'histoire qui ont permis la conception de ce paradigme de base de la psychomotricité cité plus haut.

Au début du XIXème siècle, un enfant est trouvé dans l'Aveyron, **Victor de l'Aveyron**, enfant privé d'éducation humaine il ne parle pas et a des gestes désordonnés. Il ne présente ni maladie ni malformation mais un trouble de la marche, de la communication et des difficultés caractéristiques des troubles psychomoteurs. Ce fait permet de poser un des principes de base de la psychomotricité qui est qu'un milieu doit être suffisamment sécurisant et stimulant afin qu'un enfant ayant tout l'équipement normal puisse avoir un développement harmonieux.

Un autre moment clé est la **naissance du mot « psychomoteur »** en 1843 utilisé pour la première fois par W. Griesinger (médecin allemand) dans la description de l'hypotonie du déprimé. Son utilisation deviendra fréquente par la suite afin de « *décrire les effets moteurs de troubles d'origines psychiques* » [D. Grabot, *Deux cents ans d'histoire* ; 2013]. Spielmann parle d'appareil psychomoteur en 1855, en 1863 Müller décrit les névroses psychomotrices, Meynert (neuropsychiatre allemand) en 1869 traite de la mécanique psychomotrice dans son enseignement suivi par Freud (psychanalyste allemand).

Le troisième temps important correspond à la description du **syndrome de débilité motrice** défini par Dupré élève de Charcot (psychiatre et neurologue français) en 1909 unissant anomalies psychiques et anomalies motrices.

La quatrième étape rassemble plusieurs éléments soutenant ce paradigme de base, le premier est le **syndrome d'hospitalisme**¹¹ décrit en 1945 Spitz (psychiatre et psychanalyste américain). Ces travaux démontrent que la seule satisfaction des besoins somatiques n'est pas suffisante pour le développement, l'équilibre voire la survie de l'enfant, il a également besoin d'affection. Les travaux ayant pour objet d'étude les traumatismes de séparation ont servi de point d'appui pour les théories de l'attachement (Bowlby, Ainsworth et Main), les liens précoces d'attachement sont une condition au bon développement de l'enfant. La deuxième preuve est la découverte de la **plasticité cérébrale**, c'est la capacité que possède le cerveau à pouvoir modifier l'organisation des réseaux neuronaux en fonction des expériences vécues par le sujet. Elle est à la base des processus d'apprentissage et de la capacité de compensation des fonctions à la suite d'une lésion cérébrale du sujet.. Selon Piaget (psychologue, biologiste suisse) **l'intelligence se construit dans l'action** de l'enfant sur son environnement ceci étant le troisième élément étayant ce paradigme. Il théoriser les stades de développement de l'enfant correspondant à des capacités cognitives spécifiques. Ceci démontre que par son action sur le monde le sujet peut apprendre. Le dernier élément traite du tonus et plus particulièrement du **dialogue tonique** théorisé par Wallon (psychologue, neuropsychiatre français) il va établir le lien entre les émotions, le mouvement, l'intelligence et le tonus. Cette théorie sera reprise par J. De Ajuriaguerra (psychologue, neurologue, psychiatre, psychanalyste français d'origine basque espagnole) qui, quant à lui, parlera de dialogue tonico-émotionnel entre la mère et l'enfant. Ce dialogue tonico-émotionnel est l'un des moyens dont le psychomotricien dispose et auquel il se montre très attentif.

Au sein de l'hôpital Henri Rousselle, unité de l'hôpital Sainte-Anne à Paris. J. de Ajuriaguerra avec ses collaborateurs (Auzias, Baruck, Bergès, Diatkine, Lebovici, Stambach, Soubiran et Zazzo) chacun entre eux apportant ses savoirs, vont animer un groupe de recherche ayant pour objet d'étude le développement de l'enfant et plus particulièrement sur les troubles psychomoteurs. En 1959 avec G. Soubiran il écrit « *Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile* ». Dans une salle organisée selon les demandes d'Ajuriaguerra, G. Soubiran exerce, à partir de 1950 une thérapie à l'origine de la psychomotricité exercée de nos jours.

Nous allons terminer cet historique avec les différentes dates réglementant la pratique et l'exercice de la psychomotricité. En 1963, l'Etat crée un certificat de capacité en rééducation

¹¹ Qu'il définit comme « *l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les 18 premiers mois de la vie.* ».

psychomotrice ceci reconnaissant la validation de l'enseignement reçu. En 1968, G. Soubiran ouvre l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice à Paris, une scission a lieu au sein de la formation. En 1974, une nouvelle profession va voir le jour avec la création du diplôme d'Etat de psycho-rééducateur. Les psycho-rééducateurs changent de nom et deviennent psychomotriciens en 1985. En 1988 un décret d'acte va définir l'exercice de la profession et les psychomotriciens obtiennent le statut d'auxiliaire de la médecine en 1995.

En conclusion, la psychomotricité n'est pas si récente que l'on peut le penser, au fil de cette présentation on peut s'apercevoir que c'est une profession qui fait la synthèse de bons nombres de disciplines médicales ou non. Mais qu'en est-il « vraiment » de la psychomotricité ? Qu'entend-on par ce terme ?

2 – Définition, approche et travail en psychomotricité

La psychomotricité a une vision globale du sujet, ne s'arrêtant pas au somatique ou au psychisme. Selon C. Potel la psychomotricité n'est pas une théorie mais un dispositif, une pratique considérant « *le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire.* » on peut élargir son propos à l'individu sujet en lui-même et non seulement au corps du sujet.

Comme nous l'avons dit plus haut la psychomotricité est une profession paramédicale, qui intervient sur prescription médicale aussi bien en milieu privé que libéral. Les détenteurs du Diplôme d'Etat de Psychomotricité peuvent intervenir auprès de tout type de population, de la prématurité jusqu'en soin palliatif. Il s'agit de professionnels experts du développement psychomoteur de l'enfant.

En psychomotricité il existe cinq axes : le dépistage, la prévention, le diagnostic, la rééducation et l'accompagnement du sujet dans sa liaison entre soma et psyché. Cette indissociabilité est le principe même de notre pratique. Julian de Ajuriaguerra va donner une définition précise des troubles psychomoteurs ainsi que de leurs traitements.

C'est une profession se trouvant au carrefour de plusieurs disciplines (anatomie, physiologie, psychologie, psychanalyse, phénoménologie et philosophie) dont elle fait la synthèse afin de pouvoir appréhender le sujet de manière globale et dans sa manière d'être au monde et en relation avec son corps et son environnement. La phénoménologie a permis l'apport de la notion d'intentionnalité et l'analyse du membre fantôme selon Merleau-Ponty (philosophe français). La psychanalyse quant à elle nous a apporté les notions de jeu utilisées par M. Klein (psychanalyste britannique d'origine autrichienne) comme technique de

psychanalyse auprès des enfants, d'objet et d'espace transitionnel, d'image du corps ainsi que les théories sur l'inconscient.

La psychomotricité est une pratique vaste et riche possédant trois champs d'action qui sont en étroite relation : l'éducation, la rééducation et la thérapie psychomotrice. Chacun d'entre eux a des objectifs différents : l'éducation a un rôle de soutien et d'accompagnement d'un développement harmonieux permettant l'intégration des fonctions instrumentales, cognitives et symboliques. La rééducation a pour objectif la disparition d'un symptôme et la thérapie vise à établir ou rétablir un équilibre psychocorporel, l'articulation entre le psychisme et le somatique.

La spécificité de la psychomotricité est sa médiation : le corps du sujet, l'action en relation. Les techniques utilisées en psychomotricité sont nombreuses et variées, les corps du patient et du thérapeute sont mis en interaction. Ce sont des techniques d'approche et d'expression corporelle, de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, des activités rythmiques, de coordination, d'équilibration. La pratique psychomotrice est plurielle puisque dépendant du thérapeute et du sujet rencontré mais singulière car partant d'un parti pris celui de la rencontre avec le sujet.

C'est un travail de collaboration où le sujet est actif, l'objectif est de permettre une meilleure adaptation du sujet au monde ainsi qu'un meilleur investissement de sa corporéité. Chaque prise en soin est individualisée, il s'agit de la rencontre entre le sujet et le psychomotricien, chaque rencontre est singulière et met en jeu les notions de transfert et de contre-transfert celles-ci sont différentes en fonction des personnalités de chaque individu et de ce qui peut se jouer au sein de chaque relation établie.

L'approche en psychomotricité consiste par des techniques d'approche et d'expression corporelle. La communication pour autant est présente en psychomotricité, un travail autour de la symbolisation est réalisé.

B – Communication et psychomotricité

Comme nous l'avons vu précédemment, la psychomotricité est une profession possédant un large champ d'action et dont le support principal est le corps du sujet mais elle ne laisse pas pour autant la communication de côté. Celle-ci occupe une place importante dans notre pratique, en particulier de la communication non-verbale dont le dialogue tonico-émotionnel.

Le jeu possède une valeur de communication, il permet à l'enfant d'exprimer son monde interne. Pour Fabien Joly le jeu est un travail, il peut se présenter selon différents stades (jeu d'exercice, symbolique, de construction et jeu de règles) qui sont dépendants du développement du sujet. Winnicott différencie deux types de jeu le premier le game est l'équivalent d'un jeu de règle par exemple le jeu de l'oie et le second le play est le jeu en lui-même en tant que libre expression de soi. Le play inclut une dimension créative que l'on ne retrouve pas dans le game. Le playing est un processus de création et de transformation ludique qui s'élabore au sein du play. Pour lui le jeu est un espace de rencontre entre le sujet et le thérapeute où deux aires de créativité se côtoient. Le jeu va mobiliser les sensations, les affects, les émotions et l'imaginaire du sujet. Il va permettre le passage entre le vécu brut et la transformation symbolique. Le jeu a également pour rôle de permettre à l'enfant de maîtriser ses angoisses et de supporter ses frustrations. Le jeu peut également agir de façon positive sur le plan narcissique du sujet.

Le psychomotricien va se montrer attentif à plusieurs informations provenant du corps du sujet. **Le tonus** est une dimension fondamentale chez l'être humain, il est l'articulation entre le plan physiologique et le plan affectif. Le dialogue tonico-émotionnel donne des informations sur l'état émotionnel du sujet par la variation, la modification de son niveau de tension. Le tonus est l'expression au niveau somatique de la vie émotionnelle et affective du sujet. Il est en lien avec la posture du sujet, les dysharmonies toniques vont entraîner des postures singulières. Il est à la base du mouvement et du maintien de la posture, de plus il est en lien avec l'histoire du sujet, il a un rôle équivalent à la notion de mécanisme de défense (notion de cuirasse tonique).

Une autre forme de communication non-verbale importante est à prendre en compte dans le cadre des interactions sociales : les réactions de prestance et les réactions de contenance. Elles traduisent l'inéquation de l'adaptation relationnelle aussi bien au niveau tonique et/ou moteur, qu'au niveau de la gestualité et/ou des mimiques. Elles vont être l'expression d'un mal-être dans la relation à l'autre. Au travers du tonus et de la posture des informations peuvent être véhiculées sans que le sujet en ait forcément conscience.

L'investissement de l'espace a également une signification dans l'échange entre deux personnes, la proxémie (notion développée par Hall) est l'étude des distances dans les relations interpersonnelles entre deux interlocuteurs. Il mettra en avant que selon les cultures les distances interpersonnelles varient ainsi que l'aire de sécurité individuelle, qui, lorsqu'elle est intrusée peut mettre mal à l'aise le sujet. Selon les relations qui sont établies entre des individus, on peut distinguer quatre types de distances interpersonnelles : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique. Ces distances vont se modifier selon le type de relation établie entre deux interlocuteurs.

Au niveau du visage, le regard et les mimiques ont également un rôle dans la communication. Les mimiques et les expressions du visage traduisent les états émotionnels du sujet et ont une valeur d'information. Elles peuvent également induire le rapprochement par exemple le sourire ou au contraire induire l'éloignement par exemple les sourcils froncés. Le regard quand à lui a une valeur de message d'appel ou de refus, la relation peut être coupée par le regard comme on peut le rencontrer dans l'autisme où le regard est transperçant ou fuyant. Le toucher et l'odorat peuvent également induire l'appel ou bien le rejet, une forte odeur corporelle, de transpiration ou de mauvaise haleine par exemple peut entraîner une distanciation entre les interlocuteurs. Il en va de même pour le tact, le fait de toucher ou d'être touché par quelqu'un n'est pas anodin, le toucher ne peut être neutre et donc il peut être vécu comme trop insistant ou bien comme enveloppant.

Les gestes parasites, les bruits du corps, le paralangage, la démarche, l'attitude générale du sujet sont autant de vecteurs de communication dès lors qu'une personne va s'y montrer attentive et va leur donner valeur de message. De par sa formation, le psychomotricien est apte à les repérer et de les mettre en lien avec les dires du sujet, ils peuvent se corroborer ou bien se contredire. Lorsqu'ils se contredisent, il est important de pouvoir de le considérer non comme une erreur mais comme une information. Le psychomotricien doit également être attentif à sa propre communication non-verbale ainsi qu'aux mots qu'il emploie.

La communication verbale est également présente en psychomotricité, elle permet pour le sujet ou sa famille de formuler la demande, de fixer les règles, le cadre et le projet thérapeutique. Elle occupe une place importante pendant les séances lors de l'explication des consignes, du déroulement de la séance.

La parole du psychomotricien a une fonction de contenance, elle permet par la mise en mot de rassurer le sujet. Lors de débordement, la parole du psychomotricien peut apporter un soutien au sujet. La verbalisation va aider à constituer un cadre qui se veut rassurant, sécurisant et où tout n'est pas possible. Par exemple l'interdiction d'un comportement auto-agressif dans un premier temps passe par la reconnaissance de cet acte et de l'affect et dans un second temps permet au sujet de pouvoir entendre que certains comportements ne sont pas autorisés et d'apporter un sentiment de sécurité par cette verbalisation. Le sentiment de sécurité découle de l'attention portée par le psychomotricien par le biais des mots qu'il emploie envers le sujet.

La parole du psychomotricien a également fonction de symbolisation et fonction de valorisation narcissique. Le langage lors des séances va permettre la symbolisation et l'intégration de ce qui aura été vécu en mettant des mots sur les actes et les affects. Par la verbalisation le psychomotricien pourra dire ce que lui aura pu percevoir.

La communication verbale peut être le reflet de l'attitude du sujet, un refus de parler est tout aussi significatif, la personne n'est pas encore prête à mettre des mots sur ce qu'elle a vécu, cette mise en mot peut provoquer de la souffrance. Il est important d'en tenir compte et de laisser du temps à la personne, il ne faut pas aller trop vite afin de ne pas la mettre dans une situation encore plus difficile et de perdre l'alliance thérapeutique qui s'est mise en place.

Les communications non-verbales et la communication verbale sont deux vecteurs de communication complémentaires et indissociables. Elles permettent au sujet d'entrer et d'établir des relations avec autrui. Les premières peuvent parfois infirmer la seconde, il s'agit d'en tenir compte et peut être dans la mesure du possible cela peut être verbalisé par le psychomotricien afin de pouvoir le restituer au sujet qui peut ne pas en avoir conscience.

C – Communication, psychomotricité et polyhandicap

Comme nous venons de le voir précédemment, la communication verbale lorsqu'elle est présente dans le polyhandicap, se voit perturbée au niveau de sa qualité ainsi qu'au niveau de sa quantité. Les communications non-verbales peuvent également se voir mises à mal par la présence des différents troubles cités plus haut. Comment travaille-t-on au niveau de la communication en psychomotricité auprès de personnes atteintes de polyhandicap ?

L'intérêt de la psychomotricité est que celle-ci a pour principe de base l'indissociabilité du sujet, or les personnes atteintes de polyhandicap n'ont pas l'expérience d'un vécu corporel unifié. La principale difficulté rencontrée auprès des sujets présents en Maison d'Accueil Spécialisée est leurs difficultés à se positionner en tant que sujet et donc en tant qu'interlocuteur.

Le premier travail à effectuer concerne la place du sujet, sa capacité à se positionner en tant que sujet. Ceci est travail constant qui ne peut être mis de côté à un moment ou à un autre, pour la simple raison que si nous ne leur donnons pas l'espace disponible afin qu'elles puissent la prendre, les personnes atteintes de polyhandicap ne viendront pas réclamer cette place de sujet.

Les sensations de limites corporelles et de limites psychiques sont précaires dans le polyhandicap, il est important pour le psychomotricien de construire un cadre fixe afin de permettre au sujet de pouvoir trouver un appui solide et structurant, il doit être également souple pour laisser cet espace nécessaire à la rencontre. Le cadre mis en place va permettre l'émergence d'un sentiment de sécurité et d'un sentiment de contenance, ceux-ci vont permettre qu'un espace de rencontre et de création soit possible.

La verbalisation du thérapeute par ses fonctions de contenance, de symbolisation et de valorisation narcissique permet de soutenir l'expression des envies du sujet. Le travail sur la communication réalisé en psychomotricité n'est en rien un travail éducatif puisque ce versant dépend de la pratique des orthophonistes. En psychomotricité, il s'agit de permettre au sujet de se rendre compte dans la mesure du possible qu'il a pu faire une demande, un choix et d'investir ses capacités à communiquer à l'autre quelque chose. Ceci sera permis par la capacité et l'attention du psychomotricien à repérer les signes parvenant du corps de l'autre (et également de son propre corps), et à pouvoir ainsi mettre en mot ce qu'il a perçu.

La parole du psychomotricien a une fonction de valorisation narcissique, les personnes atteintes de polyhandicap se trouvant dans une situation d'extrême dépendance, avec une restriction de leurs possibilités de mouvement et d'action. L'étayage verbal apporté lors d'exercices mettant en jeu leur motricité permet de leur verbaliser leurs capacités, ce qu'elles ont réalisée.

La verbalisation faite par le psychomotricien lors des séances a une fonction de symbolisation, difficile à appréhender chez les personnes admises en Maison d'Accueil Spécialisée. La parole du psychomotricien permet de rendre « concrets » les affects et les comportements qui ont pu être observés pendant la séance.

Les mots dits en début et en fin de séance permettent de « matérialiser » les temps d'arrivée et de séparation mais aussi au moyen de rituel ce qui est rassurant car apportant de similitude. Ils sont importants dans la mesure où ils rendent compte du cadre qui est fixe dans un espace-temps défini. Le temps de séparation s'il n'est pas préparé peut être vécu comme une sorte d'abandon pour la personne accueillie en séance.

Lorsque le langage est présent même si sa forme est perturbée, il est nécessaire que cette parole soit entendue et prise en compte par le psychomotricien. Il s'agit d'une assise narcissique essentielle que de pouvoir communiquer un message à autrui et que celui-ci induise quelque chose chez la personne le recevant. Auprès de cette population on peut constater qu'un message est là pour remplir un vide ou le silence, dans ce cas il est nécessaire de pouvoir proposer au sujet quelque chose dont il puisse se saisir en lui apportant une réponse qui l'apaise et le

sécurise. Le psychomotricien doit différencier ce qui est de l'ordre d'un message adressé à quelqu'un en particulier ou s'il s'agit d'un besoin remplissant un vide.

La communication dans le polyhandicap présente des troubles touchant l'émission et la réception d'un message. Le psychomotricien par le dialogue tonico-émotionnel et par l'observation des manifestations corporelles, se positionne en tant que récepteur d'un éventuel message. Ensuite, par la verbalisation, il permet de faire retour de ce qu'il a perçu du message, des affects, des modifications corporelles chez le sujet. Ces deux premières étapes permettent par la suite de positionner le sujet atteint de polyhandicap en tant qu'émetteur d'un message. La dernière étape concerne le message en lui-même où là il sera plus question du travail d'un orthophoniste dans l'élaboration du message c'est-à-dire dans l'articulation, la prononciation. Le psychomotricien peut avec l'aide du sujet reformuler le message afin de confirmer ou infirmer qu'il a compris en le questionnant afin de construire le message.

Selon le schéma de A. Fröhlich que nous avons décrit plus haut, la communication se développe en interdépendance d'autres domaines du développement. Il est à noter que les personnes souffrant de polyhandicap dû à leurs limitations motrices et leur déficience mentale, ces six domaines (cf page 26) se trouvent perturbés et de ce fait ne permettent pas l'appui nécessaire au développement « normal » de la communication. Le psychomotricien va rendre possible par l'expérimentation du corps en action et en relation leur articulation entre eux.

Par le jeu dans les prises en soin auprès de personnes souffrant de polyhandicap va matérialiser la rencontre et permettre l'établissement d'une communication entre les participants. Le psychomotricien retranscrivant par la parole ce qui se passe dans le jeu.

Le psychomotricien va se montrer également attentif aux variations toniques du sujet, celles-ci peuvent signifier une douleur ou une souffrance. Le tonus est l'expression de la vie émotionnelle du sujet or les résidents admis en MAS ont des difficultés à pouvoir exprimer leurs émotions il est donc important d'en tenir compte. Les mimiques peuvent également exprimer les émotions, le psychomotricien est amené à les amplifier afin que celles-ci puissent faire écho chez le sujet atteint de polyhandicap, la notion d'empathie étant difficile d'accès pour cette population.

En psychomotricité, la communication est également une notion essentielle de par l'importance de la communication verbale et des communications non-verbales lors de la rencontre avec un sujet. Les troubles présents dans le polyhandicap peuvent restreindre l'action du sujet sur son environnement, il est nécessaire pour ce dernier de pouvoir entrer en communication et en relation avec le monde qui l'entoure afin de le positionner en tant que sujet

et interlocuteur ceci le rendant acteur. Le psychomotricien peut agir sur les différents niveaux de la communication (émission, réception, message et feed-back) aussi bien verbale, non-verbale et corporelle.

D – Conclusion

Comme nous avons pu le voir, la psychomotricité n'est pas un métier récent, il s'agit d'une profession paramédicale dont le support est le sujet comme un être total c'est-à-dire à la fois un être somatique et un être psychique. Auprès de personnes atteintes de polyhandicap, le travail du psychomotricien ne manque pas d'indications. La présence de ces nombreuses atteintes restreint le sujet dans sa motricité, son action sur le monde mais pas seulement, le sujet admis en Maison d'Accueil Spécialisée présente aussi des difficultés à se sentir comme un être avec des limites corporelles et des limites psychiques.

De par l'absence de langage (si on prend l'extrême restriction) en Maison d'Accueil Spécialisée, la psychomotricité peut permettre au sujet de se positionner en tant que sujet pouvant être porteur d'un message, ceci par un travail à différents niveaux (réception, feed-back, message et émission mais pas uniquement), il est indispensable de souligner l'importance de la verbalisation en psychomotricité. La parole du psychomotricien a valeur de contenance ce qui est nécessaire auprès de personnes dont les limites corporelles sont précaires, de symbolisation ceci permettant d'ancrer dans la réalité les affects et les comportements qui ont pu être perçus et de valorisation narcissique l'étayage verbal reconnaissant et valorisant les capacités du sujet.

Partie Pratique

Partie Pratique

I - Présentation de l'institution

L'institution dans laquelle je réalise mon stage est une Maison d'Accueil Spécialisée, il s'agit à la fois d'un lieu de soin et d'un lieu de vie. Les usagers bénéficiant de ce type d'institution se trouvent dans une situation d'extrême dépendance due à une restriction de leur autonomie et ne pouvant donc assumer les actes de la vie quotidienne.

1 - Les lieux

La Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) a été construite en 1988. Architecturalement, elle se présente sous la forme d'une unité centrale abritant les services administratifs, infirmiers, rééducatifs et la balnéothérapie autour de laquelle se trouvent 6 maisons portant pour noms des lieux de la région (rivières, banc de sable) ce sont les lieux de vie des résidents.

La MAS s'étend sur un domaine de 3 hectares avec un parc d'agrément ou de jeux créé et réalisé sur mesure, conçu par la psychomotricienne et la kinésithérapeute de la structure.

Et réalisé par l'un des agents d'entretien (paysagiste de métier) et diverses sociétés ayant accepté de travailler sur mesure sous l'égide de la direction.

2 - Le personnel

Les professionnels présents au sein de l'institution sont nombreux et sont répartis selon différents pôles.

Au sein du pôle administratif et social on retrouve un directeur de complexe (de pôle adulte), une directrice de site, une secrétaire de direction, une comptable, une responsable administrative et une assistante sociale.

Concernant le pôle médical, rééducatif et thérapeutique, il y a un médecin psychiatre, un médecin généraliste, des infirmières, deux kinésithérapeutes, une ergothérapeute, une psychomotricienne et une psychologue.

Le pôle éducatif est réparti sur les différents lieux de vie des résidents (sur les 6 maisons), il est composé d'une coordinatrice d'éducation, d'aides médico-psychologiques.

Il y a aussi une équipe de nuit composée d'un veilleur et d'une aide-soignante. Dans chaque lieu de vie, on trouve la présence de caméra de surveillance au sein des pièces communes (il n'y en a pas dans les chambres des résidents).

Est également présent un personnel d'entretien sur chaque maison ; deux personnels polyvalents assurent les travaux d'entretien de la totalité de la structure.

3 - Les résidents

Selon le décret n°78 – 1211 du 26 décembre 1978 : « Les MAS sont destinées aux personnes handicapées adultes qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état requiert une surveillance et des soins constants. »

Les résidents reçus au sein de la structure sont au nombre de 54 dont 48 internes. Ils sont répartis sur 6 maisons, sur chaque maison sont présents 8 internes et 1 externe qui vient passer la journée sur la structure.

Les personnes en internat peuvent rentrer dans leur famille le week-end ou dans la semaine.

Les usagers sont accueillis au sein de l'établissement à partir de l'âge de 18 ans mais il peut y avoir une dérogation dès l'âge de 16 ans.

Les résidents ont une moyenne d'âge de 47 ans. Ils sont dans une grande majorité originaires de la Gironde (sauf deux usagers venant des Landes et du Lot et Garonne). La mixité au sein des différents lieux de vie est homogène. Sur la population totale de l'établissement 52 % sont des femmes et 48 % sont des hommes.

Les différents diagnostics que l'on trouve au sein de l'établissement sont : des personnes souffrant de polyhandicap¹² (89 % des usagers de la MAS), d'infirmité motrice d'origine cérébrale IMC (7.5 %) et de troubles mentaux prévalants (3.5 %).

4 - Le projet d'établissement

L'institution a trois objectifs principaux qui sont : l'accompagnement personnalisé au quotidien, le soin et la prise en soin de la personne ainsi que la recherche systématique d'une qualité de vie du résident.

Elle a également pour missions l'assistance et l'aide nécessaires aux résidents, leur surveillance médicale ainsi que leur sécurité physique et psychique et des activités d'éveil et occupationnelles afin de permettre une ouverture sur la vie sociale et culturelle.

¹² Afin de permettre une classification par diagnostic, la Maison d'Accueil Spécialisée où je réalise mon stage, retient la définition du Dr ZUCMAN Elizabeth concernant le polyhandicap : « Association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond (QI < 50) entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée. »

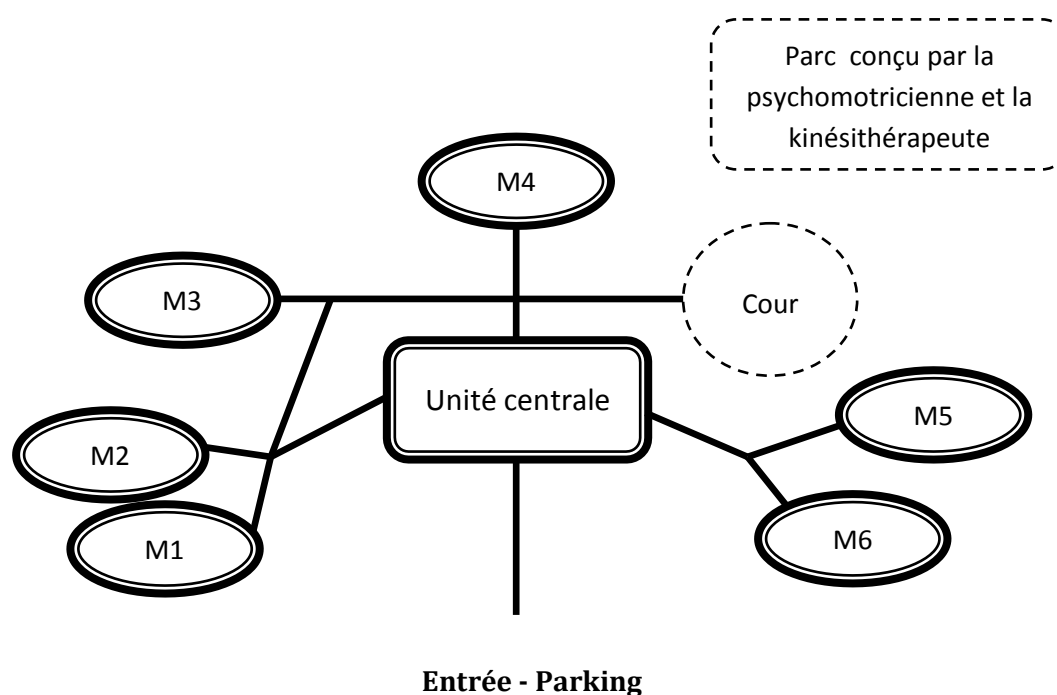
II – La psychomotricité au sein de la Maison d’Accueil Spécialisée

Au sein de la Maison d’Accueil Spécialisée (MAS) la psychomotricité est dispensée par une psychomotricienne présente sur la structure à mi-temps les mardis et jeudis toute la journée et les mercredis après-midis une semaine sur deux.

A – Présentation de la psychomotricité dans l’institution

La salle est mise à la disposition de trois intervenants : la psychomotricienne, la kinésithérapeute toutes deux salariées de l’institution et un kinésithérapeute intervenant extérieur à l’établissement. La salle se situe au sein du bâtiment de l’unité centrale face au bureau infirmier.

Depuis l’unité centrale quatre portes permettent la circulation avec les lieux de vie (maisons) la circulation entre les maisons se révèle plus difficile, deux chemins étant possibles. Le premier dessert toutes les maisons mais contourne l’unité centrale tandis que le second la traverse mais est compliqué par la présence des différentes portes à ouvrir. La circulation au sein de la Maison d’Accueil Spécialisée se révèle difficile ceci entraîne des obstacles concernant la circulation de la communication entre les maisons.



Au vu du nombre de résidents (pour rappel : 54 résidents) mais également des différents troubles présents chez ces derniers, le temps de psychomotricité est assez réduit. De ce fait tous les résidents ne bénéficient pas d'une prise en soin en psychomotricité celles-ci sont quand même nombreuses et variées.

L'évaluation psychomotrice ne se présente pas sous la forme d'un bilan psychomoteur dans lequel il sera demandé au sujet de répondre à des items, à des propositions, ceci de par l'intrication et l'importance des troubles somatiques et psychiques présents chez les personnes atteintes de polyhandicap rendant difficile la passation d'un bilan. L'évaluation psychomotrice se réalise par l'observation du sujet aux cours des rencontres faites avec la psychomotricienne sur le lieu de vie et dans la salle de psychomotricité permettant de repérer les besoins et les capacités et de définir le travail possible. Parfois les demandes peuvent émaner des équipes présentes sur les lieux de vie, la décision d'une prise en soin et le choix de sa forme est réalisée en accord avec la psychiatre et l'équipe.

B – Les prises en soin réalisées dans l'institution

Les prises en soin peuvent être individuelles, en groupe ou se présenter sous forme d'atelier. Le temps de présence restreint de la psychomotricienne ne permettant pas de proposer à tous les résidents une prise en soin individuelle, le travail en groupe et en atelier rend possible les rencontres et le travail à un plus grand nombre de résidents il s'agit également d'une indication car pour certains résidents la relation duelle est difficile à établir.

Lorsque la psychomotricienne se rend sur les lieux de vie, elle se met à disposition de l'équipe pour recueillir leurs observations, de leurs questionnements vis-à-vis d'un résident ; mais également des informations pour un accompagnement de meilleure qualité, une approche différente envers le résident. Le nombre, les changements de personnel ainsi que la routine et la lourdeur des soins peuvent perturber la qualité des soins, de la relation avec le résident. Ces différentes questions sont également traitées lors des réunions avec les équipes, la psychologue, l'assistante sociale, le pôle rééducatif et thérapeutique, et la direction.

Les prises en soin en individuel peuvent avoir lieu en salle de psychomotricité ou dans la chambre du résident. Dans la salle on trouve de nombreux et divers médiateurs (balles, tapis, cerceaux, anneaux, poupées, peluches, jeux de société, musiques, livres, contes audio, ...) ; la salle

permet de matérialiser un espace relationnel dans lequel la rencontre et le travail vont être possibles. La chambre du résident étant un espace et un lieu privés, elle peut être simple ou double, le partage de la chambre ainsi que la proximité de la pièce commune peuvent représenter des gênes à l'établissement d'un sentiment de sécurité et pouvant intruser le résident (ceci peut aussi se retrouver en salle de psychomotricité lors de passage bruyant dans le couloir).

Les prises en soin en groupe réunissent deux à trois résidents. Elles peuvent permettre de travailler sur des enjeux et objectifs différents et représenter une alternative à une difficulté à se positionner dans une relation duelle sous le regard de l'autre. Ce type de prise en charge est possible car un long travail a été réalisé par les résidents au cours de leur trajet institutionnel dans l'établissement et les structures qu'ils ont pu fréquenter auparavant. Le groupe permet les échanges entre les résidents et la socialisation par la présence de tiers. Il stimule le sujet par l'interaction et la dynamique des échanges.

Les ateliers sont au nombre de deux l'atelier histoire et musiques et l'atelier chansons-expressions. Tous les deux ont lieu une semaine sur deux, le premier est animé par la psychomotricienne et le second par la psychomotricienne et la kinésithérapeute. Ces ateliers ont un long passé dans l'institution et ont évolué depuis leur création. En fin d'année est réalisé un bilan avec les participants afin de connaître leur désir ou non de continuer à participer et s'ils souhaitent des modifications. Cela se fait pour tous les accompagnements sous forme différente d'abord un bilan de l'année puis des propositions ou des contrats sont mis en place pour l'année suivante.

C – Travail sur la communication en psychomotricité dans l'institution

La psychomotricienne de l'institution est présente au sein de l'établissement depuis 1991, un travail autour de la communication a été entrepris. Celui-ci n'est pas achevé étant donné la difficulté pour les personnes souffrant de polyhandicap à se positionner en temps que sujet et donc en temps qu'interlocuteur.

La première étape consiste pour le résident (comme pour tout un chacun) à se sentir exister en tant que sujet. Ce n'est pas une étape qui va de soi le sentiment d'existence étant mis à mal par les troubles psychiques retrouvés chez les sujets atteints de polyhandicap. Cette place

de sujet doit leur être accordée par l'autre (psychomotricienne et toute personne faisant partie de son environnement). Pour exister en qualité de sujet il faut que l'autre nous nomme, nous pense, nous accorde de la valeur à travers le regard qu'il pose sur nous. Nous existons au travers du regard porté sur nous, comme la mère qui envisage son enfant.

La seconde va être pour le sujet de pouvoir dire « non » ou « oui » ainsi que d'émettre un choix. Pouvoir dire « non » est important dans la mesure où cela permet au sujet de s'affirmer en tant que sujet différencié de l'autre, animé par un désir propre et ne se trouvant pas soumis au désir de l'autre. La capacité à pouvoir émettre un choix est également importante, le fait pour le résident de pouvoir choisir même si ce choix n'est pas éclairé par une réelle réflexion mais dépend plus d'une caractéristique de l'objet permet de lui signifier qu'il a émis un choix et qu'il a été reconnu en temps que tel et perçu par l'autre.

Le troisième travail est pour le résident de prendre la place d'interlocuteur, la psychomotricienne de l'institution se rend disponible si les résidents souhaitent lui parler, lui signifier ce qui les dérange, les contrarie, leur posent questions. Elle convient avec eux d'un rendez-vous individuel (s'ils n'ont pas de prise en soin en individuel, s'ils ont besoin d'un peu de temps pour en réfléchir auparavant), les rencontrent dans leur chambre ou la salle de psychomotricité selon leur choix. Ceci rend compte du travail qui a été effectué auprès des résidents, certains d'entre eux peuvent émettre un désir de communiquer ce qui les gêne. Lors des prises en soin, le travail sur cette place d'interlocuteur est mis en œuvre également par la prise en compte du corps qui parle, du corps en action, de l'action en relation. Les messages qui proviennent du corps sont des indicateurs importants auxquels le psychomotricien est formé à leur repérage. Un changement de mimique peut traduire une douleur, une souffrance à laquelle il est essentiel de répondre.

Le travail sur la communication entrepris par la psychomotricienne et les résidents n'est pas achevé comme nous l'avons dit plus haut. Les résidents se trouvant dans une situation de dépendance, il est difficile pour eux de dire « non » craignant la réaction de l'autre, son possible éloignement, mais également l'habitude de fonctionner d'une certaine façon, les relations familiales, pour certains dire « oui » c'est prendre le risque de donner quelque chose.

III- L'atelier « Ombres chinoises »

Au cours de mon stage au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), j'ai pu exercer ma propre pratique lors de divers types de prises en soin certaines réalisées auprès de ma maître de stage et d'autres de manière autonome. J'ai également pu avec la participation d'une collègue (également en troisième année de formation) mettre en place un atelier intitulé « Ombres chinoises ».

A – Conception et élaboration du projet

L'idée de la création de cet atelier émane de ma maître de stage. Elle avait pu voir l'engouement généré autour d'un atelier d'expression corporelle portant le même nom proposé par une collègue au sein de leur lieu d'exercice un Institut Médico-Educatif (IME).

N'ayant pu le voir fonctionner au sein de l'IME (la population en IME ne présentant pas les mêmes difficultés sur le plan moteur), elle nous a demandé dans un premier temps une réflexion concernant l'élaboration de cet atelier auprès de personnes admises en MAS la population en IME ne présentant pas les mêmes difficultés. Ensuite, il a fallu établir des objectifs et concevoir une éventuelle possibilité de mise en œuvre (ceci dépendant évidemment de l'accord de la direction de la structure) de ce qui n'était à ce stade là encore qu'un projet d'atelier. La possible création de ce projet a également requis de réaliser un devis afin d'obtenir le matériel nécessaire.

A la suite de l'accord de la direction nous avons dû présenter notre atelier lors d'une réunion à laquelle étaient présents la coordinatrice d'éducation et des Aides Médico-Psychologiques (AMP). Ensuite, nous nous sommes rendues sur chaque maison (lieu de vie) de l'établissement afin de pouvoir présenter l'atelier au maximum de personnel afin qu'ils puissent nous dire quel(s) résidents seraient intéressé(s) pour y participer. Nous avons réfléchi également aux résidents qui pourraient se saisir de ce que nous allions proposer. Après avoir établi plusieurs groupes au vu du nombre de participants potentiels, de leurs personnalités et affinités, nous nous sommes présentées à eux compte tenu que ma collègue ne réalise pas son stage sur la structure et que je n'avais pu encore rencontrer tous les résidents ; nous avons de plus présenté le lieu ainsi que le déroulement de l'atelier en lui-même. Nous leur avons laissé le

choix afin de pouvoir décider de venir ou non. Nous avons proposé également une séance découverte pour qu'ils puissent prendre une décision en s'appuyant sur leur propre expérience.

Les différents objectifs de cet atelier sont de favoriser la créativité, une expressivité plus spontanée (derrière le drap l'acteur n'est plus soumis au regard direct des spectateurs), le respect de l'acteur mais également des personnes présentes dans la salle, un repérage spatio-temporel mais aussi un meilleur investissement et une meilleure intégration du schéma corporel et la création d'une cohésion de groupe (respect, écoute de l'autre) et aussi le travail inter-maisons et inter-résidents.

Lors de l'atelier les participants peuvent selon leurs souhaits être acteurs ou spectateurs, les places n'étant pas figées, les intervenants leur proposent à chaque séance de choisir leurs rôles.

Le ou les acteur(s) choisit(ssent) la musique et la couleur du spot lumineux parmi les trois couleurs disponibles, ils peuvent passer en duo s'ils le désirent, placé(s) derrière un grand drap blanc, la pièce est séparée en deux espaces distincts un côté « scène » et un côté « spectateurs » par un grand drap blanc. Derrière ce drap, sont installés des spots lumineux permettant la projection des ombres sur le drap, les ombres étant mises en forme par les mouvements de l'acteur ou des acteurs. Le temps maximum d'un passage correspond à la durée de la musique ; les résidents peuvent s'arrêter avant et/ou repasser si les conditions le permettent (temps restant, accord du groupe).

Après chaque passage un nouveau tour de table est effectué afin de déterminer la prochaine personne qui va évoluer derrière le drap. Des photos sont prises pendant les passages des acteurs afin de pouvoir leur montrer ce qu'ils ont réalisé ; pour laisser une trace de cet atelier, un album photo sera créé et une séance de diaporama aura lieu, les participants donneront leurs avis quant à la diffusion ou non de leur image. Un temps de parole a lieu en fin d'atelier.

B – Déroulement d'une séance

Le temps dévolu à une séance est d'environ une heure, temps dans lequel est compris le trajet depuis leur lieu de vie, un temps d'accueil pendant lequel l'une de nous présente les CD-ROM musicaux apportés pour la séance, un temps de passage et pour finir un temps de séparation à la fin duquel nous les raccompagnons au sein de leur maison respective.

Lorsque nous allons chercher les résidents chacune de nous deux se rend sur une maison différente (il y a un ou deux résident(s) par maison par groupe d'atelier) pour pouvoir accompagner plusieurs personnes en même temps. Dès que certains sont présents dans la pièce où se déroule l'atelier, l'une de nous deux reste pour raisons de sécurité et d'étayage. Nous ne pouvions nous permettre de les laisser seuls dans la salle.

Quand tous les participants sont présents le temps d'accueil peut commencer, nous pouvons être amenées à verbaliser l'absence de certain(s) participant(s) (fatigue, maladie, visite médicale...) ou la présence d'accompagnant(s) (soutien nécessaire pour certain résident). Nous trouvant dans une salle qui est utilisée pour des activités avec des intervenants extérieurs, nous apportons à chaque séance l'ensemble du matériel un maximum de 4 CD est présenté pour ne pas les perdre dans un choix trop large, tout au moins dans un premier temps.

Ensuite est demandé à chaque participant s'il veut être acteur ou spectateur, ils peuvent s'ils le souhaitent passer seul ou à deux avec un autre résident, un accompagnant ou bien une de nous deux. L'acteur choisit la chanson sur laquelle il désire passer et la couleur du spot lumineux

Le temps de séparation est un temps de parole sur ce qui s'est déroulé pendant les différents passages et sur ce qui a pu être vécu que ce soit du côté « scène » ou du côté « spectateurs ». Pour finir soit ma collègue ou moi-même raccompagnons les participants sur leur lieu de vie, l'une d'entre nous restant dans la salle avec ceux encore présents toujours pour les mêmes questions (sécurité et étayage) que lors du temps d'accompagnement. Chacune de nous raccompagne les résidents des deux dernières maisons présents dans la salle.

C – Dynamiques des groupes

Le nombre de participants à l'atelier « Ombres chinoises » s'élevant à 24, trois groupes composés de 8 personnes ont été mis en place. Un groupe a atelier toutes les semaines le mercredi après-midi et les deux autres groupes ayant atelier une semaine sur deux. Ces trois groupes présentent des dynamiques différentes selon les participants les composant.

Le premier groupe venant à l'atelier toutes les semaines fait preuve d'une forte dynamique pour lequel nous sommes amenées à poser un cadre solide afin de maintenir le bon déroulement de la séance, le respect des tours de rôles, du matériel, les personnes présentes dans la pièce et éviter les débordements. Au sein de ce groupe, certaines personnes peuvent monopoliser l'espace et le temps mis à la disposition de l'acteur. Il s'agit d'un groupe très

démonstratif dans leur investissement dans l'atelier mais également envers nous (demandes d'affection, de notre présence à leurs côtés).

Le second groupe demande quant à lui à être plus soutenu dans la participation, bien qu'intéressé par ce qui est proposé lors des séances. Les participants sont à l'écoute de ce qui leur est dit ainsi que lors du passage des acteurs. Les acteurs ont besoin le plus souvent d'être accompagnés derrière le drap même si l'une de nous (ma collègue ou moi-même) se trouve toujours du côté de la scène afin de s'assurer de la sécurité de l'acteur.

Le dernier groupe est constitué de personnes ayant besoin d'étayage, d'être rassurées que ce soit aussi bien les acteurs que les spectateurs. La dynamique a demandé plus de temps à se mettre en place. La musique entre les temps de passage peut leur permettre de plus facilement se positionner en tant qu'acteur ou non. Certains participants nous investissent plus que d'autres, cette dynamique ne s'en trouve pas pour autant déséquilibrée.

D – Conclusion et bilan

Pour conclure, l'élaboration et la mise en œuvre de cet atelier ont nécessité du temps, de l'investissement afin de permettre d'initier de la créativité dans les propositions des résidents et de garantir le maintien du cadre de l'atelier. Les groupes présentent des dynamiques et des modes de fonctionnement différents dans lesquels se jouent des enjeux distincts.

Cet atelier nous a permis de construire et d'élaborer un projet depuis sa conception jusqu'à sa clôture. Pour ma part cela m'a apporté des questionnements et des réflexions quant à ma pratique et ma présence (voix, posture, mimiques). Les notions de transfert et de contre-transfert qui sont toujours en jeu (l'atelier se terminant fin juin), m'ont amenée à me questionner quant à la place que j'occupais ou que m'octroyaient certains résidents.

Au travers de cet atelier par l'expression corporelle un travail autour de l'expressivité comme moyen de communication envers les spectateurs permet d'expérimenter leurs corps comme un corps expressif. L'acteur pouvant exprimer ce dont il a envie derrière le rideau. La verbalisation que nous apportons au cours des séances est importante au maintien du cadre mais permet également la symbolisation de ce que les participants ont réalisé.

Partie Clinique

Partie Clinique

Dans cette partie, nous allons vous présenter trois rencontres réalisées auprès de personnes souffrant de polyhandicap, lors d'un stage au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée. Ce sont trois rencontres différentes, la première se déroulant lors d'une prise en soin individuelle effectuée en autonomie, la deuxième ayant lieu dans deux cadres différents et la troisième voyant le jour au sein d'un atelier. Ces rencontres sont également différentes par les personnalités des sujets et les dynamiques de relation qui se sont établies avec chacun d'entre eux.

Nous avons choisi d'employer le terme de « rencontre » plutôt que celui de « cas clinique » rejoignant l'idée de C. Potel que ce dernier terme renvoie à la notion médicale dans laquelle on retrouve une certaine distanciation envers le sujet présent face à nous. Pour notre part, nous parlons de « rencontre » et non d'« histoire » s'agissant d'un cadre avec espace-temps limité par la durée d'un stage.

❖ *Gisèle, quand la communication passe par quelques gestes*

A – Anamnèse

1 – Parcours médical

Gisèle est née en mars 1961 trois semaines avant le terme de la grossesse, qui se déroula sans complication, d'un accouchement eutocique (par voie naturelle et sans complication). Vers 8 mois, Gisèle présente des convulsions qui révéleront une phénylcétonurie, maladie héréditaire touchant le métabolisme et entraînant une oligophrénie. Le diagnostic posé est celui d'une encéphalopathie¹³ métabolique phénylcétonurique avec déficience mentale grave.

¹³ C'est le résultat d'une atteinte du cerveau pendant la phase de maturation.

Cette maladie héréditaire¹⁴ provoque une dépigmentation de la peau dès les premiers mois de vie ainsi qu'une atteinte neurologique et se caractérise par des crises d'épilepsie et progressivement par une déficience mentale.

Suite à cette dépigmentation, Gisèle présente une allergie au soleil, nécessitant une grande attention. Depuis 1971 les convulsions ont cessé, elle se trouve actuellement dans un état stable.

2 – Situation familiale

La mère de Gisèle est actuellement retraitée, elle est également sa tutrice. Son père et son frère ne sont pas connus au sein de l'établissement, le frère serait décédé. Les parents de Gisèle sont divorcés, à la suite de ce divorce elle sera prise en charge par ses grands-parents maternels qui sont depuis décédés.

Sa mère ne souhaite plus participer aux fêtes au sein de la MAS ayant du mal à supporter l'agitation de Gisèle lors de ses retrouvailles, qui se montre très heureuse de la revoir. Gisèle va chez sa mère un week-end sur deux ; elle rentrait chez ses grands-parents avant leurs décès.

3 – Parcours institutionnel

De 6 à 13 ans, Gisèle est accueillie au sein d'une maison verte. Elle sera admise dans un Institut Médico-Educatif (IME) entre 1974 et 1984. A l'âge de 23 ans, elle intégrera un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ainsi qu'un foyer jusqu'en 1988. (Je n'ai pu collecter que très peu de renseignements en dehors de la simple chronologie de son parcours institutionnel).

Gisèle sera admise au sein de l'établissement dans lequel je réalise un stage en septembre 1988. Elle est admise sous un mode d'internat ; depuis son arrivée, elle occupe une chambre double avec une jeune femme atteinte d'un syndrome de Rett.

A son arrivée au sein de la MAS, Gisèle ne supportait pas la vie sociale au sein de son lieu de vie, elle restait assise toute la journée dans un fauteuil, situé à une place « stratégique » depuis laquelle elle peut porter son regard sur l'ensemble de la maison et des personnes circulant au sein de la pièce centrale. Gisèle n'a pas accès au langage.

¹⁴ Elle est de nos jours dépistée par le test de Guthrie voir note en bas de page n° 2.

B –Situation actuelle au sein de la MAS

Aujourd'hui Gisèle ne parle pas mais peut signifier son accord ou son désaccord par des comportements ou l'expression de son visage, de façon non-verbale elle peut nuancer ses cris, venir chercher un encadrant pour montrer qu'elle désire quelque chose, peut refuser d'avance lorsqu'elle n'est pas d'accord ou qu'elle se trouve en difficulté. Elle occupe toujours son fauteuil mais plus de manière systématique, suite à l'arrivée d'un nouveau résident, Gisèle s'est mise à déambuler au sein de la maison, ce dernier occupant occasionnellement « son » fauteuil.

A partir des observations réalisées, Gisèle présente une bonne mobilité ce qui est évidemment relatif à la population présente en Maison d'Accueil Spécialisée. Ses déplacements ne sont pas fluides, elle marque des arrêts brusques, Gisèle ne plie pas les genoux et ne présente pas de rotation des hanches. Sa démarche donne l'impression qu'elle se trouve dans un balancement, le poids se portant sur une jambe puis sur l'autre. Les pieds sont posés au sol sans réelle mise en jeu des articulations. Lors de ses déplacements, Gisèle n'est cependant pas assurée, elle a besoin d'un accrochage verbal et/ou physique afin de pouvoir franchir l'obstacle.

Sa posture est très droite et raide, hypertonique, les bras ne pouvant s'écarter du tronc, les jambes sont également droites dans l'alignement des hanches. L'impossibilité pour Gisèle d'écarter ses membres ainsi que celle de pouvoir croiser les deux hémicorps reflètent une construction corporelle inachevée. Elle peut également se servir de la main de l'autre comme d'une main auxiliaire. Les limites corporelles ne sont pas construites. L'approche de l'autre a changé, elle accepte désormais que l'on vienne vers elle.

Gisèle ne présente pas de conduite exploratoire ou manipulatoire des objets. Elle peut s'orienter au sein de la maison et des trajets connus mais autrement l'extérieur reste de l'ordre de l'inconnu. Concernant la notion de temps, Gisèle est capable de se rendre compte d'une modification de son emploi du temps (temps entre deux sorties, retard dans une prise en soin).

Concernant son hygiène, Gisèle dépend entièrement de l'autre. Pour les repas, elle peut manger seule mais sous la surveillance du personnel car elle peut s'arrêter de manger. Au sein de sa maison, Gisèle n'a pas de relation avec les autres résidents, elle ne va pas vers eux et ces derniers ne viennent pas vers elle. En revanche, Gisèle peut avoir des gestes tendres et affectueux (câlins, prendre dans les bras, embrasser sur la joue) envers le personnel encadrant auparavant ces gestes se produisaient uniquement lors de moment d'intimité.

Dans la vie quotidienne, Gisèle ne participe pas aux soins et à la vie collective de la maison. Dans les activités de la vie sociale, par exemple lors de déjeuner au restaurant, elle ne prend pas de plaisir à y participer.

Les axes prioritaires du projet individuel de Gisèle mentionnent l'assurance du suivi en termes de santé, le fait de favoriser son confort au quotidien et entretenir et accompagner son envie d'être à l'extérieur.

C – Première période (octobre-décembre 2013)

La rencontre avec Gisèle a pour cadre une prise en soin individuelle réalisée en autonomie, sans la présence de ma maître de stage ; cependant, une régulation est réalisée après chaque séance. La prise en soin a lieu toutes les semaines en début d'après-midi le jeudi.

Gisèle est une dame mesurant environ 1m55, de peau très claire avec de grands yeux bleus.

La première fois que je la rencontre c'est lorsque que je viens me présenter à elle au sein de sa maison (lieu de vie) le matin même de notre première séance ensemble. La prise en soin n'ayant pu se mettre en place avec la psychomotricienne de l'institution, après deux rencontres, je me suis vu confié la mission de rencontrer Gisèle afin de pouvoir mettre en place une prise en soin. Lorsque je vais à sa rencontre, Gisèle ne semble pas me prêter attention et continue de déambuler sans s'arrêter. Quand je viens la chercher l'après-midi afin de l'accompagner à la salle de psychomotricité, elle vient avec moi sans difficulté ni réticence.

Au cours de nos premières entrevues, Gisèle montrait des signes d'impatience : piétinements, tentatives d'ouverture de la porte de la salle avortées par la verbalisation concernant la durée de la séance, parfois elle venait à ma rencontre et m'accompagnait à la porte ou à son manteau, je lui expliquais alors qu'avant de sortir de la salle il faudrait que la pendule nous indique la fin du temps imparti. Pendant le temps disponible à notre rencontre, il arrivait à Gisèle de chercher à maintes reprises à quitter la salle.

Quand je venais la chercher au sein de sa maison afin de la conduire en séance, Gisèle acceptait de me suivre après que je sois venue vers elle et que j'ai récupéré son vêtement. Elle se trouvait soit assise dans son fauteuil près de l'entrée ou soit en train de déambuler au sein de la maison.

Lors de nos premières rencontres, Gisèle vient très peu vers moi de façon spontanée si ce n'est pour me faire comprendre qu'elle est impatiente de quitter la salle de psychomotricité. Elle peut venir à ma rencontre lorsque je l'interpelle. Peu à peu Gisèle va pouvoir venir à ma rencontre pendant la séance de manière spontanée ; d'abord sur des temps très courts

(quelques secondes) pour voir ce que je fais puis sur des temps plus longs pendant lesquels elle peut venir prendre dans sa main gauche un objet présent sur la table, le faire rouler entre ses doigts si possible ou dans sa main.

Gisèle pourra par la suite me prendre par la main non pour m'accompagner vers la porte mais dans un élan que j'ai perçu comme un moyen d'entrer en relation avec moi par un geste tendre, simplement en posant sa main sur la mienne ou en me serrant la main. Au fur et à mesure des nos entrevues, Gisèle sera capable d'effectuer de nouveaux gestes envers moi, me prendre dans ses bras, me faire un bisou, me demander un bisou en approchant son visage du mien à une distance adaptée ni trop éloignée ni trop proche et en me tendant sa joue.

Au fil des séances, Gisèle va faire preuve de plus en plus d'attention aux paroles que je peux avoir envers elle et se montrer investie dans nos rencontres. Lors d'une séance suite à un imprévu je viens la chercher avec du retard, quand j'arrive au sein de sa maison elle m'attend devant l'entrée et me montre qu'elle s'impatiente de venir avec moi, elle râle et piétine le temps que je lui mette son vêtement.

D – Deuxième période (janvier-avril 2014)

Au vue de la manière dont la rencontre a pu s'effectuer, je vais proposer à Gisèle un travail en trois temps. Le premier temps est un temps de découverte, de manipulation, d'exploration de différents objets qui se trouvent à notre disposition sur la table, les objets doivent tous être touchés, explorés, je vais demander à Gisèle de participer avec moi. Le second temps est un temps plus libre où Gisèle a la possibilité de venir ou non réaliser une activité avec moi généralement un puzzle. Cette activité sert à lui permettre de pouvoir venir se saisir de ce dont elle a envie et venir à ma rencontre sans demande émanant de ma part. La verbalisation permet que je sois en lien avec elle si elle déambule dans la pièce. Le dernier temps de la séance est un temps préparant le temps de séparation. Il s'agit de la lecture d'un conte choisi entre deux propositions par Gisèle, c'est un temps qu'elle apprécie et pendant lequel elle se montre à l'écoute et où elle peut venir à ma rencontre. Les gestes tendres et affectueux se produisent en grande majorité pendant cette activité.

L'utilisation d'objets permet de communiquer et d'échanger avec l'autre, d'aller à sa rencontre. Ils rendent plus facile la création d'un espace intermédiaire dans lequel les personnes vont pouvoir mettre en commun leurs imaginations et dans lequel elles auront la possibilité de créer quelque chose ensemble. Cette utilisation d'objet a pour but de permettre à Gisèle de

mieux se positionner dans les relations intersubjectives et également de faire des expériences sensorielles et de relier ressentis et mots par la nomination.

Les axes de travail en psychomotricité sont un travail sur l'engagement de Gisèle dans la relation, de la positionner dans une place d'interlocutrice afin de soutenir les comportements qu'elle a déjà pu mettre en place et un travail sur la qualité du lien relationnel et de présence à l'autre.

Gisèle se montre investie dans la relation et dans les différentes propositions qui lui sont faites. Désormais, lorsque je me rends au sein de son lieu de vie, elle vient spontanément à ma rencontre, elle attend ma venue soit dans son fauteuil ou alors debout près de la porte guettant mon arrivée. Elle est capable d'entendre que quand je me rends sur sa maison ce n'est pas seulement pour venir l'accompagner en séance. Gisèle dans ces moments là vient me rejoindre, se positionne face à moi comme pour me venir me saluer et quand je lui dis que je viens chercher un autre résident, elle se montre à l'écoute puis repart déambuler.

La relation semble installée et suffisamment solide pour ne pas se voir remise en question ou anéantie par la séparation ou par l'existence de relations avec d'autres résidents.

Gisèle peut montrer que les mots prononcés ont une signification, qu'ils ne sont pas anodins. Gisèle est capable de s'inscrire de plus en plus dans la relation duelle qui s'est établie entre nous. Elle rejoue lors des séances une situation qui a provoqué nos rires lorsque celle-ci s'est produite la première fois. Actuellement, lorsqu'elle rejoue cette situation, Gisèle tourne son regard vers le mien comme pour vérifier que j'en ai le même souvenir qu'elle ou que cela produit toujours le même effet.

E – Conclusion

Au fil des séances Gisèle a pu s'investir dans la limite de ce qui lui est possible dans les différentes propositions ainsi que dans la relation, celle-ci est assez solide pour ne pas être ébranlée à chaque fin de séance mais demande par moments d'être testée afin de pouvoir s'assurer de sa solidité.

Gisèle ne communique pas de manière verbale mais elle se montre capable par certains de ses comportements de signifier son mécontentement et son plaisir. Ce sont des comportements importants à entendre et à accueillir en tant que tels. Il faut leur donner un sens afin de soutenir leur valeur de communication et de relation.

Il est important que les dires et les faits soient concordants afin de permettre à Gisèle d'accorder de la valeur à ce qui lui est dit. Lors d'une entrevue, j'ai proposé qu'à la fin de la séance on puisse aller se promener, or, par manque de temps ceci n'a pu avoir lieu. Gisèle s'est montrée contrariée lorsque je l'ai raccompagnée. La verbalisation de cet imprévu a permis de lui signifier que les mots avaient de l'importance et qu'elle avait le droit d'être contrariée par ce contretemps.

La fin de la rencontre avec Gisèle devra être préparée de manière suffisamment structurée afin que celle-ci ne soit pas vécue comme un abandon.

❖ **Annie, quand la communication fait défaut**

A – Anamnèse

1 – Parcours médical

Annie est née en mai 1968 d'un accouchement difficile avec l'intervention de forceps et ventouses, faisant suite à une grossesse ne présentant pas de complications. Les parents pourront dire que l'accouchement aura laissé « *des trous importants dans la tête et une oreille décollée* ». Le dossier fait état d'une dépression de la mère pendant la grossesse. D'après les dires des parents, à l'âge de 4 mois, Annie refusait les biberons et jusqu'à l'âge de 2 ans elle vomissait après chaque repas ; à l'âge de 14 mois, elle présentait des spasmes convulsifs jusqu'à 8 par jour. Les parents parlent d'un gros retard dans la petite enfance. A la naissance de sa sœur selon eux Annie aurait eut des comportements de rivalité envers elle et de régression.

Annie a présenté des troubles de l'alimentation précoces, refusé le contact avec ses parents, des objets en peluches lors des premiers mois de vie et pouvait crier fréquemment. Dans son dossier, j'ai pu voir que la station assise fut acquise à l'âge d'1 an, la marche à 19 mois, les chutes sont fréquentes et Annie ne présente pas de comportements de protection avec les mains, la propreté diurne a été acquise à l'âge de 10 ans et les premiers mots furent prononcés à 5 ans.

Le diagnostic établi face aux symptômes présentés par Annie est : séquelles déficitaires d'une psychose infantile avec une déficience mentale moyenne se traduisant par une autonomie limitée dans les actes de la vie quotidienne.

2 – Situation familiale

Les parents d'Annie sont actuellement retraités de la fonction publique. Ses grands parents ont tous disparu entre 1999 et 2004, Annie a passé beaucoup de temps auprès de ses grands-parents maternels et se montrait proche de sa grand-mère paternelle. Elle a une sœur née en 1973 qui est monitrice d'auto-école, actuellement mariée et mère de trois enfants un garçon et deux filles dont la cadette est née le même jour qu'Annie.

Annie retourne dans sa famille un week-end sur deux pendant lequel elle rend généralement visite à sa sœur. La durée des séjours est rallongée pendant les vacances d'été, de Noël et de printemps.

3 – Parcours institutionnel

Entre 4 et 5 ans, Annie intègre une école maternelle, Annie sera suivie en psychothérapie à l'Orientation et Rééducation des Enfants et des Adolescents de la Gironde (OREAG) en parallèle.

De 1973 à 1980, Annie est admise en hôpital de jour, elle y entre l'année où sa petite sœur est née. A cette période, les parents observeront des rites (elle cache ses affaires, fuit les peluches, vide sa chambre de tous les objets). Annie présente également des stéréotypies gestuelles (se frappe l'aile du nez, manipule des bouts de papiers), des troubles psychomoteurs et un comportement boulimique. Le diagnostic posé fait état d'autisme et d'une légère IMC mais pas de crises comitiales.

De 1980 à 1988, elle est accueillie dans un Institut Médico-Professionnel (IMPro) où seront retranscrits dans son dossier des comportements boulimiques, des manifestations de l'ordre de la psychose (retrait, indifférenciation moi/extérieur, stéréotypies), un vocabulaire pauvre et un début langage concret sans symbolisation. Annie bénéficie d'un suivi psychiatrique et un travail de lien est entrepris avec la famille. Elle peut s'adresser à des personnes qu'elle ne connaît pas, en cuisine Annie peut prendre des initiatives et connaît la chronologie pour la préparation d'un gâteau, peut faire les courses et rechercher ce dont elle a besoin. Annie reste opposante ceci se traduisant par une inhibition et des grossièretés. Le diagnostic est celui d'une psychose infantile grave avec des thèmes de mort et de phobies du vide.

En novembre 1988, Annie est admise en Maison d'Accueil Spécialisée sous un statut d'interne. Elle occupe une chambre simple partageant une salle de bain avec la chambre voisine. Entre 2006 et 2008, un suivi en psychiatrie est mis en place pour un étayage pour Annie et sa famille. Le diagnostic réalisé est celui de séquelles déficitaires d'une psychose infantile avec déficience mentale moyenne. La déficience mentale moyenne paraît être un peu excessive au vu des capacités d'Annie.

B – Situation actuelle au sein de la MAS

Annie a accès au langage, celui-ci se présente sous la forme de stéréotypies ayant pour fonction de combler un vide plutôt que pour communiquer. Annie n'utilise pas souvent le « je » pour parler d'elle, son apparition est assez récente environ vers 4 ans. Mais l'échange est facilité lorsque l'on vient se placer près d'elle. Le « oui » et le « non » sont des notions connues et acquises, Annie est capable de dire « non » plus facilement aujourd'hui. Elle fait preuve d'une compréhension relative de ce qui lui est dit, elle a plus confiance dans les mots et semble en parallèle moins se méfier de la parole. Elle a enrichie son vocabulaire et l'écholalie s'est atténuée. Annie sollicite les encadrants et cherche à communiquer avec eux. Annie peut pleurer lorsqu'elle est triste, faire des bras d'honneur quand elle est en colère.

Pour s'alimenter, Annie mange sans aide à une table avec deux autres résidents sans encadrant, elle se trouve dos au reste du groupe car elle peut se montrer directive et prendre la place du personnel. Annie peut se laver seule mais elle a besoin d'un accompagnement verbal. Annie montre une connaissance des parties de son corps cela reste cependant assez rudimentaire et peut les citer, il lui arrive de se tromper parfois mais elle peut se corriger seule. Elle se montre également capable de localiser la douleur ressentie ce qu'elle ne faisait pas avant 2004.

Annie se déplace sans difficultés par contre elle est gênée et manifeste des angoisses pour s'accroupir, s'asseoir ou se relever du sol ; son polygone de sustentation est agrandi. Elle est capable d'aménager ses difficultés, aller d'un lieu à un autre semble être moins anxiogène. Lors de ses déplacements, elle regarde ce qu'elle fait et est moins tendue qu'avant.

Annie est sensible aux émotions des personnes présentes sur sa maison mais moins sur un mode de résonance que par le passé. Elle est capable de différencier ses relations en fonction des personnes, elle a des amitiés et inimitiés franches au sein de la maison. Elle se montre à la recherche de contact auprès des encadrants et accepte mieux le contact physique qu'auparavant. Dans la vie collective, Annie aime rendre service au personnel de la maison (elle apporte des papiers à la secrétaire de direction, va aider à chercher les protections pour sa maison). Les difficultés relationnelles se traduisent par des moments de grande anxiété se produisant lors des changements d'équipe, moins marquée qu'auparavant. L'anxiété d'Annie se traduit par une agressivité verbale (grossièretés, insultes) et/ou par de l'auto-agressivité (se gratte l'aile du nez).

Elle est orientée au sein de son lieu de vie et au sein de la Maison d'Accueil Spécialisée, ainsi que dans le déroulement du quotidien. Elle parle du week-end en évoquant le repas dans sa famille. Les notions de passé et de futur sont assimilées à hier et demain respectivement. Au

niveau cognitif, Annie peut choisir sous réserve d'assistance mais ses choix sont plus affirmés qu'avant, elle a acquise la permanence de l'objet et la notion d'abstraction.

Annie est capable de croiser les membres supérieurs, mais elle présente une coupure entre le haut et le bas de son corps. Elle porte des vêtements très près du corps, elle peut même les coller encore plus à son corps en tirant dessus pour créer une sorte d'enveloppe protectrice et contenant.

Annie possède une capacité à se protéger faible, les éléments déclencheurs d'un sentiment d'insécurité sont une frustration, une perte d'étayage et la crainte d'être oubliée. Les réponses courtes, fermes et construites permettent un apaisement.

Les axes prioritaires du projet individuel d'Annie sont au nombre de 7 : maintenir sa santé, accompagner son évolution, l'aider à structurer ses relations aux autres en l'absence du regard des encadrants, favoriser l'apaisement psychique, accentuer les actions d'étayage pour lui permettre d'exploiter au mieux toutes ses capacités, continuer à limiter le comportement intrusif pendant la nuit (Annie se rendant dans la chambres d'autres résidents afin de leur dérober les objets auxquels ils tiennent) et être attentif aux enjeux relationnels avec les autres.

C – Première période (octobre-décembre 2013)

Je rencontre Annie la première fois dans le cadre d'un groupe de jeu en psychomotricité réunissant 4 résidents de l'institution. Annie fait preuve de beaucoup d'entrain à venir depuis la salle on peut l'entendre parler sur le chemin. Ce qui est frappant chez Annie, c'est sa posture massive. Elle mesure environ 1m60, présente un surpoids, porte une coupe de cheveux très courte, assez masculine, elle marche d'un pas décidé et ferme, les épaules sont en rotation interne et ses bras sont croisés. Ceci donne l'impression qu'Annie se protège du monde environnant.

Dès qu'elle arrive dans la salle de psychomotricité, elle enlève son manteau rapidement, elle dit « bonjour », demande une poupée présente dans la pièce (toujours la même) ,et, jusqu'à ce qu'elle s'assoie sur sa chaise, Annie est dans une impulsivité qui peut vite se montrer débordante.

Lorsque l'on écoute Annie parler, on s'aperçoit qu'elle ponctue souvent ses phrases par des grossièretés sur un débit très rapide. Son anxiété est palpable lorsque je me trouve près

d'elle, elle frappe sa poupée, se gratte l'aile du nez, elle a le regard plongé vers la poupée posée sur ses cuisses.

Lors des séances avec le groupe de jeu (une fois toutes les deux semaines), Annie accepte vite à ma présence et entre facilement en interaction avec moi, elle me répond quand je lui pose des questions et m'intègre assez vite dans son discours en me désignant du doigt.

Au sein de ce groupe, Annie est la seule à ne pas se trouver en fauteuil roulant et à posséder une bonne mobilité des membres supérieurs. A l'arrivée dans le groupe, Annie n'attendait pas son tour pour jouer, elle peut désormais attendre que l'autorisation de jouer lui soit donnée.

Annie vient au groupe accompagnée d'un résident de sa maison avec lequel elle s'entend très bien adoptant envers lui des attitudes de protection et lui faisant des câlins. En revanche quand des avances lui sont faites par le second monsieur présent au groupe de jeu Annie les fuit quand celles-ci sont trop appuyées.

D – Deuxième période (janvier- avril 2014)

A partir de cette période, je rencontre Annie également lors de l'atelier « Ombres chinoises » à raison d'une fois par semaine. Elle fait partie d'un groupe ayant une dynamique forte.

Lors de la présentation du fonctionnement de l'atelier, Annie s'est montrée attentive à ce qui a été exposé. Lors de la première séance, elle a souhaité être actrice, elle a pu affirmer ses choix concernant la musique et la couleur du projecteur lumineux. J'ai participé avec elle afin de l'accompagner dans ses propositions.

Pendant les séances, Annie peut se positionner en tant que spectatrice et actrice, lors du passage d'un camarade elle fait preuve d'écoute et d'attention envers ce qui est proposé et lorsqu'elle est actrice Annie jure, rit beaucoup et répète de façon stéréotypée : « tu me regardes ».

Annie se montre très enthousiaste à l'idée de venir en atelier et à retrouver ses compagnons. Lors des trajets, l'anxiété d'Annie est présente mais elle arrive à s'apaiser lorsqu'elle s'assied dans la salle ou lorsqu'elle apporte une peluche de sa maison. Actuellement,

pendant la séance, elle peut exprimer son envie de participer d'elle-même sans que l'on s'adresse à elle en particulier.

Annie s'est bien adaptée aux règles de fonctionnement de l'atelier et à la dynamique de ce groupe, elle respecte les tours de rôle et peut accepter de participer avec un autre résident l'un choisissant la musique l'autre le projecteur afin de leur permettre de passer tous les deux au regard du temps restant à notre disposition.

Quand ma collègue ou moi-même sommes à sa disposition à côté de la scène et qu'on l'accompagne verbalement en lui soumettant des propositions qu'elle peut prendre en compte ou pas et lorsque ce qu'elle a réalisé se trouve être valorisé, Annie semble plus apaisée et les grossièretés tendent à disparaître.

En suivant Annie au sein de deux cadres différents, il a été possible de noter qu'elle a pu m'investir différemment selon les lieux et les personnes avec qui nous nous trouvons. Au sein du groupe de jeu, Annie est capable de demander un bisou à ma maître de stage, ce qu'elle ne fait pas avec moi mais peut le demander à ma collègue ou à moi-même au sein de l'atelier « Ombres chinoises ». Annie accepte également le contact corporel proposé par ma maître de stage afin de lui apporter une certaine contenance lors des moments d'anxiété ce qui ne me semble pas acceptable pour elle de ma part même au sein de l'atelier.

On peut constater que pour Annie la communication verbale réclame moins de confiance dans la relation que la communication non-verbale.

E – Conclusion

Annie a accès au langage, celui-ci peut pourtant s'avérer stéréotypé avec des grossièretés dans les moments d'anxiété et d'angoisse. Son discours se montre assez pauvre et répétitif cependant Annie est capable de se placer en tant qu'interlocutrice, les troubles de la communication atteignant principalement le message dans sa valeur de communication.

Annie est capable d'investir le champ de la relation et montre des intérêts nombreux concernant les activités auxquelles elle participe volontiers. La verbalisation permet à Annie de trouver une certaine contenance et un appui dont elle peut se saisir dans la mesure du possible.

Au sein de l'atelier « Ombres chinoises » les temps d'arrivée et de séparation vont faire l'objet d'un travail afin qu'ils soient vécus de manière plus paisibles pour Annie.

❖ **Bertrand, *quand la communication est là***

A – Anamnèse

1 – Parcours médical

Bertrand est né prématurément en mai 1968 à 6 mois et demi de grossesse lors d'un accouchement difficile avec un poids de naissance à 1 kg 6. Sa mère dit que cela est dû au fait qu'elle a trop travaillé pendant sa grossesse. Il sortira en juillet 1968 de l'hôpital avec un poids de 2 kg 6. A 11 mois, il va déclarer une encéphalopathie avec une héminégligence droite suite à une vaccination. En juin 1969, il présente une allergie complète provoquée par le vaccin. Suite à l'encéphalopathie à l'âge de 3 ans, des convulsions vont apparaître.

La marche fut acquise à l'âge 3 ans et les premiers mots furent prononcés à l'âge de 3 ans également. Le diagnostic établi est celui d'une encéphalopathie consécutive à une vaccination à l'âge de 11 mois provoquant un retard psychomoteur avec déficience mentale profonde et hémiplégie.

Depuis 1979, Bertrand ne présente plus de convulsions cependant une seule est survenue en 1986 à la suite d'une fièvre rhino-pharyngée.

Bertrand est atteint d'une hémiplégie droite. Celle-ci va s'aggraver et des mesures de sécurité seront prises concernant un risque de chute, par l'installation d'une tablette sur son fauteuil pour restreindre ses déplacements.

2 – Situation familiale

Bertrand a été élevé par une de ses grands-mères jusqu'en 1977. Selon sa mère, le père de Bertrand, décédé en décembre 2010, était peu investi dans l'éducation de leur fils et pouvait se montrer violent verbalement, elle craignait un éventuel passage à l'acte.

Sa mère est actuellement à la retraite. Elle ne souhaite pas que la mort de son ex-conjoint soit révélée à Bertrand ni par elle ni par le personnel de l'institution ce qui les positionne dans une place peu facile et apportant questionnements et réflexions éthiques. A la suite de leur divorce en 1984, ses parents afin de ne pas le « perturber » faisaient comme s'ils vivaient toujours ensemble, les week-ends en famille se déroulaient au domicile du père. Actuellement, Bertrand rentre chez sa mère un week-end sur deux.

3 – Parcours institutionnel

Concernant le parcours institutionnel de Bertrand, je n'ai pu recueillir que quelques informations.

Entre 1978 et 1982, Bertrand est accueilli en Institut Médico-Pédagogique au sein duquel il aimait beaucoup se rendre.

De 14 à 18 ans, Bertrand intègre un Institut Médico-Educatif ; dans les écrits on trouve une compréhension limitée, une non différenciation des couleurs, aucune autonomie « tout dire, tout faire » et des comportements boulimiques auparavant.

En octobre 1988, Bertrand est admis en Maison d'Accueil Spécialisée sous un mode d'internat. Il dispose d'une chambre double qu'il partage avec un monsieur souffrant de trisomie 21 et avec lequel il s'entend très bien. A son arrivée au sein de l'institution, Bertrand ne parle pas mais fait preuve d'une bonne compréhension de ce qui lui est dit. Il est capable de s'exprimer de manière non-verbale par l'utilisation de gestes et de cris. Au niveau de l'alimentation, il utilise une fourchette et une cuillère, mange seul, les aliments doivent lui être coupés en morceaux, son verre doit être en plastique car il peut le croquer. Bertrand cherche à accaparer les gens, il n'aime pas la solitude et va facilement vers les personnes qu'il ne connaît pas. Il a besoin de l'autre pour jouer.

B – Situation actuelle au sein de la MAS

Aujourd'hui au niveau de l'alimentation, les aliments sont coupés plus fins, Bertrand ayant fait une fausse route lors du Noël de 2005 en avalant un marron. Il sélectionne les aliments, mange peu et après les autres résidents car il se montre distrait. Lors des repas, il accentue la mastication. Bertrand lors des soins d'hygiène et pour se vêtir participe mais ne peut le réaliser seul.

Bertrand peut se déplacer mais cela demande une surveillance car il peut chuter de par son hémiplégie ou par un manque de concentration. Il présente un hyper-réflexe (se lève d'un bond) mais son genou droit peut présenter quelques raideurs lors du changement de position.

Lors de douleurs, Bertrand est capable de répondre à la question « as-tu mal ? », il se raidit et a les yeux effrayés. Il reconnaît les parties du corps lorsqu'elles lui sont nommées mais cela reste assez restreint. Les distances interpersonnelles sont restreintes, il lui arrive d'être un peu trop près. Lors d'exercices demandant une certaine mobilité, Bertrand est désormais capable de réaliser certains mouvements sur demande.

Au niveau de la communication, Bertrand est capable d'exprimer son avis (d'affirmer ou de s'opposer) par sons et par mouvements de tête. Bertrand dit quelques mots qui sont compris comme « maman » selon une tonalité différente en rapport à l'expérience du moment vécu. Il peut également utiliser des gestes, des mimiques et désigner du doigt. Lorsqu'il se montre intéressé, il fait preuve de concentration et d'attention. Depuis l'installation de la tablette, Bertrand ne va plus vers les autres, en revanche les autres résidents continuent de venir vers lui.

Bertrand cherche une identification masculine auprès des résidents mais se met en retrait devant les encadrants masculins. Envers les femmes il fait du charme. Il est capable de s'adapter à la réalité et de modifier son comportement selon ce qui lui est dit. Lorsqu'il se sent en insécurité Bertrand « explose » physiquement, ses gestes et ses mouvements sont désordonnés. Le soutien physique et/ou verbal peut lui permettre de s'apaiser et l'aide à se rassembler. Il peut régresser face à une angoisse de chute.

Il se repère spatialement au sein de son lieu de vie mais pas dans le temps. Au niveau cognitif Bertrand connaît et reconnaît ses affaires et les objets du quotidien, il a acquis la permanence de l'objet. Il est capable de choisir et de trier par couleur et catégorie les objets, le choix peut s'avérer difficile Bertrand ayant envie de tout. Au niveau des notions de plaisir et de déplaisir, il se montre capable de les exprimer, il peut réaliser une action afin de faire plaisir ou pour montrer qu'il en est capable. Il est moins dans l'immédiat et peut se projeter dans l'après. Il peut aujourd'hui montrer quelques capacités à se protéger.

Bertrand se montre participant aux soins, à la vie collective (aide à mettre le couvert) et à la vie sociale, il prend beaucoup de plaisir à participer aux propositions qui lui sont faites, il aime être mis en valeur et a de nombreux centres d'intérêts (promenade, conte, animation musicale sur la maison, marionnettes, atelier chanson-expression, atelier ombres chinoises, ...).

Son projet individuel regroupe cinq axes prioritaires : maintenir sa santé, favoriser sa mobilité en toute sécurité, développer ses capacités à être en relation, soutenir sa socialisation et soutenir un travail auprès de la famille (pouvoir lui rendre compte des changements qui sont survenus).

C – Premières rencontres

Je rencontre Bertrand pour la première fois lors de la présentation de l'atelier « Ombres chinoises ». Lors de cette première rencontre, il se montre assez effacé, n'intervient pas de quelque manière que ce soit et est à l'écoute de ce qui lui est dit.

Bertrand est un homme aux yeux bleus portant des lunettes, d'environ 1m 65 les cheveux châtons courts avec une calvitie. Il est bien socialisé au sein de sa maison souvent entouré d'autres résidents, il peut avoir des élans d'affection envers eux. Il supporte mal la solitude. Bertrand présente une démarche mécanique faisant suite à son hémiplegie droite (spasticité). Bertrand dit quelques mots qui sont compris mais autrement la communication non-verbale est bien investie.

Lors de la première séance de l'atelier, Bertrand va se montrer très investi et participe énormément que ce soit en tant qu'acteur ou spectateur. Il souhaitera être acteur de nombreuses fois dans la séance ne nous laissant pas le temps de proposer aux autres camarades, il se montre cependant capable d'entendre qu'il y a un tour de rôle et que l'on se doit de demander à ses compagnons s'ils souhaitent être acteurs.

Lors de son passage Bertrand se montre attentif et réalise des choix appuyés concernant la musique et la couleur du projecteur. De par son hémiplegie Bertrand est accompagné lorsqu'il se trouve du côté de la scène. Il fait preuve d'une bonne compréhension des consignes (rester derrière le rideau, la fin de la musique correspondant à la fin du passage) mais il se montre vite attiré par le matériel présent dans la pièce (chaîne HIFI et CD-ROM).

De façon globale, la gestualité de Bertrand est ralentie dans ses déplacements et dans ses mouvements toutefois dans la précipitation il peut se lever d'un fauteuil de manière brusque. Pour signifier qu'il désire participer, il répond à la question « Est-ce-que quelqu'un veut venir faire l'acteur ? » en criant son prénom, suite à quoi il se lève après que l'une d'entre nous lui ait donné l'autorisation.

Bertrand comprend ce qui lui est dit et en fonction de cela il est capable d'adapter son comportement.

D – Evolution (février-avril 2014)

Au cours des séances, Bertrand fait preuve d'investissement dans l'atelier et dans les relations qu'il a pu mettre en place, ainsi que d'écoute envers les autres participants et les consignes exposées.

Bertrand participe en tant acteur au cours de chaque séance, il est d'ailleurs souvent le premier parmi les participants à vouloir passer derrière le rideau, et, si le temps restant permet de proposer à nouveau de participer, Bertrand souhaite repasser sur la « scène ». Lorsque le temps qui nous est imparti n'est plus suffisant pour permettre un nouveau passage, Bertrand est capable de l'entendre.

Bertrand se montre capable d'affirmer ses choix lors des séances, l'affirmation nous est indiquée par un hochement de tête auxquels se superposent des bruits. Le refus quant à lui est déterminé par un mouvement latéral de la tête mais n'est pas accompagné de bruitages.

Lors du passage des autres participants, Bertrand prend beaucoup de plaisir à les voir évoluer et à danser depuis son siège au son des musiques choisies, pouvant parfois se révéler dangereux ou le mettre en danger par inattention ou surexcitation.

Lors d'une séance, alors que je me trouve au sol auprès d'une résidente (qui s'assied par terre afin de pouvoir se déplacer comme elle le souhaite) pour l'aider à définir ses choix, Bertrand s'est levé bien que ma collègue lui ait dit qu'il fallait attendre. Il s'est penché vers moi dans la limite de ses capacités pour se trouver à ma hauteur et m'a dit son prénom, quand par la suite je lui ai répété qu'il fallait qu'il attende son tour, il est retourné à sa place.

Au cours de l'atelier, Bertrand a établi envers moi une relation plus affectueuse qu'avec ma collègue. A la fin de son temps de passage sur la « scène » de l'atelier, Bertrand peut me prendre dans ses bras afin de me faire un bisou après l'avoir accompagné dans ses déplacements et mouvements.

Les temps de séparations peuvent être difficiles pour Bertrand qui peut ne pas vouloir quitter l'atelier. A l'annonce du temps d'interruption de l'atelier pendant deux semaines, Bertrand qui se trouvait debout à côté de moi, s'est montré contrarié et ne voulait pas être raccompagné vers sa maison. Quand je lui ai demandé s'il voulait rester dans la salle, il m'a répondu par un grand hochement de tête et un immense sourire ; après avoir verbalisé avec lui que nous allions nous retrouver et que cette interruption était momentanée, Bertrand a pu accepter la fin de cette séance et le retour au sein de sa maison.

E – Conclusion

Bertrand ne dit que quelques mots qui sont compris, cependant il est capable de se faire comprendre aux niveaux de ses demandes et a la capacité de pouvoir affirmer ou infirmer lorsque des questions lui sont posées. Il possède une bonne compréhension de ce qui lui est dit.

Les troubles de la communication présents chez Bertrand touchent majoritairement la communication verbale. La communication non-verbale peut se voir perturbée par l'intensité de son hémiparésie droite. Bertrand montre cependant un réel désir à entrer en relation et à communiquer avec ceux qui l'entourent.

Au cours de cet atelier, Bertrand semble prendre un réel plaisir à venir et à participer, pouvant par moment vouloir accaparer l'espace scénique. La verbalisation qui lui est apportée lui permet l'investissement des règles de groupe qu'il est à même de comprendre et de pouvoir entendre. La communication verbale et non-verbale vont permettre l'étayage par l'apport de limites et de repères.

Il est important que Bertrand puisse continuer d'exprimer ses envies et ses choix de façon spontanée au sein de l'atelier mais qu'il puisse aussi laisser l'espace nécessaire aux autres participants afin qu'ils puissent exprimer leurs envies.

Conclusion

Conclusion

Les personnes admises en Maison d'Accueil Spécialisée présentent de nombreux troubles à expressions multiples, ce qui les place dans situation d'extrême dépendance à l'autre ayant peu d'action sur le monde environnant. La lourdeur de ces troubles peut conduire à leur isolement qui se traduit par un repli sur soi, des troubles de la communication et de la relation.

Le polyhandicap est une intrication de troubles somatiques variés et d'une déficience mentale. Celle-ci compromettant l'accès à la communication verbale pour autant le langage oral n'est pas le seul moyen de communiquer. La communication verbale est le plus souvent absente en MAS ; lorsqu'elle est présente elle est déficitaire dans sa valeur de communication. La parole apportée par le psychomotricien en séance a plusieurs fonctions celle de constance des affects, celle de symbolisation en mettant des mots sur ce qui est vécu et de valorisation narcissique des capacités du sujet. La verbalisation va permettre d'étayer et de soutenir la personne.

Les troubles de la communication retrouvés dans le polyhandicap se situent à différents niveaux, il est important et essentiel pour le psychomotricien de réaliser un travail quant à la réception des informations perçues au moyen de son tonus et de l'observation des manifestations corporelles du sujet.

Les sujets atteints de polyhandicap représente une population difficile à aborder de par les nombreux troubles présents, le fait que l'on est dans une impossibilité de guérir ces personnes mais aussi concernant tout ce qui va venir faire résonance pour nous.

Le travail en psychomotricité auprès des résidents est un travail présentant une évolution lente à l'instar de la vie d'une Maison d'Accueil Spécialisée où la notion de temps est comme suspendue. Les prises en soin en psychomotricité vont insuffler une dynamique différente à celle de la vie quotidienne.

Auprès des personnes souffrant de polyhandicap, de nombreux axes de travail sont possibles, l'absence de limites corporelles et de limites psychiques peut orienter un travail en psychomotricité autour de la question de l'élaboration corporelle.

Bibliographie

<http://www.unapei.org>.

<http://www.arcenciel-asso.org>.

<http://www.chups.jussieu.fr/>.

<http://www.afdphe.org/la-phénylcétonurie>.

http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/polyhandicap,_p._200-212.html.

<http://www.aphp.fr/handicap/le-polyhandicap-limc/polyhandicap-multihandicap-definition/>.

http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=141&Itemid=44.

<http://communicationtheory.org/shannon-and-weaver-model-of-communication/>.

<http://hopital-necker.aphp.fr/les-du-polyhandicap/>.

<http://www.moteurline.apf.asso.fr/spip.php?rubrique125>.

Andreas, Fröhlich. *Qualité de vie- recueil de textes*. Lavigny, 1995.

Apter-Danon, Gisèle. «Le dialogue tonico-émotionnel parent-bébé : une mise en scène de l'intersubjectivité.» *Evolutions Psychomotrices* n°63, 2004: 28-33.

Are, Béatrice. «Une approche psychanalytique du polyhandicap.» *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°166, 2011: 62-70.

Beaudichon, Jeanine. *La communication*. Armand Colin, 1999.

Ben Soussan, Patrick. «Le tonus, un rite de passage et un jeu de langage.» *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°157, 2009: 36-46.

Bernard, Florence. «la rééducation psychomotrice en MAS.» *Soins Psychiatriques*, Mai 1992.

Boscaini, Franco. «Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique.» *Evolutions psychomotrices volume 16 n° 63*, 2004: 12-20.

Camélio, Marie-Claude. «L'enfant polyhandicapé et les aléas de la communication empathique et émotionnelle.» *Dialogue* n°174, 2006: 63-73.

Canizarez Hernandez, Martica. «Le dialogue tonico-émotionnel, Réflexions à partir de la psychologie.» *Evolutions Psychomotrices volume 16 n° 63*, 2004: 21-23.

Caubet, Claude. «Polyhandicap et éprouvé de liberté : un paradoxe quelquefois surmonté.» *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°155, 2008: 102-111.

Chavaroché, Philippe. *Travailler en MAS*. Editions érès, 2011.

Cobut, Claude. «Ceus et celles que l'on accueille.» *VST - Vis sociale et traitements* n°119, 2013: 119-125.

Corraze, Jacques. *Les communications non-verbales*. PUF.

Dolto, Françoise. *Tout est langage*. Gallimard, 1994.

Genevieve, Haag. «Quelques précisions sur le langage corporel des enfants polyhandicapés nature du dialogue possible.»

Golse, Bernard. «Du concept de dialogue tonique au concept d'interactions.» *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°162, 2010: 6-15.

Isabelle, Sage. «Quand le corps s'exprime: les postures émotionnelles.» *Evolutions Psychomotrices* n°79, 2008: 17-23.

Jacquemot, François. «Réparaion ou accompagnement? Le casse-tête des professionnels travaillant auprès de personnnnes polyhandicapées.» *EPSOS* n°60.

Lee, Chang-Hoon. «Le langage est un "lieu" de communication.» *Sociétés* n°121, 2003: 83-91.

Les causes du polyhandicap. <http://hopital-necker.aphp.fr/les-du-polyhandicap/>.

Lesage, Benoît. «Pour un corps relié et expressif : travail avec des personnes polyhandicapées.» *Thérapie Pdychomotrice et Recherches* n°166, 2011: 72-79.

Livoir-Pertersten, Marie-Françoise. «Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme.» *Thérapie Psychomotrice et Recherches* n°157, 2009: 96-107.

Meyer, Agnès. *Le temps de parole dans les ateliers ede psychomotricité*. Mémoire de psychomotricité, 1997.

Mourgues, Gaëlle. *Polyhandicap, communication et psychomotricité*. Mémoire de psychomotricité, juin 2000.

Munoz, Gaëtan. «Adultes polyhandicapés : quand la rencontre ne va pas de soi ...» *XXXIèmes Journées annuelles de thérapie psychomotrice*. Annecy, 2002.

Myrto, Zacharopoulou-Sapalidou, et Gariette Catherine. «Les gestes qui parlent: étude du développemnt de la communication gestuelle de l'enfant.» *Evolutions Psychomotrices* n°79, 2008: 4-11.

Pireyre, Eric. *Clinique de l'image du corps Du vécu au concept*. Paris: Dunod, 2011.

Pireyre, Eric. «Les angoisses corporelles archaïques en psychomotricité.» *Evolutions Psychomotrices volume 16* n° 63, 2004: 3-11.

Potel, Catherine. *Etre psychomotricien Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse: Editions érès, 2013.

Rousseau, Marie-Christine. «La prise en charge hospitalière au long court des patients polyhandicapés.» *Reliance* n°28, 2008: 28-32.

Schein, Itzhak. «Cheminements et errances a travers deux langues (1983).» *Thérapies psychomotrices et recherches n°147*, 18-22.

Schein, Itzhak. «Espace relationnel/ Espace de partage (ou partagé) 1982.» *Thérapies psychomotrices et recherches n°147*, 16-17.

Schein, Itzhak. «L'espace relationnel (1980).» *Thérapies psychomotrices et recherches n°147*, 2006: 13-15.

Zucman, Elisabeth. *Auprès de la personne handicapée : une éthique de la liberté partagée*. Editions érès, 2011.

Zucman, Elisabeth. *Accompagner les personnes polyhandicapées ; Réflexions autour des apports d'un groupe d'étude du CTNERHI 2ème édition*. CTNERHI, 2000.

Zucman, Elisabeth. «Impact du Polyhandicap de l'enfant sur la famille et sur les professionnels.» Colloque Polyhandicap, quatrième session.

Table des matières

<i>Avant-propos</i>	1
Introduction	2
Partie Théorique.....	7
I - Le concept de polyhandicap	8
A – Définitions	8
B – Etiologies et prévalences	11
C – Troubles associés retrouvés dans le polyhandicap	12
1 - Troubles somatiques	12
2 – Trouble mental et troubles psychiques	14
3 – Troubles psychomoteurs	18
4 – La conséquence de ces troubles : la notion de dépendance à l’autre	19
E – Conclusion	20
II – La communication	21
A – Définitions	21
B – Théories et modèles de la communication.....	24
C – Dialogue tonique et communication verbale chez l’enfant	27
1 – Dialogue tonique ou tonico-émotionnel.....	27
2 – Communication verbale : son développement chez l’enfant	29
D – Communication et polyhandicap	31
E – Conclusion	33
III La psychomotricité en Maison d’Accueil Spécialisée	34
A – Qu’est ce que la psychomotricité ?	34
1 – Historique	34
2 – Définition, approche et travail en psychomotricité	36
B – Communication et psychomotricité	37
C – Communication, psychomotricité et polyhandicap	40
D – Conclusion.....	43
Partie Pratique	44
I - Présentation de l’institution.....	45
1 - Les lieux.....	45
2 - Le personnel.....	45
3 - Les résidents.....	46
4 - Le projet d’établissement.....	47
II – La psychomotricité au sein de la Maison d’Accueil Spécialisée	48

A – Présentation de la psychomotricité dans l’institution	48
B – Les prises en soin réalisées dans l’institution	49
C –Travail sur la communication en psychomotricité dans l’institution	50
III- L’atelier « Ombres chinoises »	52
A – Conception et élaboration du projet	52
B – Déroulement d’une séance	53
C – Dynamiques des groupes	54
D – Conclusion et bilan	55
Partie Clinique	56
❖ Gisèle, <i>quand la communication passe par quelques gestes</i>	57
A – Anamnèse	57
1 – Parcours médical	57
2 – Situation familiale.....	58
3 – Parcours institutionnel	58
B –Situation actuelle au sein de la MAS	59
C – Première période (octobre-décembre 2013).....	60
D – Deuxième période (janvier–avril 2014)	61
E – Conclusion	62
❖ Annie, <i>quand la communication fait défaut</i>	64
A – Anamnèse	64
1 – Parcours médical	64
2 – Situation familiale.....	64
3 – Parcours institutionnel	65
B – Situation actuelle au sein de la MAS.....	66
C – Première période (octobre-décembre 2013).....	67
D – Deuxième période (janvier– avril 2014)	68
E – Conclusion	69
❖ Bertrand, <i>quand la communication est là</i>	70
A – Anamnèse	70
1 – Parcours médical	70
2 – Situation familiale.....	70
3 – Parcours institutionnel	71
B –Situation actuelle au sein de la MAS	71
C – Premières rencontres	73
D – Evolution (février–avril 2014).....	74

E – Conclusion	75
Conclusion	76
Bibliographie	78