



HAL
open science

**En quête de sens, en quête de l'autre, en quête du moi :
l'apport de la psychomotricité dans un groupe de
sollicitations cognitives auprès d'enfants polyhandicapés**

Juliette Supply

► **To cite this version:**

Juliette Supply. En quête de sens, en quête de l'autre, en quête du moi : l'apport de la psychomotricité dans un groupe de sollicitations cognitives auprès d'enfants polyhandicapés. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187939

HAL Id: dumas-01187939

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187939>

Submitted on 28 Aug 2015

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.

Institut de Formation en Psychomotricité

Université Pierre et Marie Curie

Hôpital de la Pitié-Salpêtrière



**En quête de sens, en quête de l'autre,
en quête du moi.**

L'apport de la psychomotricité dans un groupe de sollicitations
cognitives auprès d'enfants polyhandicapés.

Mémoire présenté par

Juliette SUPPLY

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Pour la session de juin 2015

Maître de mémoire : Caroline SINTES, psychomotricienne

« Si tu veux aider quelqu'un, assieds-toi à côté de lui et demande-toi ce qu'il comprend. Si tu ne sais pas ce qu'il comprend, tu ne peux pas l'aider »

Sören KIERKEGAARD cité par Elizabeth ZUCMAN, 2012, p. 5

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Caroline S., ma maîtresse de mémoire, sans qui ce mémoire n'aurait pas vu le jour. Merci pour tous ses précieux conseils et échanges qui ont forgé mon identité professionnelle. Merci à elle de m'avoir transmis sa passion pour la psychomotricité et le domaine du polyhandicap.

Merci à toute l'équipe du service pour m'avoir permis d'effectuer ce stage si enrichissant. Merci spécialement à Morgane A., Brigitte F., et Marina O. pour leur écoute et leur super accueil.

Merci aux différents maîtres de stage qui m'ont accueillie et formée au cours de ces trois années : Agnès C., Sandrine A., Alexandra B., Julie L., Julie D, Géraldine P., Dominique R et Frédéric B. Merci aux institutions et aux équipes qui avec eux m'ont reçue.

Merci à tous les patients que j'ai rencontrés et accompagnés lors de mes stages. Ils m'ont aidée à affiner ma future pratique professionnelle. Merci pour leur joie de vivre.

Merci à tous mes professeurs pour ces trois années d'études riches en enseignements, en pratique et en découvertes.

Merci à mes parents et à mon frère pour leur patience sans faille pendant ces trois années. Merci de m'avoir toujours encouragée et soutenue dans mes choix de vie.

Merci à Antoine d'être là pour moi depuis le début et de croire en moi.

Merci à mes « toufiks » pour leur amitié et leur soutien depuis tant d'années.

Enfin, merci à Sabine, Clémence, Ophélie, Fanny, Marie et Jean-Philippe qui ont illuminé mes trois années de psychomotricité.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
A. PARTIE CLINIQUE	3
I. L'institution.....	3
1) L'hôpital.....	3
a) L'équipe pluridisciplinaire.....	4
b) Les projets de soins individualisés	4
2) La psychomotricité dans le service	5
a) La place de la psychomotricité au sein du service.....	5
b) Prescription et axes de travail	5
c) Les séances individuelles et groupales	6
II. Le groupe de sollicitations cognitives.....	6
1) Structure et projet.....	6
a) Le projet thérapeutique	6
b) Le cadre du groupe	7
c) Les moyens d'application du projet.....	8
2) Les enfants du groupe	9
a) Marius	9
b) Amel	15
3) L'évolution des enfants dans le groupe de sollicitations cognitives.....	21
a) L'évolution de Marius au long de l'année	21
b) L'évolution d'Amel au long de l'année.....	26
B. PARTIE THEORIQUE	33
I. Le polyhandicap	33
1) Evolution de la définition du polyhandicap	33
2) Etiologie du polyhandicap	34
a) Les causes prénatales	34
b) Les causes périnatales.....	35
c) Les causes postnatales	35
3) Les manifestations cliniques du polyhandicap.....	36

a)	La déficience intellectuelle	36
b)	Les troubles moteurs et leurs conséquences orthopédiques	37
c)	Les troubles sensoriels	38
d)	Les troubles somatiques.....	39
e)	L'épilepsie	39
4)	Sémiologie psychomotrice du polyhandicap	39
a)	Troubles de la représentation du corps	40
b)	Troubles du tonus	40
c)	Troubles de la représentation spatio-temporelle.....	41
d)	Troubles du comportement.....	41
II.	Le développement cognitif du nourrisson.....	42
1)	Les apports de Jean PIAGET et d'André BULLINGER	42
a)	Les stades de PIAGET	42
b)	L'approche sensori-motrice d'André BULLINGER	45
2)	L'importance du développement émotionnel et social pour le développement psychique et cognitif du nourrisson	48
a)	L'intelligence émotionnelle	49
b)	Les capacités de communication sociale du nouveau-né.	49
3)	Comment les nourrissons apprennent-ils ?	50
a)	Acquisition et apprentissage	50
b)	Les mécanismes d'apprentissage chez l'enfant	50
C.	PARTIE DISCUSSION	52
I.	L'apport de la psychomotricité dans le groupe de sollicitations cognitives	52
1)	Sensori-motricité et polyhandicap : comprendre et s'adapter, le rôle du psychomotricien	52
a)	S'adapter aux troubles de régulation tonique	52
b)	La gestion des flux sensoriels	53
c)	Donner sens aux états toniques.....	54
d)	Respecter le rythme de chacun	55
e)	La nécessité des répétitions	55
f)	Apporter de la nouveauté : oui, mais quand ?	56
2)	La complémentarité des rôles de la psychologue et de la psychomotricienne pour le groupe.....	57

a) Le rôle de la psychomotricienne : décrypter la communication non-verbale, langage du corps	57
b) Le rôle de la psychologue	60
c) La cothérapie	60
II. L'apport du dispositif du groupe aux patients porteurs de polyhandicap	62
1) Le côté complémentaire du groupe aux séances individuelles de psychomotricité	62
a) Le rôle essentiel des séances individuelles de psychomotricité	62
b) L'apport des appareillages pour le développement de l'instrumentalisation ...	63
c) Ce que le groupe apporte... ..	65
2) Evaluer, pour qui ? pour quoi ?.....	69
3) Les limites du groupe de sollicitations cognitives	70
III. Ma place de stagiaire.....	72
1) Mon évolution tout au long de l'année	72
2) Etre attentif à soi	73
3) Etre attentif à eux	74
4) Une leçon de vie.....	74
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	76

INTRODUCTION

C'est au cours d'un stage d'observation lors de ma deuxième année de formation de psychomotricité que j'ai pu rencontrer pour la première fois des enfants porteurs de polyhandicap. Impressionnée par leurs atteintes mais aussi par leur joie de vivre, j'ai eu envie de les comprendre davantage.

Très intriguée par cette population, j'ai alors choisi d'effectuer mon stage long de troisième année auprès d'enfants atteints de paralysie cérébrale dans un hôpital de jour. J'ai rapidement participé à l'élaboration d'un groupe de sollicitations cognitives auprès de deux enfants polyhandicapés encadrés par une psychomotricienne et une psychologue. L'objectif principal de ce groupe est de favoriser l'accès à des représentations cognitives et corporelles de ces enfants par le biais d'activités sensori-motrices.

Déboussolée par la première séance, une multitude de questions me sont venues. La principale question qui a guidé l'élaboration de mon mémoire est la suivante : quelle est l'apport de la psychomotricité dans un groupe de sollicitations cognitives ? La psychologue et la psychomotricienne y ont deux rôles bien distincts mais quel est celui de la psychomotricienne ? Avant d'arriver à cette question, je me suis également demandé quel était le fonctionnement cognitif de ces enfants, comment les évaluer et comment interpréter leur langage corporel afin d'y avoir une réponse cohérente ?

Afin de vous entraîner dans ma réflexion, je vous décrirai dans un premier temps mon lieu de stage puis je vous expliquerai l'organisation du groupe de sollicitations cognitives. Je vous présenterai ensuite Marius et Amel, les deux enfants qui ont participé au groupe. Leur évolution dans le groupe tout au long de l'année sera aussi décrite.

Afin d'éclairer ma clinique, je définirai ensuite le polyhandicap et détaillerai son étiologie, ses symptômes et sa sémiologie psychomotrice. J'expliquerai ensuite le fonctionnement cognitif des nourrissons et les mécanismes d'apprentissages qui leur sont propres. En effet, bien que les personnes porteuses de polyhandicap aient une expérience de vie différente des nouveau-nés, les caractéristiques principales de leur fonctionnement cognitif s'approchent de celles des nourrissons.

Dans la dernière partie, théorie et clinique guideront ma réflexion afin de démontrer l'apport de la psychomotricité dans ce groupe de sollicitations cognitives et l'intérêt de ce dispositif pour Marius et Amel. Enfin, je vous décrirai l'évolution de ma place de stagiaire dans ce groupe.

A. PARTIE CLINIQUE

I. L'institution

1) L'hôpital

L'établissement qui m'a accueillie en stage est un hôpital public départemental qui regroupe plusieurs pôles d'activités et services de soins. J'ai été stagiaire au sein du service de rééducation des pathologies neurologiques congénitales de l'enfant (service C) dans le pôle « soins de suite et de réadaptation enfants ».

Ce pôle comprend trois autres services : le service de rééducation des pathologies neurologiques acquises de l'enfant, le service de rééducation orthopédique de l'enfant et un centre de suivi et d'insertion pour enfants et adolescents après atteinte cérébrale acquise.

Le service C accueille des enfants de deux à dix-huit ans porteurs d'une pathologie cérébrale, évolutive ou non, ayant lésé le cerveau pendant la grossesse ou peu après la naissance. Le critère d'admission est un accident cérébral étant survenu en période anténatale ou périnatale. Les séquelles et donc les troubles peuvent ainsi être variés : troubles moteurs (paralysie cérébrale), troubles cognitifs (déficience intellectuelle, troubles des apprentissages), polyhandicap et troubles psycho-comportementaux. Ce service peut accueillir environ quarante à cinquante enfants.

Le service présente trois types d'activités distinctes : Les suivis en long cours, les suivis post-opératoires et les consultations externes.

Lors des suivis en long cours, les enfants sont accueillis en hôpital de jour sur une durée maximale de deux ans. Ces enfants bénéficient donc d'une prise en charge pluridisciplinaire tous les jours de la semaine. Les enfants sont accueillis en externat, ils arrivent le matin et repartent le soir en taxi ou ambulance. Marius et Amel, les deux patients que je décrirai dans mes cas cliniques, sont suivis en long cours.

Lors des suivis post-opératoires, les patients sont accueillis après une intervention chirurgicale sur une durée moyenne de quatre à six mois. Des bilans et entretiens pluridisciplinaires sont réalisés avant l'intervention afin de relever toutes les données médicales de l'enfant et de préparer au mieux le suivi physique et psychologique du patient

et de sa famille pendant les périodes pré et post-opératoires. Après l'opération, un projet thérapeutique pluridisciplinaire est mis en place.

Des consultations permettant des évaluations neuro-orthopédiques et cognitives de patients externes peuvent également avoir lieu dans le service.

Les enfants suivis en long cours et en post-opératoire bénéficient de soins rééducatifs et éducatifs, d'une scolarisation et/ou d'un accueil en atelier éducatif pour ceux dont le profil ne permet pas une scolarisation.

Le pôle possède en effet une école d'enseignement de l'Education Nationale qui permet la scolarisation des enfants de la maternelle au premier cycle de l'enseignement secondaire.

a) L'équipe pluridisciplinaire

Les patients sont encadrés par une équipe pluridisciplinaire, rééducative, éducative et soignante animée par des médecins et des cadres de santé. Cette équipe est composée : de médecins de médecine physique et réadaptation, d'un pédiatre, d'une équipe rééducative (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens et orthoptistes), de psychologues cliniciens et de neuropsychologues, d'une psychanalyste, d'une assistante sociale, d'éducateurs et d'une équipe soignante (infirmières, aides-soignants et auxiliaires de puériculture). Une équipe de liaison de pédopsychiatres peut également intervenir sur demande de l'équipe face à des situations complexes, familiales ou psycho-comportementales de l'enfant.

b) Les projets de soins individualisés

Avant toute admission, l'équipe réalise une évaluation globale, neuro-orthopédique et cognitive, de l'enfant afin de lui proposer un projet adapté visant à optimiser son potentiel et à favoriser ses apprentissages et son autonomie. Les professionnels proposent ensuite des projets thérapeutiques qui vont orienter l'intégration du patient dans certains groupes thérapeutiques accompagnés ou non d'une scolarisation. Les prescriptions sont faites par le médecin de médecine physique et de réadaptation qui précise la fréquence des rééducations.

Ce projet est élaboré en concertation avec la famille et en collaboration avec les professionnels médicaux, médico-sociaux et les enseignants. Il est réévalué lors des réunions de synthèse qui ont lieu deux fois par an. Elles permettent de faire un point sur le suivi de l'enfant et de réfléchir au projet d'orientation. Chaque enfant dispose d'un référent par discipline dans lequel il est suivi. Ce sont ces référents qui assistent aux réunions de synthèse.

Une « visite sur table » se déroule tous les lundis matin. Cette réunion hebdomadaire permet de revisiter l'évolution de chaque patient et de transmettre les informations importantes ayant eu lieu pendant la semaine.

Le service peut proposer, à certaines familles, des guidances parentales dans lesquelles la participation des psychomotriciennes est souvent sollicitée.

2) La psychomotricité dans le service

a) La place de la psychomotricité au sein du service

Le premier poste de psychomotricien a été créé il y a trente ans. Désormais, le service accueille trois psychomotriciennes à temps plein. La psychomotricité a donc eu le temps et l'opportunité de faire sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Notre profession est entendue comme un métier qui permet d'aborder le patient dans sa globalité, incluant le travail de ses fonctions motrices mais aussi émotionnelles, comportementales et relationnelles. Les psychomotriciennes ont donc des axes de travail qui leurs sont réservés.

b) Prescription et axes de travail

Les séances individuelles de psychomotricité et les groupes co-animés par certaines psychomotriciennes sont prescrits par les médecins de médecine physique et de réadaptation.

Un bilan psychomoteur est systématiquement réalisé afin d'établir un projet thérapeutique personnalisé. Les différents types de bilans réalisés sont des bilans d'observation spontanée, des bilans sur le développement sensori-moteur et des batteries de tests standardisés. Le trouble principal qui indique la nécessité d'un suivi est ensuite exposé à l'équipe et à la famille du patient ainsi que les divers axes de travail abordés en séance comme objectifs à plus ou moins long terme.

c) Les séances individuelles et groupales

Les trois psychomotriciennes prennent en charge chacune en moyenne quinze patients en séance individuelle. Ces séances ont lieu dans une des trois salles de psychomotricité. Les patients bénéficient en moyenne d'une à deux séances individuelles par semaine complétés ou non par des groupes. Les séances durent environ quarante-cinq minutes.

Les suivis pluridisciplinaires peuvent se faire en individuel mais aussi en groupe. Les groupes sont co-animés par différents professionnels de santé en fonction des objectifs. Les psychomotriciennes participent à des groupes psychomoteurs et à des groupes pluridisciplinaires, dont le groupe de sollicitations cognitives sur lequel porte mon mémoire. En plus des axes thérapeutiques établis pour chaque groupe, ce dispositif permet aux patients d'évoluer dans un cadre contenant et d'expérimenter en relation avec l'autre, de communiquer et de partager à deux et/ou en groupe. Les psychomotriciennes en animent en moyenne trois chacune en co-animation avec une autre psychomotricienne ou un autre corps professionnel.

II. Le groupe de sollicitations cognitives

1) Structure et projet

Depuis septembre 2014, je participe à l'encadrement des deux binômes de sollicitations cognitives avec une psychologue (Marie) et une psychomotricienne (Amélie). Le groupe, qui fait l'objet de mon mémoire, est constitué de deux enfants polyhandicapés non-scolarisés : Marius et Amel. L'autre comprend deux enfants ayant un niveau moteur, cognitif et relationnel plus élevé mais dont les atteintes limitent grandement l'intégration scolaire. Ces groupes sont fermés¹.

a) Le projet thérapeutique

Le groupe de sollicitations cognitives a été fondé l'année dernière par Marie et Amélie. Suite à des réunions pluridisciplinaires, il est ressorti que le travail de la sphère cognitive de certains enfants nécessitait un approfondissement en groupe. Cette année, l'équipe a alors sollicité Marie et Amélie afin qu'elles y intègrent Marius et Amel.

¹ Groupe fermé : les membres du groupe sont stables et le groupe n'accueillera plus d'autres enfants jusqu'à la fin de l'année

Leurs résultats à une grille d'évaluation psychologique mettaient en effet en évidence un bas niveau cognitif. Les grilles utilisées sont le Profil de Compétences Cognitives du Jeune Polyhandicapé (P2CJP) pour Marius et Amel et le Profil Psycho-Éducatif (PEP) pour les deux autres enfants plus efficaces. Il était aussi important de former des binômes ayant des compétences et des résultats communs à ces grilles.

Différents axes de travail guident les séances au fil de l'année. L'objectif principal est de favoriser l'accès à des représentations cognitives et corporelles par le biais d'activités sensori-motrices. L'accès à ces représentations pourra leur permettre de maîtriser et d'anticiper davantage les flux sensoriels, compétences importantes pour l'adaptation relationnelle et la compréhension de l'environnement. Le développement des capacités de communication et de socialisation de ces enfants est aussi visé. Enfin, le cadre spatio-temporel et l'effet de groupe pourra favoriser le développement d'un sentiment de contenance nécessaire à l'élaboration de ces représentations.

b) Le cadre du groupe

L'établissement d'un cadre spatio-temporel fixe nous a paru essentiel pour donner des repères contenant et structurants à ces enfants.

Le groupe de sollicitations cognitives a lieu du mois de septembre 2014 au mois de juin 2015, une fois par semaine, de dix heures à onze heures. Le groupe se déroule dans la salle de psychomotricité. Nous proposons aux enfants de rester dans leur corset-siège (Annexe 1, p. 83) afin de les libérer de toute contrainte posturale. Nous nous installons en cercle.

Le groupe est organisé selon différents temps :

- Le trajet aller : La psychologue et moi-même allons chercher les enfants à l'atelier éducatif où ils sont déjà préparés physiquement et psychologiquement à notre venue par les éducateurs.
- Le rituel de salutation : Il s'agit d'un temps où nous proposons aux enfants de se dire bonjour par la voix, le regard ou encore le geste.
- Le temps des propositions : il constitue le moment où nous proposons différentes expériences sensori-motrices.

- Le rituel de fin : ici, nous invitons les enfants à se dire au revoir en chanson. La chanson « la coccinelle » est une chanson à gestes que nous avons associée à une petite pancarte sur laquelle est dessinée une coccinelle.
- Le trajet retour : La psychologue et moi-même raccompagnons chaque enfant à leurs activités programmées. Amel va à sa séance d'ergothérapie et Marius retourne à l'atelier éducatif.

Les temps de trajet font, selon moi, partie intégrante de la séance. En effet, ils me permettent d'observer l'état du jour des enfants à travers leurs propres moyens de communication. Lors de ce temps de rencontre, je cherche à adapter ma voix, ma posture et mes gestes ainsi que mon rythme à leur disponibilité. Je peux alors déjà réfléchir aux adaptations à proposer, lors de l'installation en salle et lors du temps des sollicitations.

c) Les moyens d'application du projet

Les exercices proposés ont été réfléchis par la psychologue, la psychomotricienne et moi-même afin de respecter le projet thérapeutique et de proposer des activités que les enfants apprécient. Ainsi ils peuvent travailler de manière ludique. Les exercices et le matériel (Annexe 2, p. 84) ont été adaptés au fur et à mesure en fonction des capacités et des difficultés de Marius et d'Amel. Pour cela, la psychologue a réalisé une grille de compétences (Annexe 3, p. 85) par enfant et par séance afin d'analyser de quelle manière les enfants se sont appropriés l'expérience. Ainsi, l'évolution nous paraît plus visible et les adaptations sont plus faciles à mettre en place. Les grandes catégories cognitives travaillées et leurs moyens d'application sont les suivants :

- Les capacités attentionnelles, d'abord sur une perception corporelle, puis sur l'autre et enfin vers l'objet.
- L'imitation gestuelle ou vocale à travers des activités où nous proposons, par exemple, aux enfants de lever les bras tous ensemble ou encore de faire des vocalises chacun son tour.
- La mémoire (à court terme et procédurale) à travers des activités de discrimination de leur propre visage sur photos ou en observant leur reconnaissance des objets ou des sons déjà utilisés.
- La permanence de l'objet, à travers le jeu de caché-coucou ou la recherche d'objets tombés à terre.

- Les capacités spatiales et d'orientation, par l'intégration de notions simples comme le haut et le bas, par des chansons à gestes et les notions dedans et dehors, par le jeu de la balle dans la boîte.
- La catégorisation simple à travers une activité de tri de canards en plastique. Nous proposons à l'enfant de nous indiquer (entre une boîte avec d'autres canards et une boîte vide) par le regard ou par la main la boîte où doit être rangé le canard.
- La relation de cause à effet, à travers la destruction d'une tour de cubes ou des bulles de savon ainsi qu'avec des buzzers.

En plus de travailler sur plusieurs catégories cognitives, ces exercices engagent les enfants dans une relation et sollicitent leur communication verbale et non verbale.

A chaque exercice, un but est à atteindre mais la manière dont les enfants y parviennent et l'ensemble de leurs comportements tonico-émotionnels sont aussi des éléments essentiels à notre projet. Il est important de préciser que ces activités sensori-motrices peuvent être expérimentées de manière différente par ces enfants. C'est à travers ces activités variées qu'ils peuvent découvrir des invariants et accéder à des représentations.

2) Les enfants du groupe

Marius et Amel sont des enfants qui m'ont beaucoup questionnée sur leur manière d'être présent au groupe et dans leur évolution. Le polyhandicap entrave considérablement leurs capacités cognitives, motrices et relationnelles. J'ai donc ressenti le besoin de réaliser une lecture plus fine de leur comportement afin, peut-être, de mieux comprendre leur façon de voir le monde et d'adapter mes interventions à leurs besoins.

a) Marius

1- Anamnèse

Marius est un enfant de six ans d'origine algérienne né le 18 avril 2009. Il a été admis dans ce service en novembre 2013 et présente une paralysie cérébrale avec quadriparésie* hypertonique de type spastique et dystonique. Cette paralysie cérébrale fait suite à une anoxo-ischémie* périnatale alors que Marius est né à terme.

* Tous les astérisques renvoient au glossaire.

Marius vit avec ses deux parents. Sa mère est femme au foyer et son père est mécanicien. Il est le cadet d'une fratrie de trois enfants. Il a une sœur de quinze ans et un frère de treize ans, en bonne santé. L'entente au sein de la fratrie est bonne.

Plus jeune, Marius a bénéficié également d'une socialisation en crèche municipale trois demi-journées par semaine accompagné d'une auxiliaire de mission handicap. Marius y est décrit comme un enfant éveillé.

Selon ses parents, Marius est un enfant calme et souriant. Son alimentation lui est proposée mixée et il est capable de boire au verre et au biberon accompagné de l'adulte. Par ailleurs, ses parents ont constaté la présence d'épisodes de toux récurrentes inquiétant l'équipe sur des fausses routes. Le sommeil est de bonne qualité. La propreté n'est pas acquise.

Marius est adressé dans ce service par un médecin d'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) où il bénéficie de séances de kinésithérapie, de psychomotricité, d'un suivi conjoint orthophonie/ergothérapie et d'un suivi éducatif. Ce suivi est toujours d'actualité.

Marius a fait une crise d'épilepsie de type myoclonique pendant l'été 2012. Il a actuellement un traitement médicamenteux antiépileptique et myorelaxant. Au niveau de ses appareillages, Marius possède un corset-siège.

2- Projet thérapeutique global de Marius à son entrée dans l'établissement

Suite aux bilans de pré-admission, il est convenu que Marius bénéficiera d'une admission à temps partiel de deux jours par semaine dans le service à partir de novembre 2013. Il lui sera alors proposé :

- Une socialisation adaptée à travers une prise en charge éducative en groupe.
- Une séance de psychomotricité d'une heure par semaine.
- La kinésithérapeute et l'ergothérapeute travailleront en lien avec l'équipe du SESSAD pour la confection des appareillages. Les séances de rééducation seront toujours assurées par le SESSAD.
- Une séance d'orthoptie d'une demi-heure par semaine pour éveiller son intérêt autre part que vers les adultes.

- Une séance d'orthophonie d'une heure par semaine afin de stimuler l'accès à une communication, de faciliter l'alimentation tout en guidant les parents sur ce dernier point.
- Un accompagnement psychologique régulier pour les parents de Marius.

Ces prises en charge sont toujours d'actualité et adaptées aux besoins actuels de Marius. Sa participation au groupe de sollicitations cognitives a été ajoutée à son projet thérapeutique en septembre 2014.

3- Ma rencontre avec Marius

Je rencontre Marius pour la première fois à l'atelier éducatif. Par l'intermédiaire de la psychomotricienne, je suis allée à sa rencontre pour me présenter et lui expliquer qu'il participera au groupe de sollicitations cognitives tous les jeudis avec Amel.

Marius est un petit garçon aux cheveux bruns, d'origine algérienne. Il me paraît petit par rapport à son âge. Il est installé dans un corset-siège dans lequel ses jambes sont positionnées en tailleur. Son hypotonie axiale domine, l'installation ne parvenant pas à limiter son attitude en enroulement. Il maintient sa tête légèrement soulevée pour regarder devant lui. Lorsque je m'avance vers lui et commence à lui parler, il se redresse brutalement en schème d'hyperextension, les bras en adduction complète et il me regarde d'un air interrogatif. Je me questionne alors sur ses capacités à discriminer les personnes familières de celles non familières, les voix connues de celles inconnues. Cependant, j'observe cette même réaction en hyperextension lorsqu'Amélie lui dit bonjour. Cette réaction pourrait alors traduire un seuil de tolérance aux flux externes bas, avec des modalités de réaction en tout ou rien, sans capacité de régulation tonique. Il finit par faire un léger sourire et nous nous rendons dans la salle de psychomotricité.

4- Conclusion et axes thérapeutiques du bilan psychomoteur

Afin de mieux connaître les troubles psychomoteurs actuels de Marius, je présenterai ci-dessous la conclusion et les axes thérapeutiques qui découlent de son bilan. En effet, par manque de place et car le sujet de mon mémoire ne traite pas de séances individuelles, je choisis de ne pas présenter le bilan complet. Ce bilan psychomoteur est un bilan d'évolution qui a été effectué par sa psychomotricienne référente au mois de septembre

2014. Suite à une première année de suivi, cette évaluation a été réalisée à partir des observations cliniques de l'ensemble des séances précédentes.

Marius est un petit garçon qui présente de bonnes capacités relationnelles. Cependant, il est dépendant de l'adulte et ne s'intéresse majoritairement qu'aux mimiques de ce dernier à défaut de porter attention aux objets qui l'entourent. Il présente une régulation tonique en tout ou rien. En effet, Marius est la plupart du temps en hyperextension axiale et investit davantage le haut de son corps. Il présente également un facteur E (ou émotionnel) l'entraînant dans des réactions de sursaut exagérées suite à un bruit inattendu. Lorsque la psychomotricienne parvient à le détendre, Marius s'effondre en hypotonie axiale. Les capacités posturo-cinétiques de Marius sont entravées par ses contractions dystoniques. Il ne se retourne pas seul et ne se soutient pas avec ses membres en décubitus ventral. La motricité fine de Marius est limitée de par son atteinte neuro-motrice. Marius apprécie les séances de psychomotricité et s'ouvre de plus en plus à son environnement. Les axes de travail en séance individuelle sont donc les suivants :

- Apporter à Marius des stimulations sensori-motrices lui permettant de s'approprier un vécu corporel unifié et de développer le sentiment de contenance, à travers des stimulations basales.
- Accompagner Marius dans l'exploration des propriétés des objets et du monde qui l'entourent, grâce à des manœuvres de détente et des mises en forme de son corps par le thérapeute.
- Accompagner Marius vers davantage de nuances dans ses capacités de régulation tonico-émotionnelle afin de favoriser l'interaction et l'exploration.
- Travailler la cause à effet à travers des activités ludiques.
- Favoriser la désignation par le regard et l'expression faciale.

5- Le P2CJP de Marius :

Le P2CJP de Marius a été effectué en novembre 2015 par la psychologue, la psychomotricienne référente et moi-même. Certains items se sont révélés plus faciles à estimer par nos observations en groupe (la courbe finale du profil individuel de Marius est présentée en Annexe 4, p. 86).

Voici dans un premier temps les résultats de la grille de réactivité de Marius (échelle d'évaluation de la réaction et du comportement) :

Au niveau des manifestations oropharyngées, Marius présente des troubles moteurs sévères qui entravent ses compétences bucco-faciales. Il émet parfois des vocalises lorsqu'il écoute de la musique. Il ne prononce pas de syllabe, ni de mot. Le bavage est modéré.

Au niveau des manifestations motrices, les mouvements de tête sont maîtrisés. Marius contracte ses membres systématiquement. Il ne peut pas agir sur les objets (préhension, rejet, déplacement) sans aide. L'arrêt de tout mouvement en situation de détente est rarement observé.

Au niveau des manifestations tonico-émotionnelles, les sursauts, la sudation et les sourires (parfois des rires) sont souvent observés. Marius pleure rarement. Il ne présente pas d'activité d'autostimulation, d'agrippement ou d'auto ou d'hétéro agressivité.

Voici maintenant les résultats de l'échelle d'évaluation des compétences cognitives qui ont permis d'élaborer le profil cognitif de Marius :

Au niveau des capacités sensorielles, en séance de psychomotricité, Marius réagit souvent aux stimulations auditives et peut différencier les chansons entendues. Il montre une préférence pour l'une d'entre-elles. La poursuite oculaire commence à être efficace et des mimiques faciales sont parfois observées. La désignation par le regard est parfois possible.

Sur le plan des capacités attentionnelles, Marius est capable de porter attention à une personne pendant une durée repérable mais ne parvient pas à rester attentif à un objet.

Au niveau des compétences socio-émotionnelles, Marius est sensible aux émotions des autres et semble percevoir la joie et la tristesse. Il réagit à un changement d'intonation dans la voix et aux changements d'expression faciale. Il est difficile de savoir s'il comprend ses propres émotions.

Au niveau des capacités mnésiques, Marius semble reconnaître de façon systématique les personnes de son entourage familial. Il reconnaît les sons familiers et réagit parfois aux sons peu familiers en sursautant. Il est difficile pour la psychomotricienne d'évaluer si Marius reconnaît des personnes rarement rencontrées, son image dans le miroir ou encore les lieux qui évoquent des souvenirs désagréables. Enfin, les objets semblent rarement reconnus par Marius.

Sur le plan des capacités verbales et communicatives, selon la psychomotricienne, Marius comprend parfois des mots simples. La compréhension des phrases est difficile à estimer. Il ne possède pas d'outil de communication comme la Langue des Signes Française, les pictogrammes ou le Makaton.

Au niveau du raisonnement, Marius semble parfois comprendre la relation de cause à effet mais il a des difficultés à anticiper un résultat même pour des actions répétées. Il ne possède pas la permanence de l'objet. Il ne repère ni les catégories, concrètes ou perceptives, ni la présence d'un élément incongru dans une situation familière.

Sur le plan des capacités spatiales, Marius a des difficultés à déconstruire un ensemble. Il ne repère pas les notions spatiales mais ces compétences pourraient être travaillées.

Enfin, au niveau des apprentissages, l'imitation est en cours d'émergence pour des gestes très simples.

Pour conclure, Marius est un garçon souriant, dans la relation. Ses compétences cognitives sont en grand décalage par rapport à son âge. Ses résultats dans les domaines mnésiques, verbaux, du raisonnement ainsi que dans ceux des capacités spatiales et des apprentissages sont homogènes et très faibles. Dans son profil, trois points forts sont à noter : les domaines des compétences sensorielles et attentionnelles et, dans une moindre mesure, des compétences socio-émotionnelles. Marius présente un certain nombre de compétences émergentes qu'il sera important de développer au sein d'un cadre de travail rassurant, répétitif et étayant. Les aptitudes qui peuvent être stimulées sont les suivantes :

- Les capacités attentionnelles (être attentif à l'objet et à la situation en cours).

- Les capacités verbales et communicatives (reproduire un son, un mouvement, respecter le tour de rôle, respecter une consigne, accéder à une désignation par le regard).
- Le raisonnement (travailler la relation de cause à effet).
- La mémoire (reconnaître sa photo et la différencier de celle de son binôme, reconnaître un objet, une situation, anticiper un résultat).
- Les compétences spatiales (repérer le dedans/dehors ; déconstruire une tour).

En fin d'année une nouvelle évaluation, à l'aide du même outil, sera proposée à Marius afin de faire le point sur l'évolution de ses compétences cognitives et communicationnelles et pouvoir fixer de nouveaux objectifs de travail.

b) Amel

1- Anamnèse

Amel est une petite fille de quatre ans et demi d'origine malienne née en octobre 2010. Elle a été admise dans ce service en janvier 2014 et présente une paralysie cérébrale entraînant une quadriparésie hypertonique de type dystonique. Une hypotonie du tronc et une atteinte de la motricité bucco-faciale sont aussi présentes. Cette paralysie fait suite à une prématurité (grossesse gémellaire suivie au Mali avec un accouchement à environ trente semaines d'aménorrhée [SA]) et une anoxie néonatale.

Le père d'Amel est mécanicien poids lourd et sa mère est mère au foyer. Chez eux, les parents parlent le Soninké². Amel est la troisième enfant d'une fratrie de quatre : elle a une sœur âgée de sept ans, un frère âgé de deux ans et une sœur jumelle. Tous les trois sont en bonne santé. Le logement est une maison aux normes « handicapés ».

L'alimentation d'Amel lui est proposée mixée et les boissons au verre ou au biberon. Elle ne manifeste pas de fausses routes sauf si le rythme du repas est trop rapide. Amel dort bien. Elle n'a toujours pas acquis la propreté.

² Le soninké est une langue de la famille nigéro-congolaise. Elle est parlée principalement au Mali.

Avant d'être admise dans ce service, Amel était suivie en psychomotricité dans un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP). Elle bénéficiait également de deux séances de kinésithérapie en cabinet libéral. Par ailleurs, Amel était gardée à la maison par sa mère.

Sur le plan médical, Amel bénéficie de traitements médicamenteux anti hypertoniques et anti-acides. La pose d'une sonde naso-gastrique a été nécessaire suite à ses difficultés de nutrition mais est actuellement retirée. Amel possède actuellement un corset-siège.

2- Projet thérapeutique global à son entrée dans l'établissement

Suite aux bilans de pré-admission, il est convenu qu'Amel bénéficiera d'une admission à temps partiel de cinq matinées par semaine dans le service à partir du mois de janvier 2014. Il lui sera alors proposé :

- Une socialisation adaptée à travers une prise en charge éducative en groupe.
- Une prise en charge individuelle en psychomotricité d'une heure par semaine.
- Une séance de kinésithérapie hebdomadaire d'une heure afin de stimuler les amplitudes articulaires et le guidage des Niveaux d'Evolution Motrice (NEM) dans le but de solliciter la motricité automatique.
- Une séance d'ergothérapie d'une heure par semaine afin de confectionner des appareillages adaptés aux déficiences d'Amel. La motricité fine sera aussi stimulée.
- Une séance d'orthophonie hebdomadaire d'une heure afin de stimuler l'accès à la communication en travaillant les pré-requis et la compréhension. L'orthophoniste accompagnera également les parents d'Amel autour de son alimentation.
- Une séance d'orthoptie d'une demi-heure par semaine visant à mettre en place un suivi du regard plus efficace en dépit de la rotation de la tête d'Amel due à ses contractions dystoniques.
- Un accompagnement psychologique régulier pour les parents d'Amel.

Ces prises en charge sont toujours d'actualité et adaptées aux besoins actuels d'Amel. Sa participation au groupe de sollicitations cognitives a été ajoutée à son projet thérapeutique en septembre 2014.

3- Ma rencontre avec Amel

Ma rencontre avec Amel se fait dans la salle de psychomotricité où se déroule la séance de groupe. La psychologue s'est chargée de l'accompagner jusqu'à la salle.

Amel est une petite fille d'origine malienne. Elle est très apprêtée, ses vêtements sont colorés et elle a des perles dans les cheveux. Tout comme Marius, elle me semble petite par rapport à son âge et je suis impressionnée par sa posture asymétrique. Malgré son corset-siège très contenant, sa tête est tournée vers la gauche, son regard est dirigé vers le plafond et son bras droit est levé et fléchi.

Lorsque je me présente, Amel me sourit mais ni son regard ni sa tête ne se dirigent vers moi. Je comprendrai ensuite que son sourire ne m'était pas adressé car ce dernier est resté figé tout le long de la séance. Il est dû aux contractions dystoniques qui atteignent son visage et l'ensemble de son corps. Amel semble largement entravée dans ses capacités de réactions. Au niveau tonico-postural, Amel ne dégage que très peu de manifestations visibles.

4- Conclusion et axes thérapeutiques du bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur d'Amel a été effectué par sa psychomotricienne référente au mois de septembre 2014. Ce bilan est également un bilan d'évolution basée essentiellement sur des observations cliniques. Voici la conclusion et les axes thérapeutiques qui découlent de ce bilan :

Amel prend progressivement ses marques en séance et s'ouvre davantage à son environnement. De ce fait, elle commence à dévoiler des compétences sur le plan relationnel même si le maintien d'un échange reste fragile. Son sourire est la plupart du temps figé mais il peut parfois se moduler suite à une sensation de plaisir. Au niveau du schéma corporel, Amel semble connaître deux à trois notions simples. Elles se situent actuellement dans l'espace oral. Ses contractions dystoniques emmènent l'ensemble de son corps en torsion dans une attitude asymétrique. L'exploration visuelle de son environnement est entravée par la rotation de sa tête. Amel parvient à se retourner seule du décubitus ventral à dorsal. Cependant ses capacités posturo-cinétiques sont entravées par ses contractions dystoniques. Sa motricité fine est peu efficace mais Amel parvient à

retenir un objet placé dans sa main. Elle a besoin d'une aide extérieure pour le relâcher. Pour finir, Amel prend plaisir à se déplacer et apprécie les jeux corporels et relationnels. Les axes thérapeutiques en séance individuelle sont donc les suivants :

- Apporter des stimulations basales (vibratoires, vestibulaires et somesthésiques) afin de lui offrir un vécu corporel rassurant d'unité et d'enrichir la construction de son schéma corporel.
- Offrir des stimulations sensori-motrices visant à l'accompagner dans l'intégration de ses différents espaces corporels (rassemblement autour de la bouche, regroupement des deux hémicorps, création de l'arrière fond et de son axe corporel).
- Favoriser l'envie de se déplacer et de manipuler pour donner une finalité à son action.
- Accompagner la mise en place de coordinations oculaires et l'exploration visuelle du monde qui l'entoure par des manœuvres de détente.

5- Le P2CJP d'Amel

Le P2CJP d'Amel a également été effectué en novembre 2015 par la psychologue, la psychomotricienne référente et moi-même (la courbe finale du profil individuel d'Amel est présentée en Annexe 4, p. 86).

Voici dans un premier temps les résultats de la grille de réactivité d'Amel (échelle d'évaluation de la réaction et du comportement) :

Au niveau des manifestations oropharyngées, la psychomotricienne observe parfois des émissions sonores (des cris, des vocalises) chez Amel. Elle ne prononce pas de syllabes, ni de mots articulés. Amel ne présente pas de bavage.

Concernant la motricité, au niveau facial, Amel peut parfois faire des mimiques : elle sourit, fait la moue, peut tirer la langue. La poursuite oculaire est parfois possible lorsque l'adulte mobilise la tête d'Amel. Au niveau de la motricité globale, les mouvements volontaires de sa tête sont entravés par de nombreuses contractions et sont donc rarement observés. Les mouvements corporels globaux sont parfois possibles mais ils restent très toniques et désorganisés. En enroulement, la faiblesse du tonus de son axe est souvent observée. Amel n'est pas capable de rester immobile, sans mouvement. Elle présente

parfois des comportements d'évitement (détournement de la tête, regard dans le vide). Amel n'a pas de mouvements corporels stéréotypés. Enfin, elle désigne rarement un objet par le regard ou avec la main.

Au niveau des manifestations tonico-émotionnelles, Amel sursaute souvent en réaction à un bruit. Elle présente une sudation importante. Les manifestations de sourires et de rires d'Amel sont très fréquentes. Les pleurs sans raison apparente sont rares.

Voici maintenant les résultats de l'échelle d'évaluation des compétences cognitives qui ont permis d'élaborer le profil cognitif d'Amel :

Concernant les capacités sensorielles, Amel réagit souvent à un son par un recrutement tonique, un sourire ou par le regard. Elle ne semble pas différencier les sons. Pour qu'Amel soit réceptive à une stimulation visuelle, cette dernière doit être située dans son champ visuel.

Sur le plan des capacités attentionnelles, selon la psychomotricienne, Amel est souvent capable d'écouter ou de regarder une personne pendant une durée repérable. Il est difficile d'estimer si elle parvient à se concentrer sur ses perceptions corporelles.

Au niveau des compétences mnésiques, Amel reconnaît les personnes de son entourage familial et le manifeste en vocalisant et en souriant. Elle réagit à des sons et bruits peu familiers. Amel connaît son prénom et est en cours d'apprentissage des prénoms des personnes qui s'occupent d'elle. En revanche elle ne reconnaît ni les personnes rarement rencontrées, ni les lieux, objets ou sons familiers.

Concernant la compréhension verbale, Amel semble parfois comprendre des mots et des phrases simples contextuelles. Elle ne possède pas de moyen de communication alternative.

Dans le domaine du raisonnement, la relation de cause à effet est rarement observée. Elle ne repère ni les catégories concrètes ni perceptives (telles chaud/froid ; sucré/salé). En revanche elle peut anticiper, de façon systématique, le résultat d'une action répétée.

Concernant les capacités spatiales, Amel a des difficultés à déconstruire un ensemble comme, par exemple, renverser une tour de cubes. Elle a des petites possibilités de déplacement dans son espace de vie en reptation ou en flèche mais elle ne contrôle pas sa direction. Amel ne repère pas la gauche et la droite ou les distances « près/loin ». Les notions spatiales sont à évaluer.

Au niveau des apprentissages, l'imitation de mouvements de bouche et de mimiques est parfois possible. Cependant, l'imitation vocale est plus difficile pour Amel. Les imitations gestuelles et verbales plus complexes ne sont pas maîtrisées.

Dans le domaine des compétences socio-émotionnelles, Amel réagit parfois aux changements d'intonation et d'expression faciale de l'adulte. En effet, face à une hausse de ton, Amel fait la moue puis elle s'anime lorsqu'on lui parle plus calmement. Elle est parfois capable de modifier ses comportements en fonction des personnes présentes. Ses comportements sont en effet différents à la maison, en séance individuelle et en groupe. Enfin, il est difficile d'estimer si elle perçoit les émotions des autres.

Pour conclure, Amel est une petite fille agréable et souriante. Son profil cognitif obtenu au P2CJP montre des compétences cognitives et communicationnelles en grand décalage par rapport à son âge réel. Le meilleur score est obtenu dans le domaine des apprentissages et les moins bons dans les domaines des capacités attentionnelles, spatiales et socio-émotionnelles. Toutefois elle présente des compétences émergentes sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour mettre en place des sollicitations adaptées. Les aptitudes qui peuvent être stimulées sont les suivantes :

- L'attentionnel (prêter attention aux personnes et aux situations de travail).
- La mémoire (reconnaître son image sur photo et pouvoir la différencier de celle de son binôme ; reconnaître un jeu, une chanson).
- La communication et les apprentissages (reproduire un son simple, une mimique, un geste).
- Le raisonnement (travailler la relation de cause à effet).
- Les capacités spatiales (déconstruire une tour, repérer le dedans et le dehors).

3) L'évolution des enfants dans le groupe de sollicitations cognitives

a) L'évolution de Marius au long de l'année

1- Son évolution dans la relation à l'autre

- De septembre à décembre

Mes observations de Marius lors des premières séances confirment celles de l'année précédente : il porte toujours un intérêt nettement plus grand pour les adultes que pour les objets. Marius regarde nos visages avec curiosité et plaisir, les yeux grands ouverts. Il manifeste peu d'intérêt envers Amel, préférant nous regarder lorsqu'elle réalise une action. Je suppose que nos modulations émotionnelles et l'amplification de nos expressions faciales stimulent et attirent davantage l'intérêt de Marius que le comportement d'Amel plus discret et figé. C'est donc à nous de faire en sorte que Marius s'intéresse à Amel en atténuant, par exemple, certaines de nos émotions et mimiques. Cet excès d'intérêt pour l'adulte entrave également l'engagement de Marius dans le respect du tour de rôle avec Amel, car son intérêt pour l'activité cesse dès lors qu'il n'est plus directement actif.

En ce début d'année, l'attention conjointe est difficile pour Marius qui préfère regarder le visage de l'adulte plutôt que la situation que ce dernier lui montre du doigt. A ce moment, je me sens donc obligée d'atténuer mes mimiques et mes émotions pour favoriser, en priorité, l'attention partagée avec Amel puis, progressivement, l'attention vers les objets. Ainsi, cela évitera également que Marius s'agrippe de trop à mon visage.

Lors des premières séances, Marius utilise davantage la communication non-verbale que verbale. Il exprime de plus en plus clairement plaisir et déplaisir, en modulant son expression faciale et faisant varier l'intonation de ses vocalises. Je remarque ainsi qu'il affectionne particulièrement le jeu de démolition de la tour de cubes et qu'il exprime un vif intérêt à découvrir ses capacités d'action sur l'environnement. Lors de cette activité, Marius sourit et gesticule comme s'il jubilait de plaisir. Il exprime aussi de l'inconfort en se projetant en arrière, la bouche grande ouverte tout en gémissant légèrement. Nous verbalisons alors ses ressentis afin que Marius se les représente et je viens accompagner un retour à l'enroulement par des manœuvres de décontraction. Nous comprenons par la suite qu'il était douloureux car son corset-siège n'était plus adapté à sa posture et à sa morphologie. Il sera changé au mois de janvier. Lors de ce premier semestre, Marius

présente beaucoup de fluctuations dans ses capacités de réactivité aux différentes sollicitations.

Le pointage est davantage travaillé par le regard puisque les bras et le corps de Marius sont entravés par ses contractions dystoniques. Au début de l'année, ses capacités d'utilisation du regard sont très limitées. Marius fixe le visage de l'autre, comme s'il s'agrippait visuellement pour se redresser. En effet, il ne suit pas du regard mes déplacements dans la salle et il a tendance à s'effondrer toniquement lorsque l'adulte se retire de son champ visuel.

Enfin, nous remarquons au mois de décembre que Marius est capable d'imiter l'adulte. En effet lors d'une séance il se met soudainement à nous imiter quand nous proposons aux enfants de lever les bras en l'air. Une imitation gestuelle est donc possible. Nous félicitons Marius et rigolons tous ensemble suite à ce comportement surprenant et encourageant.

- De janvier à mai

Au fur et à mesure des séances et grâce à nos sollicitations, Marius s'intéresse davantage à Amel. Il finit même par rigoler quand cette dernière fait tomber la tour de cubes ou appuie sur le buzzer quand ce n'est pas son tour. Il est important de préciser qu'Amel s'est aussi ouverte petit à petit et présente donc une attitude tonico-émotionnelle plus stimulante pour Marius. Grâce à cette augmentation d'intérêt envers Amel et grâce à une meilleure disponibilité, Marius se disperse de moins en moins et a plus d'outils pour respecter le tour de rôle qui est actuellement en cours d'acquisition. J'observe également que Marius se saisit d'une activité où nous proposons aux enfants d'émettre un son chacun leur tour, créant ainsi un dialogue vocal. Cette activité signe l'amélioration de l'imitation chez Marius qui est maintenant aussi possible vocalement. De plus, je pense que cette capacité d'imitation montre que Marius possède une meilleure conscience de l'autre dans un processus de différenciation qui évolue.

Cette capacité de différenciation entre lui et l'autre qui émerge chez Marius est, par la suite, confirmée par plusieurs éléments. Au mois de janvier, je constate avec plaisir que Marius semble me reconnaître quand je le croise dans le couloir. Il réagit systématiquement en m'adressant un grand sourire lorsqu'il me voit. Depuis le début de l'année, Marius réagit à son prénom mais cette réaction est davantage confirmée au

deuxième semestre car son sourire et ses mimiques sont plus vifs lorsque nous l'appelons. Au niveau du pointage, l'orientation de son regard vers sa photo ou vers le buzzer qu'il souhaite obtenir est plus fiable et nous montre des progrès dans ce domaine.

Au mois d'Avril, Marius démontre quelques capacités d'élocution en vocalisant plus ou moins distinctement « Amel » lorsque je lui demande « qui est sur la photo ? » en lui présentant une photo d'Amel. Il vocalise davantage et commence à essayer d'utiliser plusieurs syllabes pour s'exprimer.

L'attention conjointe, au début difficile pour Marius, a évolué positivement et lui a permis de porter plus d'attention sur l'objet et la tâche à effectuer. Marius est désormais capable de regarder ce que je lui montre du doigt et il commence à regarder dans la même direction que moi lorsque je suis surprise par un événement.

Petit à petit, Marius s'est ajusté sur le plan tonique arrivant parfois à trouver une modulation entre les postures hypo et hypertoniques. Nous verrons par la suite que l'acquisition de ce pôle intermédiaire a été étayée par des réactions d'habituation et d'anticipation mieux intégrées chez Marius. Je pense aussi que le changement de son siège lui a apporté plus de confort et de contenance et lui a permis d'être plus disponible pour s'ajuster aux autres et aux situations. L'engagement relationnel et le comportement de Marius sont désormais beaucoup plus stables d'une séance à l'autre.

2- Son évolution dans la relation à l'objet

- De septembre à décembre

Depuis le début de l'année, Marius exprime beaucoup de plaisir dans les diverses situations d'exploration guidée vers les objets. Pourtant, lors des séances de septembre et octobre, il me semble qu'il redécouvre à chaque fois le matériel et les effets possibles sur l'objet.

Durant cette période, les réactions d'alerte face aux flux visuels, auditifs ou tactiles sont très vives. Ainsi, lorsqu'il appuie sur le buzzer ou qu'il détruit la tour de cubes, Marius sursaute, se met en schème d'hyperextension et rigole. Nous rions avec lui mais nous mettons en mots sa réaction afin de le contenir et d'agir comme pare-excitation. Malgré la répétition des mêmes stimulations, ses réactions d'alerte varient peu. Il me

semble donc qu'à ce stade de l'année, Marius possède un défaut d'habitude et ne parvient donc pas à accéder à une anticipation du résultat. Cette réaction est à mettre en lien avec le facteur E de Marius cité dans son bilan. Nous avons donc décidé d'aider Marius à anticiper la sollicitation en répétant la consigne « attention, un, deux, trois » avant que Marius ou nous appuyons sur le buzzer ou détruisons la tour de cubes. Amélie ou moi sommes aussi présentes pour contenir physiquement ses réactions en lui permettant de retrouver rapidement un schème d'enroulement.

Ses capacités d'orientation vers la source sont entravées par ses contractions dystoniques et ses faibles capacités de modulation tonico-émotionnelle. Il parvient néanmoins à faire la grimace lorsqu'un foulard s'approche trop vite de son visage, comme signe de retrait. Marius peut aussi tourner la tête vers moi lorsque je lui parle ou vers certains des objets sonores. Nous émettons souvent un flux auditif provenant de l'objet pour favoriser ses réactions d'orientation. Le canal auditif semble ainsi très rapidement pouvoir être accompagné vers de plus riches explorations. Cependant, Marius est en grande difficulté pour suivre des yeux un objet. Son regard peut se fixer mais la poursuite est ensuite saccadée. Je lui propose donc à plusieurs reprises de suivre des yeux des bulles de savon mais cela reste difficile pour Marius. La poursuite devient meilleure le jour où je lui propose de suivre le déplacement de longs fils de couleur car, en les agitant, je crée un bruit qui maintient l'attention de Marius. Pour autant, je remarque que je dois doser la quantité de bruits provoqués et la distance de présentation des fils. En effet, Marius peut encore rapidement adopter son schème d'hyperextension si je les approche trop près de son visage.

L'exploration fine des objets et l'intentionnalité des gestes de Marius sont entravées par les contractions dystoniques qui atteignent tout son corps et plus particulièrement ses bras et ses mains. Il faut beaucoup de temps à Marius pour arriver au bout de son action et appuyer sur le buzzer par exemple. C'est alors à nous de nous adapter en guidant son geste par des manœuvres de décontraction ou encore en réfléchissant constamment à l'endroit où doit être placé l'objet pour favoriser ses réactions d'orientation.

La permanence de l'objet n'est pas intégrée et doit être travaillée. Marius réagit peu au jeu du caché-coucou et il ne regarde pas en direction des objets qui tombent à terre.

- De janvier à mai

Au fil des mois, j'observe que Marius commence à reconnaître certains objets. En effet, il réagit vivement en gesticulant de plaisir lorsque nous sortons la tour de cubes ou les buzzers de notre boîte de matériel. Cette réaction signe aussi une capacité de mémoire à long terme chez Marius.

Au fur et à mesure des séances, nous remarquons que ses réactions d'alerte diminuent au fil des répétitions lors d'une même séance mais qu'elles réapparaissent de plus belle au début de chaque séance. Ainsi lorsque je joue à faire tomber une balle dans une boîte métallique, Marius passe du schème d'hyperextension à de simples sourires. Cette constatation est enthousiasmante et indique un début d'habituation chez Marius. Lors d'une séance, après répétition du lâcher de balle dans cette boîte, je dispose un foulard au fond qui atténuera le bruit. Marius se redresse alors, surpris de ce changement d'effet. Des capacités d'anticipation émergent. Au mois d'avril, au début d'une activité, j'observe que Marius sursaute légèrement et cligne des yeux alors que je lui tends le buzzer. J'en déduis que Marius parvient à anticiper le flux auditif sans même avoir eu besoin de redécouvrir le matériel.

Ces observations indiquent également que Marius commence à intégrer la notion de cause à effet. Il appuie plus rapidement et fréquemment sur le buzzer et il commence depuis peu à pouvoir respecter la consigne « beaucoup de bruit/ chut ». Il réussit donc à engager et inhiber sa motricité selon un objectif simple. L'intentionnalité des gestes de Marius se manifeste en effet davantage au fil des séances. Il devient acteur de ses explorations et il cherche à avoir un effet sur son environnement. Ses capacités à démolir la tour avec les mains ou les pieds ont nettement progressé. Il est plus rapide. Je note également l'émergence de la prise de conscience de son corps dans l'espace. Lors d'une séance, alors que je positionne la tour près des pieds d'Amel, et ce non loin de Marius, j'observe qu'il tend ses jambes comme pour essayer de détruire la tour finalement presque à sa portée.

La poursuite oculaire de Marius s'améliore. En effet, j'observe qu'il parvient de mieux en mieux à suivre un objet même si ce dernier n'émet pas de flux auditif comme les bulles de savon. Marius prend du plaisir lors de cette activité. J'en déduis alors que sa poursuite est aidée par son intérêt pour les bulles de savon. Son corset-siège a également été changé

et apporte à Marius une contenance et un appui-dos plus stable qui, je pense, favorise une vision plus centrale nécessaire à la poursuite oculaire.

La permanence de l'objet est en émergence chez Marius et nécessite d'être travaillée. En effet, il réagit toujours peu au jeu du caché-coucou mais il regarde désormais par terre systématiquement lorsqu'il fait tomber les tours de cubes.

3- Conclusion

Marius s'est progressivement ajusté dans la relation à l'autre en trouvant des modulations entre les postures hyper et hypotoniques. Toujours intéressé par les adultes, Marius parvient aussi à porter attention à Amel et le partage émotionnel avec les membres du groupe se développe. Il vocalise davantage et commence à essayer d'émettre quelques sons simples. Malgré un manque d'intérêt flagrant pour les objets en début d'année, Marius parvient désormais à s'y intéresser et prend plaisir à découvrir l'action qu'il peut avoir sur son environnement. Ses expériences sensori-motrices s'enrichissent avec des capacités d'habituation et d'anticipation des flux externes qui lui permettent de diminuer ses recrutements toniques. Le changement de son corset-siège, nos adaptations environnementales et la répétition des sollicitations ont permis à Marius d'être plus disponible et de développer ses capacités. Marius a su, progressivement, trouver sa place au sein du groupe.

b) L'évolution d'Amel au long de l'année

1- Son évolution dans la relation à l'autre

- De septembre à décembre

En ce début d'année, les contractions d'Amel qui l'entraînent dans une position asymétrique entrave considérablement sa relation aux membres du groupe. Elle me donne alors l'impression d'être bloquée dans un corps qui l'empêche de s'exprimer. Du fait de la rotation de sa tête, son regard est dirigé vers le haut et l'empêche de nous regarder. Néanmoins, je remarque progressivement que son sourire se module en fonction de nos encouragements. Il paraît différent, moins figé. Il sera donc important que nous continuons par la suite nos amplifications émotionnelles afin d'aider Amel à interagir avec son environnement. Amel ne porte pas d'intérêt particulier envers Marius et le respect du tour de rôle n'est pas intégré. Je pense qu'Amel est, à cette période de l'année, trop centrée sur

elle pour prendre en compte la présence de Marius. Suite à ces observations, il nous a paru important de mettre en place une relation de proximité avec Amel afin de favoriser les échanges.

Pendant ce premier semestre, l'attention conjointe et le pointage ne sont pas possibles pour Amel. Lors des premières situations où ces deux notions sont sollicitées, je n'observe, comme seule réaction chez Amel, qu'un sourire qui varie en fonction de mes intonations. Ses mimiques faciales ne se modifient pas en fonction de l'objet présenté, ni des effets que je produis avec. L'utilisation du regard ou du bras pour désigner un jouet convoité n'est pas efficiente.

A cette période de l'année, les échanges avec Amel sont donc difficiles et je me sens légèrement démunie face à cela. L'importance de ses contractions et peut-être aussi la nouveauté du cadre l'empêchent de nous communiquer quoi que ce soit. Pourtant, progressivement, Amel s'ouvre à la relation et manifeste une communication non-verbale plus riche. Au mois de novembre, elle se révèle être capable de m'exprimer clairement plaisir et déplaisir. En effet, l'émergence d'un sourire lié à la réussite d'une action ou à nos mimiques s'amplifie et Amel pleure lors du départ de sa mère au début d'une séance. Durant cette période, Amel ne produit aucune vocalise.

Lors d'une séance de décembre, je propose un jeu d'imitation de grimaces. J'observe alors qu'Amel me tire la langue puis m'adresse un sourire ! Quelques semaines plus tard, elle réitère cette action uniquement suite à une consigne verbale. Des capacités imitatives et d'apprentissages simples sont donc possibles et je me rends compte, surprise, qu'Amel comprend quelques consignes simples contextuelles. A ce stade de l'année, je dois alors inventer des gestes qui correspondent au répertoire moteur de mes deux patients. En effet, à cause de ses contractions dystoniques, il n'est pas possible pour Amel de lever les bras lors de la chanson à gestes de fin de séance. Lorsque je lui propose cette action, aucune modulation tonico-posturale n'est observée chez elle.

- De janvier à mai

C'est à partir du mois de janvier, et grâce la régularité du groupe, qu'Amel se révèle et me dévoile sa personnalité. La modulation de son sourire et de ses expressions faciales ne cesse de s'enrichir, en réaction à nos rires et encouragements. Amel porte aussi de plus en

plus d'intérêt à Marius. Malgré des échanges de regard toujours limités, elle s'esclaffe lorsque Marius fait tomber la tour. Amel paraît également inquiète pour lui lorsqu'il exprime de l'inconfort et elle vocalise quelque chose qui ressemble fortement à « Marius » lorsque nous lui demandons à qui est le tour de jouer. Amel est toujours entravée par ses contractions dystoniques mais le partage émotionnel évolue positivement. En effet, elle rie lorsqu'elle appuie sur le buzzer alors que ce n'est pas son tour. Ce comportement est, au début, étayé par nos mimiques qui provoquent peut-être les rires d'Amel. Néanmoins, petit à petit, elle rigole sans l'appui de nos mimiques. Ce comportement indique que le tour de rôle est intégré. Cette acquisition signe aussi, tout comme pour Marius, un début de prise de conscience de l'autre chez Amel.

L'attention conjointe d'Amel est en émergence puisque j'observe qu'elle tente de tourner sa tête quand je lui demande de regarder une situation ou un objet. En plus de tourner sa tête dans la direction demandée, j'observe également qu'Amel la détourne en faisant la moue, comme si elle refusait d'observer ce que je lui indique. Cette observation est plutôt positive puisqu'elle nous montre un nouveau côté de la personnalité d'Amel.

Les capacités de pointage d'Amel par le regard sont toujours entravées par ses contractions mais j'observe des mimiques d'effort entraînant tout son corps en extension, me prouvant qu'Amel désire me montrer quelque chose. Je situe alors l'objet dans son champ visuel et j'observe que le pointage devient plus fiable. En effet, lorsque je présente à Amel une photo d'elle et une photo de Marius, l'orientation de ses yeux vers sa photo lorsque je lui demande « où est Amel ? » est plus fiable. Cette réaction signe, elle aussi, l'émergence d'une prise de conscience de l'autre chez Amel.

Durant ce semestre, elle communique davantage avec nous, de manière non-verbale et verbale. Au mois de janvier, elle réussit à bouger le bras lorsque nous lui disons bonjour, comme si elle voulait nous faire « coucou. » Nous avons alors mis des mots sur ce geste afin qu'Amel symbolise son action. Au fil des séances, j'observe qu'elle réitère ce mouvement pour nous dire bonjour mais aussi pour nous dire au revoir à la fin de la séance. Ce geste est de plus en plus fin. Je remarque en effet, courant avril, que des petits mouvements de doigts accompagnent son geste. Au niveau de la communication verbale, Amel a commencé à vocaliser au mois de janvier. Au fur et à mesure, son langage s'est développé. Un oui/non fiable est apparu et revient désormais de manière systématique lors

des séances. Elle utilise également plusieurs syllabes afin de prononcer les mots « coccinelle », « cube » ou encore « Marius ».

Les capacités d'imitation gestuelle d'Amel se développent et deviennent aussi possibles vocalement. Il est important de préciser que l'accès aux premiers gestes symboliques, comme le « coucou » d'Amel avec son bras, s'étaye sur l'imitation de nos propres gestes. Au mois de janvier, des mimiques d'effort pour lever les bras en l'air sont observées et soutiennent sa volonté de nous imiter. Je félicite donc Amel pour lui signifier que j'ai perçu son intention. Tout comme pour Marius, l'imitation vocale a été possible à partir du mois d'avril. Amel prend beaucoup de plaisir lors de ce jeu et n'hésite pas à vocaliser de plus en plus fort en voyant que cette action nous amuse.

2- Son évolution dans la relation à l'objet

- De septembre à décembre

Lors du premier semestre, aucune réaction d'Amel ne me permet de penser qu'elle reconnaît ou porte une affinité particulière pour un objet. Lorsque nous présentons l'activité aux enfants, Amel maintient son sourire figé et elle ne présente pas de modulations tonico-posturales.

En ce début d'année, l'absence de réaction d'alerte aux flux auditifs d'Amel me questionne sur son audition. Cependant, suite à la consultation de son dossier médical, je constate qu'elle n'a pas de troubles auditifs. L'orientation vers les différentes sources de stimulation et l'exploration visuelle des objets ne sont pas possibles de par la rotation de tête fixée. Il est donc important qu'elle reçoive un « feedback » auditif et tactile de l'effet de ses actions sur les objets. Ainsi, nos accompagnements stimulent ses sens pour compenser le flux visuel. Pour autant, la vision de l'objet ne doit pas être négligée, c'est pourquoi nous mettons en place plusieurs adaptations au fil des séances afin que l'objet se trouve dans le champ visuel d'Amel. Ainsi, la psychomotricienne et moi-même effectuons des manœuvres de décontraction de sa tête ou tournons son fauteuil afin qu'elle voie l'activité en cours. Ces adaptations permettent de maintenir des sollicitations visuelles chez une enfant dont la vue reste préservée et où l'adulte guide les mises en forme du corps quand le corset-siège ne suffit pas.

L'anticipation d'Amel à une situation est difficile à percevoir. Je remarque qu'elle cligne des yeux lorsque nous approchons lentement des fils de couleur vers son visage. Cette réaction pourrait être de l'anticipation mais également un signe d'irritabilité tactile et de compensation à son impossibilité de se protéger le visage avec ses bras.

L'exploration fine des objets et l'intentionnalité des gestes d'Amel sont entravées par ses contractions. Il est nécessaire que nous nous adaptions pour positionner l'objet au mieux afin qu'Amel parvienne à finaliser son geste. Ainsi, pour détruire la tour de cubes ou pour appuyer sur le buzzer, il est nécessaire de créer un contact entre l'objet et la main d'Amel. Elle parvient alors à finaliser son action mais avec un temps de latence parfois long.

Pour finir, la permanence de l'objet n'est pas acquise chez Amel. Je n'observe pas de réaction particulière lors du caché-coucou ou lorsque je cache un objet devant elle. Cette notion est, tout comme pour Marius, à travailler et peut être étayée par l'exagération de nos émotions afin qu'ils comprennent davantage la situation.

- De janvier à mai

Lors de ce deuxième semestre, Amel ne manifeste pas d'affinité particulière pour un objet mais elle semble prendre du plaisir à expérimenter avec ces derniers. A partir du mois de février, elle vocalise pour nous manifester son envie de commencer l'exercice en premier. L'élocution de plusieurs syllabes, plus ou moins reconnaissables, pour exprimer le mot « coccinelle » ou encore « cube » me laisse penser qu'Amel commence à reconnaître certains objets utilisés pendant le groupe. Tout comme Marius, cette réaction pourrait également témoigner qu'Amel possède certaines capacités de mémoire à long terme.

Au mois de février, je constate qu'Amel commence à avoir des réactions d'alerte suite à un bruit. Elle cligne des yeux et son tonus augmente légèrement. Au niveau de l'orientation vers une stimulation, Amel se saisit de nos adaptations et elle commence à orienter sa tête seule vers la source auditive. Nous profitons de ce moment pour guider et encourager Amel.

Des gestes intentionnels sont désormais visibles. Amel parvient à détruire la tour de cubes volontairement. Au vue de ses contractions au niveau des bras, cette action est plus

facilement réalisable avec son pied. Ses gestes deviennent de plus en plus intentionnels, orientés et isolés. Pour le buzzer, le respect d'une consigne simple « beaucoup de bruits/chut » est possible et Amel est capable de diriger légèrement son bras vers le buzzer situé près de sa main. Le temps de latence observé au premier semestre afin de finaliser son action a diminué. Ces réactions me prouvent qu'Amel s'est adaptée au groupe et se saisit de nos adaptations. Ils signent alors chez elle une évolution grandissante. Pour autant, la finalité de ses gestes n'est pas toujours très précise et demande une adaptation de l'adulte afin que l'objet soit le mieux placé possible.

Au mois de mars, des capacités d'anticipation sont clairement visibles chez Amel. Lors d'une proposition, je sollicite les enfants à me regarder faire tomber une balle dans une boîte. Je leur demande alors, en fonction de l'orientation de mon bras par rapport à cette boîte, si la balle tombera dedans ou non. Au début, Amel s'amuse suite à la chute de la balle par terre. Par la suite, avec plaisir et surprise, il nous est possible d'entendre qu'Amel crie un « NON » très distinct suite à cette même situation. Dernièrement, elle réussit à anticiper la trajectoire de la balle. Elle annonce, avant même que l'adulte lâche la balle, si « oui » ou « non » cette dernière tombera dans la boîte métallique.

Enfin, concernant la permanence de l'objet, je ne remarque pas d'observation particulière, à part des rires en réaction à nos mimiques lorsque nous cherchons l'objet. Cette notion doit être encore travaillée.

3- Conclusion.

Toute au long de l'année, Amel a fait de progrès relationnels indéniables. Elle s'est ouverte aux membres du groupe en exprimant ses émotions et en nous montrant des côtés de sa personnalité. Elle semble davantage prendre conscience des autres et s'y différencie progressivement. La communication non-verbale s'est enrichi et Amel est désormais capable d'exprimer quelques mots simples. Ses expériences sensorimotrices se sont développées avec des capacités d'anticipation des flux et d'orientation de la tête vers une sollicitation. Ses gestes sont de plus en plus intentionnels et orientés. Le temps de latence, élevé en en début d'année, pour effectuer une activité, a diminué et Amel nous dévoile de nombreuses capacités. Elle est donc capable de beaucoup de choses qu'elle ne montrait pas forcément en début d'année. Une adaptation humaine et matérielle, le respect du cadre et la

répétition des sollicitations lui ont permis de s'ouvrir progressivement à son environnement.

Après vous avoir présenté l'institution dans lequel j'effectue mon stage, le groupe de sollicitations cognitives et Amel et Marius, les patients qui participent à ce groupe, j'éclairerai cette clinique par de la théorie.

B. PARTIE THEORIQUE

I. Le polyhandicap

1) Evolution de la définition du polyhandicap

A travers mes lectures, j'ai pu constater qu'une évolution majeure de la considération de la personne handicapée a eu lieu. Elle est passée du statut de personne « grabataire » sans droit ni aide au statut de personne à part entière reconnue dans sa dimension de sujet. Je définirai alors le polyhandicap à travers différentes dates clés de l'histoire.

En 1985, un groupe d'étude du Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), dans le rapport intitulé « *Les enfants porteurs de handicaps associés : les multihandicapés* », met en place une définition officielle du polyhandicap. Dans cette publication est proposée une classification des troubles associés ou « multihandicaps » en trois groupes :

- Le plurihandicap qui désigne l'association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps, sans déficience mentale associée.
- Le surhandicap qui désigne la surcharge progressive d'une déficience physique ou psychique par des troubles d'apprentissage et par des troubles relationnels.
- Le polyhandicap qui a été défini de la manière suivante : handicap grave à expression multiple avec restriction extrême de l'autonomie et déficience intellectuelle sévère.

Il faut attendre le 27 octobre 1989 pour qu'une définition officielle soit adoptée. A partir de cette date, l'annexe XXIV ter crée et organise des conditions particulières de soins et d'accompagnement pour les personnes porteuses de polyhandicap. Ce décret définit le polyhandicap comme « un handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation »³. Cette définition laisse un champ très vaste d'interprétation et les limites du polyhandicap n'y sont pas claires. En effet, les déficiences et leurs importances peuvent être variées.

³ GEORGES-JANET L., 2002, p. 201.

Par ailleurs en 2005, le Groupe Polyhandicapés France (GPF) donne une définition plus précise du polyhandicap : « situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu 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. La situation complexe de la personne polyhandicapée nécessite, pour son éducation et la mise en œuvre de son projet de vie, le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles, l'ensemble concourant à l'exercice d'autonomies optimales. »⁴ C'est cette notion d'être unique, de prise en charge globale et adaptée à chacun, qui est au centre du travail en psychomotricité auprès des personnes porteuses de polyhandicap.

2) Etiologie du polyhandicap

Le polyhandicap est dû à une encéphalopathie * chronique * ou évolutive *. Les étiologies sont multiples, elles peuvent être pré, péri ou postnatales. De plus, selon Lucile GEORGES-JANET, « dans beaucoup de cas plusieurs causes peuvent se cumuler chez le même enfant. » (2002, p. 201). Il existe également des cas où l'atteinte cérébrale survient plus tardivement à la suite d'un accident aigu (traumatisme crânien, noyade, encéphalite, état de mal compulsif grave).

Actuellement, on estime que 30 % des étiologies sont inconnues. Cette pauvreté de diagnostic plonge l'entourage de l'enfant dans une incompréhension totale face à l'annonce du handicap.

a) Les causes prénatales

Les causes prénatales correspondent à 50% des étiologies du polyhandicap. Elles peuvent être dues à :

- Une cause environnementale : intoxications diverses (alcool, tabac, médicaments, produits chimiques), radiations et traumatisme fœtal.

⁴ Site ressource : <http://gpf.asso.fr/le-gpf/definition-du-polyhandicap/>

- Une infection du fœtus. L'infection peut être d'origine bactérienne (ex : *Escherichia coli**) ou virale (cytomégalovirus*, rubéole*, virus de l'immunodéficience humaine VIH).
- Des atteintes génétiques comme la trisomie 21 ou le syndrome de Rett.
- Des troubles métaboliques comme le diabète ou l'hypertension artérielle.
- Les accidents vasculaires cérébraux prénataux.

b) Les causes périnatales

La période périnatale correspond à un intervalle d'un mois avant et un mois après la naissance. On estime actuellement que l'origine du polyhandicap serait à 15% périnatale. Ces causes peuvent être dues à :

- Une prématurité, c'est-à-dire un enfant né avant trente-sept SA. Selon un article de l'hôpital Necker, « parmi les enfants polyhandicapés, nous remarquons une surreprésentation des enfants nés avec un faible poids de naissance »⁵
- Les souffrances obstétricales causant des lésions cérébrales comme l'anoxo-ischémie, l'utilisation de forceps ou encore les hémorragies dues à un accouchement long et difficile.
- Un ictère nucléaire*.

Parmi ces causes périnatales, il existe « un nombre très réduit de souffrances obstétricales par rapport aux souffrances fœtales ou grandes prématurités »⁶.

c) Les causes postnatales

Seulement 5% des causes du polyhandicap correspondraient à une étiologie postnatale.

Ces causes sont diverses et peuvent être dues à :

- Une infection : séquelles de méningites*, encéphalite* post-vaccinale ou infectieuse, encéphalopathie liée au virus du SIDA.
- Un traumatisme lié à une chute, une noyade, un étouffement ou à d'autres types d'accidents.

⁵ Site ressource : <http://hopital-necker.aphp.fr/les-du-polyhandicap/>

⁶ *Ibid.*

- Un traitement de tumeur : lésion due à la radiothérapie ou à l'intervention chirurgicale.
- Une maladie métabolique comme l'acidurie glutarique*.
- Ou encore un arrêt cardiaque.

3) Les manifestations cliniques du polyhandicap

Selon le Dr L. GEORGES-JANET, « les différences déficiences s'associent de façon diverse. Leurs effets fonctionnels varient avec le développement de l'enfant et le risque du handicap initial peut aggraver des handicaps secondaires » (2002, p. 202). Nous pouvons alors parler ici de surhandicap progressif c'est-à-dire d'une déficience qui entraîne une autre. L'un des objectifs principaux des prises en charge actuelles est justement d'éviter au maximum l'apparition de ces surhandicaps chez les enfants polyhandicapés. Il est aussi important de préciser que la symptomatologie du polyhandicap dépend des zones cérébrales touchées par la lésion.

a) La déficience intellectuelle

Le quotient intellectuel (QI) des personnes polyhandicapées est approximativement inférieur à 50. Selon Alfred Binet, nous parlons de déficience intellectuelle sévère pour un QI situé entre 25 et 40 et de déficience profonde pour un QI inférieur à 25. Néanmoins, il est très difficile d'évaluer le niveau de déficience à cause des difficultés de communication.

Cette déficience entraîne pour le sujet un certain nombre de troubles neuropsychologiques : « des difficultés à se situer dans l'espace et dans le temps, une fragilité des acquisitions mnésiques, des troubles ou voir une impossibilité de raisonnement et le plus souvent l'absence de langage ou un langage très rudimentaire. »⁷. Pour autant, la déficience intellectuelle préserve souvent des possibilités d'expression et de contact avec l'environnement si les enfants sont bien pris en charge.

⁷ GEORGES-JANET L., 2002, p. 202.

b) Les troubles moteurs et leurs conséquences orthopédiques

Les déficiences motrices sont nombreuses : en fonction de la localisation de la lésion cérébrale nous retrouvons trois types de syndromes. Par ailleurs, dans la majorité des cas, nous avons des formes mixtes associant ces syndromes.

1- Le syndrome pyramidal ou formes spastiques :

Cette forme est « un ensemble de troubles moteurs du à l'atteinte de la voie de la motricité volontaire »⁸. Cette atteinte entraîne une spasticité de certains muscles c'est-à-dire une hyperexcitabilité du réflexe myotatique qui se caractérise par des contractions musculaires excessives à l'étirement. Nous distinguons alors différents tableaux cliniques du syndrome pyramidal : l'hémiplégie cérébrale infantile*, la diplégie spastique* ou « maladie de Little » et la tétraplégie spastique*.

2- Le syndrome extrapyramidal ou formes dyskinétiques :

Le système moteur extrapyramidal est responsable de la motricité involontaire, dont l'ensemble des réflexes, et permet le contrôle du tonus musculaire. Nous observons alors chez les personnes atteintes d'un syndrome extra-pyramidal : des mouvements involontaires (en particulier des tremblements de repos), une hypertonie et une hypokinésie*. Les deux tableaux cliniques rencontrés sont :

- La forme athétosique qui se caractérise par des mouvements incontrôlables, involontaires, arythmiques et mal coordonnés se produisant au repos. Ces mouvements affectent particulièrement les membres supérieurs et l'appareil phonatoire. Ces mouvements sont augmentés par le bruit, le contact, les émotions et l'effort de maintien postural. Guy TARDIEU y inclut les facteurs B et E. Lorsqu'un sujet souffre d'un facteur B ou basal, il présente des contractions musculaires au lieu d'être en état de repos musculaire. Ce facteur n'est pas sensible à la rééducation. Le facteur E ou émotionnel définit la réaction pathologique (contraction supplémentaire irrépressible), inadaptée aux excitations brusques (piqûres, bruit soudain...). Contrairement au facteur B, ce facteur peut être amélioré par la rééducation.

⁸ Cours de sémiologie de 2^{ème} année de psychomotricité 2014, *l'infirmité motrice cérébrale*, Agnès RENAULT-DULONG

- La forme dystonique qui correspond à un ensemble de contractions toniques, involontaires, localisées à certains groupes musculaires. Ces accès hypertoniques vont imprimer aux membres ou à l'axe corporel des postures asymétriques avec des attitudes en flexion ou en extension.

3- Le syndrome cérébelleux ou formes ataxiques

Ce syndrome correspond à une atteinte du cervelet ou des voies cérébelleuses. Il entraîne des troubles de la coordination, de la statique et de l'exécution du mouvement.

4- Les conséquences orthopédiques

Selon Chantal BARAT, les enfants porteurs de polyhandicap « sont exposés à la survenue de déformations orthopédiques [...] Ces déformations atteignent de façon préférentielle : le rachis (cyphose, scoliose), les hanches (luxations*), les pieds (équins*, valgus*, varus*, etc.) » (1985, p. 88). En effet, « lors de lésions cérébrales, la répartition asymétrique des déficits musculaires et de l'hypertonie crée des tensions anormales sur les articulations » (*Ibid*). On retrouve alors une déminéralisation des os et de faibles amplitudes articulaires qui entraînent une gêne fonctionnelle au niveau de la posture et du mouvement.

Ces conséquences, source de douleurs et d'inconforts, ont un impact sur l'autonomie de l'enfant. La prévention des troubles orthopédiques doit donc être entreprise avant l'adolescence à l'aide de différentes prises en charge (rééducation et appareillages) afin de retarder les interventions chirurgicales. Les appareillages sont souvent nécessaires pour « éviter l'aggravation d'une malformation, pour redresser une zone articulaire, pour éviter un affaissement du tronc et donc éviter des complications respiratoires et digestives »⁹.

c) Les troubles sensoriels

La majorité des déficits concernent les sens visuels, auditifs et tactiles.

Les troubles de la vision sont très fréquents, ils sont présents chez 40% des sujets polyhandicapés. Ils peuvent présenter une amétropie*, une cataracte* congénitale ou acquise ou encore une malformation oculaire ou une atteinte rétinienne.

⁹ Cours de 3^{ème} année de psychomotricité 2015, *Option polyhandicap*, Laurent BONOTTE.

Les troubles de l'audition sont plus rares, ils concernent 3% des personnes polyhandicapées. Selon L. GEORGES-JANET, « L'évaluation de ces troubles n'est pas facile car elle suppose la compréhension du sujet pour être bien testée » (2002, p. 204).

Les troubles de la sensibilité tactile et de la sensibilité nociceptive sont encore mal connus. Il est parfois possible de constater une hypo-sensibilité tactile qui correspond à une absence ou une mauvaise transmission des informations sensorielles. Des phénomènes d'irritabilité tactile sont également observés. Le sujet ressent alors un effleurement comme une brûlure.

d) Les troubles somatiques

Les troubles somatiques sont nombreux et sont souvent une des causes principales de la mortalité chez les sujets polyhandicapés. Ils sont composés d'une insuffisance respiratoire* chronique, de troubles nutritionnels, de reflux gastro-œsophagien, de troubles de l'élimination entraînant constipation ou infection urinaire ou encore de fragilités cutanées.

e) L'épilepsie

L'épilepsie est « un état pathologique chronique relevant de causes multiples caractérisé par une répétition d'évènements paroxystiques induite par un brusque dysfonctionnement des neurones cérébraux »¹⁰. Elle concerne 40 à 50% des sujets polyhandicapés. L'épilepsie peut se manifester par des absences, des crises toniques brèves composées de secousses et de contractions et des manifestations neurovégétatives. Ce trouble contribue à alourdir le handicap de l'enfant et représente une lourde charge pour la famille. Il existe des traitements médicamenteux antiépileptiques et un régime cétogène est parfois administré en cas de résistance aux médicaments.

4) Sémiologie psychomotrice du polyhandicap

Selon Geneviève PETITPIERRE, à propos des sujets porteurs de polyhandicap, « une majorité présente des défaillances massives d'intégration sensori-motrice qui compromettent tant les échanges avec l'environnement que leur relation à leur propre corps. » (2011, p174). En effet, les diverses atteintes des enfants polyhandicapés ne leur permettent pas de percevoir et de traiter les expériences sensori-motrices de façon

¹⁰ Cours de neuropédiatrie de 2^{ème} année de psychomotricité 2014, *Convulsions, épilepsie*, Dr Marilyn TALLOT.

suffisante pour se développer convenablement. Ces limitations entraînent alors un grand nombre de troubles psychomoteurs qui s'entrecroisent les uns aux autres.

a) Troubles de la représentation du corps

Selon C. BARAT, « de par son arriération mentale profonde, de par sa motricité très déficiente [...], son absence de langage, sa difficulté à communiquer et parfois ses problèmes relationnels, il est difficile de savoir quelle image, quelle conscience l'enfant encéphalopathe peut avoir de son corps » (1985, p. 150-151). Nous pouvons supposer que la connaissance et la représentation de leurs corps leur font défaut. En effet, l'élaboration du schéma corporel se construit grâce à nos expériences perceptivo-motrices et leur intégration. Or, l'investissement corporel et l'investissement du monde sont problématiques pour les enfants polyhandicapés. La pauvreté de leurs expériences sensori-motrices est donc majeure. Le corps du polyhandicapé pourrait être vécu comme morcelé, sans vécu d'unité à l'origine d'angoisses archaïques créant des auto-agrippements.

L'objectif en psychomotricité serait donc de faire expérimenter aux sujets polyhandicapés des stimulations diverses afin d'étayer leur élaboration d'« un vécu corporel unifié, global »¹¹.

b) Troubles du tonus

Selon Marianne JOVER, « Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire » (2000, p. 17). Le tonus se développe conjointement à la maturation neurologique, et varie d'un individu à l'autre en fonction de facteurs génétiques et environnementaux.

Chez la personne porteuse de polyhandicap, les troubles du tonus sont majeurs. Ils découlent des effets de la spasticité, des hypertonies, des hypotonies, de la dyskinésie* et des troubles tonico-émotionnels (paratonie*, syncinésie*, dystonie*). Ces troubles toniques induisent donc des schémas d'enroulement et d'hypertension qui limitent les possibilités d'ouverture avec l'environnement.

¹¹ALLARD S., 2010, p.48.

L'objectif de la psychomotricité serait de proposer un travail ludique de stimulation et de détente. Comme le dit C. BARAT « nous essayons de faire sentir à l'enfant son corps en mouvement sous l'action de l'adulte, et de l'amener à se mouvoir lui-même ou à tenir une attitude » (1985, p. 152). Par ailleurs le respect des différents stades de développement de l'enfant est primordial.

c) Troubles de la représentation spatio-temporelle

L'ensemble des troubles de l'enfant porteur de polyhandicap modifie ses représentations spatio-temporelles. Selon André BULLINGER « l'évolution des représentations spatiales suit les étapes du développement postural » (2004, p. 164). Du fait de l'atteinte motrice, la découverte et l'investissement de l'espace par ces enfants sont donc réduits. De plus, leur grande dépendance à l'autre modifie la notion de distances relationnelles décrites par Edward T. HALL dans « *la dimension cachée* ».

Leur lenteur à réaliser des activités ou encore à obtenir ou effectuer une réponse adéquate pourrait perturber la représentation temporelle de ces enfants.

En plus d'être une attaque à leur continuité d'existence, les crises d'épilepsie entravent aussi leurs repères spatio-temporaux. En effet, selon L. GEORGES-JANET, « les absences à répétition font aussi perdre des repères, et on peut observer dans les états de mal-absence, des attitudes surprenantes où le sujet semble inconscient de sa propre position » (2003, p. 17).

d) Troubles du comportement

La difficulté de développement psychique et cognitif peut entraîner des troubles du comportement chez les sujets polyhandicapés. En effet, l'enfant handicapé peut présenter divers troubles d'importance variable comme des troubles dans l'identification, des vécus primitifs non intégrés, des troubles graves de l'intégration psyché-soma ou des angoisses archaïques. Face à ces angoisses, les sujets utilisent alors des moyens de lutte appelés auto-agrippements sensoriels. Ces troubles du comportement peuvent se présenter sous formes de stéréotypies, d'une auto ou hétéro-agressivité ou encore de phénomènes de replis psychotiques et/ou autistiques.

II. Le développement cognitif du nourrisson

1) Les apports de Jean PIAGET et d'André BULLINGER

La cognition correspond à « l'ensemble des activités intellectuelles et des processus qui se rapportent à la connaissance et à la fonction qui la réalise »¹². Depuis de nombreuses années, beaucoup d'auteurs se sont intéressés aux processus de développement cognitif chez l'enfant. Dans ce mémoire, je m'intéresserai plus particulièrement au développement cognitif du nourrisson. En effet, comme le dit Georges SAULUS en parlant des modes de fonctionnements psychologiques des personnes polyhandicapées « ils empruntent leurs caractéristiques principales à ceux du bébé et du tout petit enfant » (2008, p. 180). Le fonctionnement d'Amel et de Marius correspond davantage à ce niveau cognitif. Cependant il est important de préciser que les enfants porteurs de polyhandicap ont une expérience de vie, composée d'un vécu corporel, sensoriel et affectif, différente de celles des nourrissons.

Dans les années 1950, on considérait que le nourrisson était « un ventre ou un tube digestif plus ou moins passif qui absorbe et ou excrète »¹³. En 1973, Thomas B. BRAZELTON, crée la première échelle d'observation du nourrisson (NBAS) et affirme que le bébé est compétent et interagit in utéro et à la naissance avec son environnement. Esther BICK, Geneviève HAAG, Bernard GIBELLO ou encore Henri WALLON ont apporté énormément de théories à ce sujet. Je m'attacherai personnellement à développer les stades de J. PIAGET. Cette théorie offre, en effet, un modèle dynamique et cohérent du développement de l'intelligence chez l'enfant et me semble être une théorie importante. Je développerai ensuite l'approche sensori-motrice d'A. BULLINGER qui est au cœur du sujet de ce mémoire étant donné qu'il tente d'expliquer comment l'enfant apprend à habiter son corps pour en faire un moyen d'action sur son environnement.

a) Les stades de PIAGET

J. PIAGET (1896-1980) est un psychologue suisse connu pour ses travaux en psychologie du développement de l'enfant. A travers ces différentes réflexions et observations, il « cherche à connaître les mécanismes par lesquels l'enfant parvient à la connaissance et voudrait en saisir le fonctionnement et les étapes »¹⁴. Il adopte alors la

¹² LE NY J.F., in *Grand dictionnaire de la psychologie*, 1999, p. 460.

¹³ GOLSE B., 2008, p. 4

¹⁴ GOLSE B., 2008, p. 167.

théorie constructiviste de l'intelligence basée sur le fait que l'enfant apprend, expérimente et construit son développement cognitif au fur et à mesure des âges et en interaction avec son environnement.

Pour décrire la genèse de l'intelligence, J. PIAGET décrit cette évolution par stades. Il précise que « l'apparition de chaque nouveau stade n'abolit en rien les conduites des stades précédents et que les conduites se superposent simplement aux anciennes » (1936, p. 228). Il s'agit donc d'un système intégratif où chaque stade est lié les uns aux autres. La constance de l'ordre de succession des acquisitions et la compréhension du stade comme une structure d'ensemble sont aussi des critères caractéristiques de ces stades.

Avant de décrire les différents stades piagétiens et d'en comprendre le sens, il est important de définir différents termes utilisés par cet auteur. Tout d'abord la notion de schème est centrale dans la théorie de J. PIAGET. Un schème correspond à « la structure ou l'organisation des actions telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues » (2011, p. 11). Selon J. Piaget, il y a progrès intellectuel grâce à deux mécanismes opposés mais complémentaires : l'assimilation et l'accommodation. L'assimilation est un « mécanisme consistant à intégrer un nouvel objet ou une nouvelle situation à un ensemble d'objet ou de situations pour lesquelles il existe déjà un schème »¹⁵. A l'opposé, l'accommodation est « un mécanisme consistant à modifier un schème existant afin de pouvoir intégrer un nouvel objet ou une nouvelle situation »¹⁶.

Piaget distingue quatre stades principaux dans le développement cognitif de l'enfant : Le stade de l'intelligence sensori-motrice (de la naissance à 2 ans), le stade de l'intelligence pré-opératoire (de 2 ans à 6-7 ans), le stade de l'intelligence opératoire (de 7 ans à 11-12 ans) et la période des opérations formelles (de 11-12 ans à 16 ans). Au vue du profil cognitif d'Amel et de Marius, je développerai uniquement le stade de l'intelligence sensori-motrice.

Ce stade est divisé en six sous-stades. Selon Bernard GOLSE, « l'intelligence sensorimotrice est une intelligence sans pensée ou sans représentation, sans langage, sans

¹⁵ Cours de 1^{ère} année de psychologie 2013, *Le développement cognitif : théorie piagétienne*, Céline ROUSSEAU-SALAVADOR.

¹⁶ GOLSE B., 2008, p. 167.

concept. C'est une intelligence qui se détermine en présence de l'objet, des personnes » (2008, p. 171). En effet, l'intelligence est ici essentiellement pratique, basée sur l'action du corps sur le milieu.

1- Les exercices reflexes (de 0 à 1 mois)

A ce stade, l'enfant est centré sur lui-même. Selon Nathalie NADER-GROSBOIS « ce stade correspond aux premières réponses globales du nourrisson à une stimulation du milieu » (2014, p. 41). Ces réponses sont générées par des réflexes archaïques et orientés dont certains vont entraîner la formation de schèmes d'assimilation grâce à des exercices.

2- Les premières habitudes acquises et la réaction circulaire primaire (de 1 à 4 mois et demi)

Le mécanisme circulaire primaire correspond au résultat découvert par hasard et conservé par répétition. Le terme « primaire » indique que les mouvements de l'enfant sont centrés sur son propre corps. Ces actions ne sont pas encore dirigées vers les objets du monde extérieur. «L'enfant à ce stade appréhende le monde à travers des tableaux sensoriels successifs [...] sans relation entre eux » (*Ibid*). Par exemple, un enfant continue à sucer son pouce car il trouve ce schème satisfaisant. Il n'est alors plus le fruit du hasard.

3- Les adaptations sensori-motrices intentionnelles et les réactions circulaires secondaires (de 4 mois et demi à 8-9 mois)

Les réactions circulaires secondaires portent sur les objets extérieurs et non plus sur le corps. L'enfant reproduit alors volontairement un geste ayant donné une action intéressante et commence à comprendre que c'est son action propre qui entraîne le résultat. A ce stade, l'enfant dispose de schèmes intégrant la coordination oculo-manuelle.

4- La coordination des schèmes secondaires et leurs applications aux situations nouvelles (de 8-9 mois à 11-12 mois)

Selon N. NADER-GROSBOIS, à ce stade « un but préalable guide désormais les activités de l'enfant, qui cherche à mettre en œuvre les moyens dont il dispose » (*Ibid*, p. 42). L'enfant met des schèmes ensemble et les coordonne pour effectuer un acte unique. Certains schèmes étaient relatifs à d'autres situations. Il y a donc à la fois distinction du but et des moyens et coordination intentionnelle des schèmes. Dans cette situation les moyens utilisés sont improvisés et le but n'a pas été atteint au préalable.

5- La réaction circulaire tertiaire et la découverte de moyens nouveaux par expérimentation active (de 11-12 mois à 18 mois)

La réaction circulaire tertiaire est une réaction pour « voir si ça marche ». Ici, l'enfant découvre des moyens nouveaux au cours d'expérimentations actives par variation et graduation des mouvements. Selon B. GOLSE, cela amène aux « conduites d'expérimentation active » (2008, p. 174) dont le but est issu d'une intention spontanée du sujet.

6- Invention des moyens nouveaux par combinaison mentale et début de la représentation (18 mois à 2 ans)

Ce stade correspond à la transition entre l'intelligence sensori-motrice et l'intelligence représentative. L'enfant est capable de trouver des moyens plus seulement par tâtonnements mais par combinaisons mentales qui aboutissent à la compréhension soudaine ou insight. Par exemple : pour ouvrir une boîte, l'enfant observe l'objet et glisse son doigt dans la fente perçue.

Actuellement, ce concept de stade et d'évolution de l'enfant selon une suite d'étapes successives et clairement identifiables est remis en cause. Selon G. PETITPIERRE, « les travaux empiriques montrent que les enfants du même âge n'adoptent pas tous le même mode de pensée. Il en va de même pour leurs stratégies qui peuvent fortement varier d'un enfant à l'autre » (2013, p. 55). La théorie de J. PIAGET aurait également tendance à réduire le rôle décisif des fonctions sensorimotrices au seul stade de l'intelligence sensorimotrice. Or, les nouveaux modèles contestent que, « l'organisme resterait tout au long de la vie étroitement impliqué dans le fonctionnement et le développement de la pensée, de la cognition et l'action étant consubstantielles » (*Ibid*, p. 59). Les interactions sensorimotrices enrichiraient donc la cognition tout au long de la vie et l'intelligence de pur raisonnement émise par J. PIAGET serait remise en cause.

b) L'approche sensori-motrice d'André BULLINGER

A. BULLINGER (1941-2015) était professeur honoraire à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education et de l'Université de Genève. Grâce à ses connaissances, à ses recherches et à son expérience clinique, il a apporté de nombreux concepts au développement de l'enfant et a mis au point l'approche sensori-motrice. Il s'est inspiré des

travaux de J. PIAGET, H. WALLON, René SPITZ, Julian de AJURIAGUERRA ou encore Didier ANZIEU.

A travers l'approche sensorimotrice, A. BULLINGER se demande comment on passe d'un organisme en interaction dans son milieu physique et humain à un corps. Cette approche s'attache à décrire la façon dont le bébé, pendant la période sensori-motrice, apprend à habiter son corps pour en faire un moyen d'agir sur le milieu.

1- Une perceptive développementale et instrumentale

Contrairement à la théorie de J. PIAJET, l'approche d'A. BULLINGER s'intéresse davantage à la manière dont les acquisitions s'appuient les unes sur les autres qu'à des repères chronologiques, par stades successifs.

Selon lui, la perceptive instrumentale décrit « la progressive constitution d'une subjectivité, la façon dont un individu s'approprie son organisme et les objets de son milieu, qu'ils soient physiques ou sociaux » (2004, p. 25). Cette appropriation du milieu va permettre à l'individu de survivre et d'avoir un ensemble d'activités orientées. L'organisme (corps organique), les objets matériels du milieu et les savoir-faire sociaux sont des outils que l'individu devra apprendre à maîtriser pour les mettre au service de ses finalités.

2- Le concept d'instrumentation

Selon A. BULLINGER, l'instrumentation est « la manière dont le bébé parvient à faire de ses systèmes sensori-moteurs des outils qui lui permettent de comprendre et d'agir sur son milieu » (2004, p. 49). Ce processus nécessite que l'enfant se fasse une représentation de son fonctionnement, de ses actions et cela passe par différents mécanismes :

Durant la période sensori-motrice, l'activité psychique cherche à extraire un ensemble d'invariants des régularités produites par l'interaction entre l'organisme et son milieu. Cela s'appelle la boucle cognitive. Ces interactions sont les objets de connaissance du bébé qui lui permettent de former des conduites d'habituations et de réactions à la nouveauté. Selon A. BULLINGER « l'existence de ces conduites ne suppose pas de représentation de l'organisme » (2004, p. 63). La régularité spatio-temporelle lors de la rencontre entre

l'objet et les systèmes sensori-moteurs du nourrisson sont nécessaires pour permettre l'extraction d'invariants.

En grandissant, l'enfant forme des habitudes qui sont le fruit des coordinations entre divers boucles sensori-motrices. Il forme alors ses premières représentations appelées « proto-représentations ». Ces représentations sensori-motrices existent uniquement lorsque l'action est engagée et permettent des anticipations de l'enfant pendant la situation. Ici, c'est le geste qui est objet de connaissance de l'enfant.

Enfin, l'enfant arrive à des représentations qui se détachent de l'action en cours et qui peuvent être évoquées en dehors de l'action. Pour cela, l'enfant doit élaborer des représentations stables de son organisme, des objets et de l'espace qui les contient. A ce niveau, c'est la trace du geste, l'effet spatial du geste qui est l'objet de connaissance de l'activité psychique de l'enfant.

De plus, « la maîtrise du milieu, son appropriation supposent un état de disponibilité de l'organisme pour recevoir et traiter les signaux issus de l'interaction » (2004, p. 147). A. BULLINGER introduit alors la notion d'équilibre sensori-tonique.

3- L'équilibre sensori-tonique

Cette notion, déjà décrite par H. WALLON, est d'après A. BULLINGER « un état de l'organisme qui permet que l'activité psychique soit sensible aux signaux du milieu » (2004, p. 147). Nous pouvons distinguer deux boucles qui permettent à l'enfant de traiter les signaux :

- la boucle cognitive qui, « extrayant des régularités des invariants, permet une transformation des conduites » (2004, p. 146).
- La boucle archaïque qui participe « au réglage des états toniques de l'organisme » (2004, p. 147). Les variations toniques qui pourraient désorganiser le nourrisson sont régulées par différents moyens qui permettent à l'enfant, au fil des répétitions d'intérioriser ses états toniques qu'il reconnaîtra et qui seront le point d'appui des moyens instrumentaux (praxies) et des représentations de l'organisme.

Il existe quatre facteurs qui interviennent dans la régulation du tonus et qui sont accessibles à diverses étapes du développement : les états de vigilances et les représentations de l'enfant, le milieu humain et les flux sensoriels.

4- Les flux sensoriels

Selon A. BULLINGER « les flux sont formés par des signaux continus et orientés, susceptibles d'être détectés par un système sensoriel » (2004, p. 77). Nos capteurs sensoriels peuvent recevoir un flux de manière passive (la source est en mouvement) ou de manière active (ce sont les mouvements du capteur qui créent la variation) ou mixtes. A. BULLINGER distingue le flux gravitaire, le flux tactile, le flux olfactif, le flux auditif et le flux visuel.

Les théories de J. PIAGET et d'A. BULLINGER nous ont permis de mieux comprendre le développement de l'intelligence chez l'enfant. Cependant, il est important de préciser qu'il existe différentes sortes d'intelligence dont l'intelligence émotionnelle. Cette forme d'intelligence, appelée il y a quatre siècles « intelligence conative » par Baruch SPINOZA, est selon lui la première forme d'intelligence du très jeune enfant. Elisabeth ZUCMAN reprend cette notion lors d'une conférence organisé par Groupe Polyhandicap France et affirme que « L'intelligence des personnes polyhandicapées [...] semble être originale parce qu'elle est située au carrefour de l'émotion et de la cognition » (2012, p.5). Les émotions et les interactions sociales sont donc des éléments essentiels pour le bon développement cognitif des nourrissons et des enfants porteurs de polyhandicap.

2) L'importance du développement émotionnel et social pour le développement psychique et cognitif du nourrisson

Comme nous l'avons vu, J. PIAGET s'est intéressé aux aspects cognitifs de développement de l'enfant et a laissé peu de place aux dimensions sociales et émotionnelles. Selon B. GOLSE, en plus des mécanismes neuropsychologiques et cognitifs, « l'importance que jouent les signaux d'ordre émotionnel, souligne en même temps l'importance de la dimension relationnelle et affective comme co-déterminant de ce développement » (2008, p. 263).

a) L'intelligence émotionnelle

Ce terme est apparu en 1997 grâce à la publication de Daniel GOLEMAN qui « positionne le quotient émotionnel comme un complément indispensable au QI »¹⁷. Todd LUBART et Christophe MOUCHIROUD ont repris en 1999 l'échelle multifactorielle d'intelligence émotionnelle déjà émise par John MAYER et Peter SALOVEY et distinguent quatre facettes de l'intelligence émotionnelle : la capacité à identifier ses propres émotions et celles d'autrui, la capacité à tenir compte des émotions dans les activités cognitives, la capacité à comprendre les émotions et enfin la capacité à réguler ses émotions. Or, de nombreuses études sur les nouveaux nés ont montré que « leurs perceptions du monde social et leurs réactions à celui-ci dans le monde social surpassent de loin ce que l'on peut attendre en fonctions de leurs capacités motrices immatures »¹⁸. Mais alors, quelles sont les capacités de communication sociale que dispose le nouveau-né dès ses premiers jours de vie ?

b) Les capacités de communication sociale du nouveau-né.

Selon B. GOLSE, à partir de trois semaines, le sourire du bébé constitue un signal social. Dès huit semaines, il manifeste des expressions émotionnelles prototypiques (la joie, la tristesse, le dégoût, l'intérêt, la surprise, la colère et la peur). Des nouveaux nés d'un jour sont capables de différencier un visage triste d'un visage gai et les bébés de cinq mois discriminent des expressions vocales de joie et de colère. Ces derniers sont aussi capables d'apparier des expressions faciales et vocales.

Les capacités auditives du nouveau-né lui permettent également de reconnaître la voix de sa mère et de percevoir l'intonation, la mélodie et le rythme des voix. L'enfant y répond alors par des clignements des yeux. Les capacités olfactives du nourrisson lui permettent dès les premières heures de vie de reconnaître et de distinguer les odeurs maternelles.

Bien que le nouveau né dispose d'un bagage de base pour communiquer socialement, l'expérience des échanges qu'il aura avec les humains qui l'entourent contribue énormément à son développement psychique. Il est donc important de préciser que les interactions précoces décrites par H. WALLON, J. AJURIAGUERRA ou encore Donald

¹⁷ SCHELLES R. & PETITPIERRE G., 2013, p. 48.

¹⁸ ROGERS S. J. & DAWSON G., 2013, p. 23.

W. WINNICOTT sont aussi essentielles pour que l'enfant se construise psychiquement et se fasse une représentation de soi pour développer ses connaissances.

3) Comment les nourrissons apprennent-ils ?

a) Acquisition et apprentissage

L'apprentissage est « un processus systématique et intentionnellement orienté vers l'acquisition de certains savoirs, savoir-faire, savoir-être et savoir-devenir »¹⁹. L'apprentissage nécessite le bon fonctionnement des réseaux neuronaux permettant l'élaboration de capacités sensori-motrices. Les interactions avec l'environnement sont aussi essentielles pour l'acquisition de connaissances puisqu'elles sont « à l'origine de sélections et de remaniements au sein des réseaux neurones »²⁰. Michèle MAZEAU parle d'un apprentissage implicite qui repose sur les programmes génétiquement programmés et d'un apprentissage explicite qui dépend du milieu socio-culturel, et qui repose sur un enseignement explicite des adultes.

Parmi les théories de l'apprentissage, il existe différents courants comme le behaviorisme, le cognitivisme, le constructivisme ou encore le socio-constructivisme. De nombreuses théories ont alors émergé sur les mécanismes d'apprentissages. Afin de mieux comprendre comment les nourrissons apprennent, je m'intéresserai particulièrement à trois de ces mécanismes : la répétition, l'essai-erreur et l'imitation.

b) Les mécanismes d'apprentissage chez l'enfant

1- L'imitation

Dès la naissance, un bébé est capable d'imiter. Il imite principalement des mouvements faciaux de type protrusion de la langue et ouverture de la bouche. Puis les imitations deviennent plus complexes, se diversifient. Selon Fayda WYNNYKAMEN, « l'imitation, dans ses diverses formes, est un moyen parmi d'autres de sélection et de traitement des informations utiles » (1990, p. 159). La théorie de l'apprentissage vicariant ou social d'Albert BANDURA démontre que l'enfant apprend davantage de nouveaux comportements en observant ses pairs et en imitant les comportements qui font l'objet de

¹⁹ REY-DEBOVE J. & REY A., 2012, p. 122.

²⁰ MAZEAU M., 2005, p. XVIII.

récompenses et non de punitions. C'est donc par l'imitation que se font la plupart des apprentissages « spontanés » de la petite enfance comme la parole, les gestes ou encore les mimiques.

2- L'apprentissage par essai-erreur

En 1898, le psychologue américain Edward THORNDIKE publie les résultats de ses premières recherches dans la thèse « *Animal Intelligence* » et démontre l'apprentissage par essais-erreurs. D'après ses résultats, « un comportement est renforcé ou affaibli par l'effet de ses conséquences sur l'individu. L'action a alors tendance à se répéter si sa conséquence est satisfaisante pour le sujet »²¹. Ce phénomène est appelée la loi d'effet et est généralisable à l'être humain. En décrivant ses stades de développement de l'enfant, J. PIAJET confirme ce phénomène en décrivant les réactions circulaires qu'utilise le bébé pour obtenir un résultat satisfaisant. Le mécanisme d'apprentissage par essai-erreur permet donc au nourrisson d'acquérir de nouvelles connaissances sur lui-même et sur son environnement.

3- La répétition.

Dans la théorie de l'apprentissage par essai-erreur, E. THORNICKE parle également de la loi de l'exercice qui démontre que c'est en répétant la situation que la fréquence de comportement positif augmentera.

La répétition d'une action permet aussi de la placer dans la mémoire à long terme et d'y avoir accès plus rapidement. Ainsi, en répétant une action, le nourrisson pourra l'apprendre plus facilement et se l'approprier jusqu'à parvenir à refaire seul et de mieux en mieux cette opération.

J'aimerais maintenant vous entraîner dans ma réflexion sur l'apport de la psychomotricité dans ce groupe de sollicitations cognitives.

²¹ Cours de psychologie de 2^{ème} année de psychomotricité 2014, Historique et présentation des thérapies comportementales et cognitives, C. ROUSSEAU-SALVADOR.

C. PARTIE DISCUSSION

Je vous propose maintenant ma réflexion sur la question. Dans un premier temps je vous présenterai les différentes fonctions de la psychomotricienne dans ce groupe et je vous expliquerai leurs complémentarités avec le rôle de la psychologue. Je développerai ensuite l'apport de ce dispositif de groupe pour Marius et pour Amel. Je terminerai en développant l'évolution de ma place de stagiaire dans ce groupe, ce que j'ai pu apporter aux enfants en tant que future psychomotricienne et les leçons que j'ai tirées de cette expérience.

I. L'apport de la psychomotricité dans le groupe de sollicitations cognitives

1) Sensori-motricité et polyhandicap : comprendre et s'adapter, le rôle du psychomotricien

L'approche sensori-motrice d'A. BULLINGER a beaucoup apporté à la clinique psychomotrice. En expliquant comment l'enfant va apprendre à habiter son corps et en faire un moyen d'action sur son milieu humain et physique, A. BULLINGER donne des clés d'adaptation et de thérapie aux psychomotriciens. Dans l'hôpital où j'ai effectué mon stage, les psychomotriciennes s'appuient parfois sur ce référentiel théorique. Cela a rapidement éveillé ma curiosité sur l'intérêt de l'approche sensori-motrice dans le champ du polyhandicap. Je me suis progressivement approprié quelques notions qui m'ont permis de m'adapter aux besoins des enfants pendant le groupe de sollicitations cognitives.

Les déficiences des jeunes enfants polyhandicapés sont donc telles que leur prise en charge, en psychomotricité mais aussi dans le cadre de ce groupe de sollicitations cognitives, se fondent sur les stimulations sensori-motrices. En effet, c'est en s'appuyant sur une activité ludique qui s'oriente vers un but, dans un espace et un temps donnés, que les thérapeutes tenteront de faire appréhender à l'enfant l'unité de son corps et l'ouverture au monde environnant. Mais de quels outils dispose-t-on pour comprendre les manifestations de nos patients et adapter nos sollicitations à leurs réactions ?

a) S'adapter aux troubles de régulation tonique

La boucle archaïque permet à l'individu de moduler ses états toniques et de se les approprier afin de s'en servir comme point d'appui pour agir sur son environnement. Or,

les enfants porteurs de polyhandicap présentent des troubles sévères du tonus. Comme je l'ai précisé en théorie, quatre facteurs interviennent dans la régulation du tonus : les états de vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain et les représentations de l'enfant.

Les états de vigilance sont, selon A. BULLINGER « des configurations de comportements permettant de déterminer à quel niveau de conscience se trouve le nouveau-né à un moment particulier du temps » (2004, p. 34). Il continue en disant que le premier mode de régulation se fait en « tout ou rien », c'est-à-dire que l'enfant se trouve en hypotonie ou en hypertonie sans phase de transition. Ce mode de régulation « semble être un ultime recours, lorsque les autres systèmes ne sont pas disponibles ou sont débordés » (*Ibid*, p. 35). Au vu de leurs déficiences, les enfants porteurs de polyhandicap présentent un risque important de conserver ce mode de régulation en « tout ou rien ». C'est le sens que je mets à mes premières rencontres avec Marius. Souvent en hypotonie axiale, il réagissait à chacune de mes interventions, gestuelles ou verbales, par un sursaut brusque et un schème d'hyper-extension axiale. Je ne parvenais pas à adapter ma posture à ses compétences et cela engendrait trop de flux externes pour Marius qui se désorganisait.

Selon G. SAULUS, le système de pare-excitation est un « système qui permet au bébé de ne pas être submergé par des affluences sensorielles externes ou internes » (2008, p. 173) Le polyhandicap pourrait être à l'origine d'une insuffisance de pare-excitation en affectant les capacités du bébé à moduler ses niveaux de vigilance (par la survenue répétée de crise d'épilepsie par exemple). Le polyhandicap peut aussi entraver la fonction maternelle dont la mise en jeu est d'autant plus nécessaire que le système de pare-excitation de l'enfant est défaillant. Nous allons alors voir que la gestion de ces flux par le milieu humain est primordiale pour permettre à ces enfants de réguler leur tonus et donc d'être disponibles à la relation et à l'élaboration d'actions finalisées.

b) La gestion des flux sensoriels

De part leurs nombreuses déficiences motrices et cognitives, Marius et Amel ont des difficultés pour maîtriser ou traiter les flux qui proviennent de leur environnement. Selon A. BULLINGER, « l'équilibre sensori-tonique de ces enfants est très fragile » (2004, p. 54). Face à un environnement trop ou pas suffisamment stimulant, le patient peut se renfermer dans des stéréotypies qui apparaissent comme un moyen pour résoudre la tension accumulée. A. BULLINGER parle également de situation de dys-stimulation. A ce

moment, « l'environnement ne répond pas aux attentes élémentaires de l'organisme » (*Ibid*, p. 155). La situation est donc incohérente pour ces enfants et elle est également susceptible de faire apparaître des stéréotypies. A. BULLINGER dit alors que « la plateforme sensori-motrice de ces enfants s'avère trop étroite » (*Ibid*, p. 54). Il est donc important que le milieu humain, ici le thérapeute, ajuste les flux externes en veillant à leur cohérence, leur rythme et leur intensité. Marius et Amel ne présentent pas de stéréotypies. Cependant je remarque que Marius est concerné par l'apparition de décharge tonique lorsque la stimulation est trop forte. En effet, lors de la sollicitation où nous demandons si la balle va tomber dedans ou en dehors de la boîte métallique, je remarque que Marius sursaute brusquement suite aux bruits du contact de la balle contre la boîte. Je propose donc de poser un tissu au fond de cette boîte afin de diminuer le bruit pour que la sollicitation soit plus adaptée à Marius. Cette frontière étroite entre le « trop » et le « pas assez » n'est pas toujours facile à cerner et nécessite une attention, une écoute, une empathie de la part du psychomotricien tout au long de la séance.

Nous verrons alors que le psychomotricien a également pour rôle de donner sens aux états toniques de Marius et d'Amel.

c) Donner sens aux états toniques

G. SAULUS précise que les enfants porteurs de polyhandicap sont souvent soumis à une défaillance de la fonction alpha ce qui entrave leur développement cognitif. La notion de fonction alpha a été créée par Wilfried BION et désigne « la capacité de l'enfant et de l'entourage [...] à assurer la transformation, sous une forme assimilable par l'appareil psychique, des contenus sensoriels ou émotionnels initialement projetés sous forme de pleurs, de cris et de tensions musculaires »²². Le polyhandicap entrave cette fonction car le défaut d'équipement cognitif et la persistance de l'irritativité des flux sensoriels empêchent l'enfant de percevoir ces éléments. De plus, la difficulté de communication de l'enfant porteur de polyhandicap peut entraîner une difficulté maternelle à interpréter et donc à transformer ces messages. Il est donc du rôle du psychomotricien d'assurer au mieux cette transformation pour donner sens aux états toniques. Cependant, nous verrons par la suite, l'importance des regards croisés (de la famille et des autres professionnels) afin d'interpréter les messages de l'enfant de la manière la plus ajustée.

²² SAULUS G., 2008, p. 173-174.

Selon A. BULLINGER, le milieu humain « donne sens à ces états tonico-émotionnels : c'est ce qui va constituer la face externe de l'enveloppe corporelle » (2004, p. 36). Ainsi, quand Amel rie ou se met à pleurer suite au départ de sa mère, nous mettons des mots sur ses ressentis et tentons de lui en donner une interprétation cohérente afin qu'elle se les représente et qu'elle parvienne à réguler ses variations toniques. Le dialogue tonico-émotionnel dans un rapport corps à corps est davantage proposé en séance individuelle. Dans le cadre du groupe, nous choisissons de privilégier un contact corporel qui aura davantage une fonction d'appui et de maintien. Par exemple, en guidant l'enfant vers l'enroulement, nous l'aidons à se recentrer et s'apaiser.

d) Respecter le rythme de chacun

Je pense également que le rôle du psychomotricien, en séance individuelle mais aussi dans ce type de groupe, est de s'adapter aux rythmes de ses patients. En effet, nous observons au début de l'année qu'Amel possède un temps de latence parfois long que nous devons de respecter. Il est nécessaire de laisser le temps aux patients de répondre aux situations proposées pour éviter de passer à côté de leurs compétences et de l'émergence de désirs qui sont parfois infimes. Il est enfin important de considérer l'évolution de chacun de manière individualisée.

C'est en nous adaptant ainsi que les enfants déficients peuvent progressivement accéder à une représentation et finir par intérioriser ces moyens de régulation pour s'en servir comme point d'appui pour échanger avec le monde. Cette représentation constitue donc selon A. BULLINGER le dernier mode de régulation tonico-émotionnelle. Elle permet également aux enfants de se représenter les stimulations et favorise leurs réactions en retour. Nous verrons alors pourquoi il est nécessaire de répéter les sollicitations pour permettre l'émergence de ces représentations.

e) La nécessité des répétitions

Comme je l'ai expliqué en théorie, A. BULLINGER développe la notion d'équilibre sensori-tonique. Cet équilibre est établi par deux boucles qui permettent à l'enfant de traiter les signaux. La boucle cognitive, qui permet l'extraction d'invariants provenant du milieu, en fait partie. Or, « relativement à la personne porteuse d'un déficit dans son organisation sensorielle et/ou motrice, ces déficits peuvent perturber la production de

régularités, n'offrant pas les matériaux adéquates à l'activité psychique »²³. C'est ce que nous montre Marius qui sursaute brusquement après chacune de ses actions sur le buzzer. C'est donc à nous, psychomotriciens, de créer des régularités par la répétition des sollicitations. C'est à travers notre cadre spatio-temporel et notre posture que nous allons faciliter la mise en place de ces conduites d'habitude. Nous avons alors invité Marius à répéter cette tâche à chaque rencontre et nous avons cherché à l'aider à anticiper le bruit du buzzer par la consigne « attention, un, deux, trois ». De cette manière, je remarque, qu'au fur et à mesure des séances, Marius met en place des conduites d'anticipation de sursaut rien qu'à la vue du buzzer. Je pense donc qu'une représentation en dehors de l'action en cours commence à émerger chez Marius.

Face à l'évolution de mes deux patients au fil de l'année, je me suis interrogé sur le moment le plus opportun pour leur apporter de nouvelles sollicitations ?

f) Apporter de la nouveauté : oui, mais quand ?

Selon Sophie ALLARD, « le rôle du psychomotricien est de donner à l'enfant des sensations agréables, de les répéter et/ ou de les diversifier pour permettre à l'enfant d'intérioriser et d'adapter au mieux sa réponse » (2010, p.48). La nécessité de doser et de répéter les stimulations est évidente mais il est aussi important d'apporter de nouvelles stimulations en les complexifiant légèrement. Je me suis donc questionné sur les signes qui pourraient justifier la diversification et la complexification des activités, tout en tenant compte du besoin de répétition et de stimulations cohérentes.

Grâce à mes observations, j'ai su, au fil du temps, répondre à mes questions. Lorsque je note chez Marius un intérêt franc pour l'activité, j'estime qu'il intègre des notions et que la sollicitation doit être poursuivie et répétée. En effet, la motivation est indispensable pour apprendre. Ainsi, lorsqu'Amel semble moins impliquée dans l'activité des buzzers ou que Marius semble anticiper leur bruit, je m'autorise à faire évoluer l'activité. Je peux alors passer d'une activité d'inhibition motrice (avec la consigne « faire du bruit/chut ») à un travail plus élaboré autour du respect du tour de rôle. En effet, il me semble que lorsque l'intérêt d'un enfant pour la sollicitation diminue, cela peut-être un signe d'ennui et donc de nécessité de faire évoluer l'exercice. Ce changement peut aussi être mis en place quand l'anticipation de l'enfant se développe.

²³ SCELLES R. & PETITPIERRE G., 2013, p. 140.

Pourtant, en observant les enfants au fil des séances et en remplissant les grilles de cotation de Marie, je remarque que les compétences d'Amel et de Marius alternent entre des phases de progression, régression ou de stagnation. Ainsi, Amel réussit à faire tomber la tour de cubes parfaitement pendant une séance et accompagne cette action de rires et d'échanges avec le groupe. La semaine suivante, Amel, fatiguée et extrêmement contractée, ne reproduit aucune de ces actions. Je remarque que ces fluctuations sont toujours très en lien avec l'état interne (douleurs, besoins organiques...) de Marius et d'Amel. L'observation et la lecture fine de leur comportement est donc primordiale. Tout en respectant leur rythme et leur disponibilité, le psychomotricien doit s'adapter à ces phases en alternant les situations d'apprentissage plus complexes et les situations de répétition de tâches antérieures.

La psychomotricienne a donc une place à part entière dans ce groupe de sollicitations cognitives. Nous verrons alors en quoi le rôle de la psychomotricienne est complémentaire au rôle de la psychologue dans ce groupe.

2) La complémentarité des rôles de la psychologue et de la psychomotricienne pour le groupe

a) Le rôle de la psychomotricienne : décrypter la communication non-verbale, langage du corps

La psychomotricienne, et désormais moi-même, avons, de part nos référentiels théoriques, une fonction de mise en sens des manifestations corporelles et sensori-motrices d'Amel et de Marius et d'adaptation de l'environnement à ces compétences. Par cette connaissance particulière du corps, la psychomotricienne est donc à même de lire la communication non-verbale de Marius et d'Amel.

Jacques CORRAZE entend par communication non verbale « l'ensemble des moyens de communication existants entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores » (1983, p. 12). Les enfants porteurs de polyhandicap utilisent ce mode de communication pour nous exprimer leurs besoins et leurs goûts. C'est à partir d'une observation étalée dans l'année que j'ai pu comprendre les moyens dont disposaient Amel et Marius pour communiquer. En effet, selon Annick BATAILLE « l'observation est indispensable pour comprendre les signes corporels signifiant une communication. Pour

être efficace, elle doit s'inscrire dans le temps » (2011, p. 274). Mais alors, de quelle manière les enfants porteurs de polyhandicap communiquent-ils ?

- Le regard

A. BATAILLE dit, à propos du regard des enfants polyhandicapés, que « les signes sont très diversifiés et peuvent se manifester par un clignement des paupières, une ouverture plus ou moins grandes des yeux, une fermeture volontaire [...], une fixation [...] importante » (2011, p. 277). Ainsi, ce moyen de communication est propre à chaque enfant. Au fur et à mesure de l'année, Marius nous exprime de mieux en mieux ses états actuels par son regard. Lorsqu'il est content, il ouvre grand les yeux et ses derniers pétillent à la vue de la tour de cubes qu'il apprécie particulièrement. Lorsqu'il est douloureux, ses paupières se plissent davantage, Marius est recentré sur lui-même, son regard est coupé de la relation. Amel, elle, utilisait énormément sa vision périphérique au début de l'année. A ce moment, elle paraît dans son monde, coupée de toute communication. Au fur et à mesure, son regard devient plus taquin, support de sa personnalité. Amel et Marius sont de plus en plus capables de pointer du regard pour nous désigner un objet. Le regard permet donc à ces enfants de nous transmettre leurs émotions, leurs états actuels, leurs désirs et leur compréhension d'une consigne par la désignation d'un objet ou d'une personne.

- Les expressions faciales

Selon A. BATAILLE, « on doit prendre en compte les mimiques plus ou moins variées et explicites selon les enfants et selon l'importance de l'atteinte de la tonicité, de la motricité des muscles de la sphère bucco-pharyngée » (2011, p. 276). Elles permettent à l'enfant d'exprimer ses sentiments et ses réactions face à une situation. Parmi ces mimiques, le sourire en fait partie. Il peut être figé comme celui d'Amel en début d'année. Cependant, il peut aussi devenir une imitation-réponse au sourire de l'adulte puis une manifestation pour attirer son attention. C'est ce type d'évolution que j'ai observée chez Amel. Son visage est également de plus en plus expressif, capable de nous exprimer un déplaisir en faisant la moue ou une joie très vive en rigolant.

- Le tonus et le comportement

Le tonus global des enfants polyhandicapés peut également exprimer leur état du moment. La prise en compte de leurs particularités toniques dues à leurs déficiences motrices est cependant primordiale. Ainsi quand j'observe Marius en schème d'hyperextension, la bouche grande ouverte alors qu'aucun facteur de son environnement ne justifie cela, je comprends rapidement que ces manifestations expriment une douleur interne.

L'enfant utilise aussi son comportement pour agir sur l'adulte. Il peut se faire charmeur en demandant l'attention de l'adulte mais également opposant ce qui lui permet de pouvoir dire « non » à sa manière. Ainsi, Amel exprime son refus en tournant sa tête de l'autre côté de l'adulte quand nous la sollicitons. Cette communication non-verbale nous a permis de découvrir un côté de sa personnalité.

- Les émissions orales

J. CORRAZE précise que la communication non-verbale peut être sonore et n'est donc pas à comparer à un « langage silencieux ». Par ces sons, l'enfant peut exprimer son plaisir, son déplaisir ou encore attirer l'attention de l'adulte. Des bruits végétatifs ou des bruits vocaux comme le raclement de la langue peuvent également signifier quelque chose pour l'enfant. L'adulte doit donc observer l'enfant pour arriver à comprendre dans quel contexte il utilise ces sons et ce qu'il veut exprimer à travers eux. Pendant l'année, Marius utilise plusieurs sortes de vocalises. Je comprends, au fur et à mesure des situations, qu'il exprime sa douleur en faisant racler des sons à travers sa gorge, comme des ronflements. Au contraire, lorsqu'il est amusé ou apprécie la sollicitation, Marius émet quelques vocalises avec une intonation qui signe clairement son bien-être. L'expression des émissions orales s'accompagne parfois de mouvements corporels associés.

Grâce à nos connaissances sur le corps et ses manifestations, la psychomotricienne et moi-même sommes plus à même de comprendre les réactions de ces enfants. Nous prenons donc le temps de les observer et d'en parler avec Marie pour connaître également son point de vue. Grâce à mes échanges avec les psychomotriciennes référentes d'Amel et de Marius, j'ai également pu affiner ma compréhension de leur communication non-verbale. En effet, selon A. BATAILLE à propos des enfants polyhandicapés, « il est important

d'observer l'enfant dans différentes situations et en relation avec différentes personnes. [...] En effet, l'enfant sera plus ou moins en interaction, ou encore il peut avoir des réactions complètement différentes selon le feeling avec certains adultes ou enfants » (2011, p. 274).

En plus de réussir à nous communiquer ce qu'ils désirent, il est aussi important que Marius et Amel parviennent à nous comprendre. Nous verrons alors que l'amplification des émotions par nos mimiques faciales et expressions corporelles est essentielle dans ce groupe de sollicitations cognitives où le dialogue tonico-émotionnel n'est pas au premier plan. Ce rôle d'amplification est attribué à la psychomotricienne comme à la psychologue et sera développé plus tard dans la discussion. Je développerai maintenant le rôle spécifique de la psychologue dans ce groupe.

b) Le rôle de la psychologue

Marie, la psychologue, a plusieurs rôles qui sont primordiales pour ce groupe. Elle a permis l'établissement des profils cognitifs de Marius et d'Amel. C'est ensuite grâce à ces derniers que Marie a su quels étaient les items cognitifs à travailler pour chacun. Elle nous a ensuite amenées à réfléchir sur les processus d'apprentissage adaptés à ces enfants de part sa formation spécifique en thérapie cognitivo-comportementaliste. Pendant l'année, Marie a mis en place une grille de cotation nous permettant de noter les progrès ou régressions par items cognitifs des enfants pour chaque séance. C'est grâce à ces grilles et à nos observations communes que nous avons pu adapter les exercices vers de la nouveauté ou des répétitions de tâches antérieures. Les connaissances de Marie dans le domaine cognitif et sa maîtrise du P2CJP ont été essentielles pour la mise en place du groupe de sollicitations cognitives.

La psychologue et la psychomotricienne ont donc un rôle complémentaire dans ce groupe. Je développerai maintenant l'aspect de cothérapie.

c) La cothérapie

1- Un rôle en commun : Amplifier nos émotions pour mieux se faire comprendre et motiver l'enfant

Selon Sally J. ROGERS et Géraldine DAWSON à propos du modèle de Denver pour jeunes enfants atteints du trouble du spectre autistique, « un but clé de l'intervention est

d'aider le nourrisson à être attentif aux informations clés telles que les paroles, les actions et les visages des gens et 'd'amplifier' [...] certaines caractéristiques [...] ou types d'information pour que le nourrisson puisse facilement réussir à comprendre les informations essentielles au développement social » (2013, p. 23). Marius et Amel ne sont pas atteints du trouble du spectre autistique mais leurs nombreuses déficiences entravent considérablement leur compréhension du monde social. Il est donc important qu'ils parviennent à comprendre la base de notre communication afin qu'ils s'engagent activement et affectivement dans leur environnement. Notre rôle de psychomotricien est donc d'amplifier corporellement nos interventions et de transmettre cette notion aux autres thérapeutes.

Cependant, je remarque pendant l'année que Marius s'accroche à mon visage et n'arrive pas à s'en détacher pour se concentrer sur les objets. Je me sens alors obligée de rendre plus discrète l'expression de mes émotions. Cette amplification doit donc parfois être modérée afin de s'adapter aux réactions de l'enfant.

L'amplification de nos émotions a aussi une fonction de récompense sociale pour l'enfant. Nous cherchons en effet à offrir un espace contenant à Marius et Amel où le bain émotionnel va venir supporter leur envie d'explorer et d'interagir. Les encouragements et renforcements positifs sociaux que nous accentuons avec nos émotions permettent de nourrir leur motivation. Ainsi, comme je l'ai développé en théorie, ces renforçateurs positifs leur permettront d'imiter ou de ré-effectuer la tâche ayant reçu des encouragements.

Nous verrons maintenant que, en plus de la complémentarité de leur rôle, la cothérapie de la psychologue et de la psychomotricienne a plusieurs intérêts pour ce groupe.

2- L'intérêt de la cothérapie

Les déficiences de Marius et Amel demandent beaucoup de patience et d'attention de la part des thérapeutes. Je pense donc que la présence de deux personnes pour ce groupe est nécessaire. Cela permet également d'avoir une complémentarité des regards sur les manifestations de Marius et d'Amel. Le besoin d'être deux thérapeutes pour encadrer ce groupe se voit aussi lors des sollicitations. En effet, lorsque la psychomotricienne par exemple, présente une activité à un enfant, la psychologue devra maintenir l'attention de

l'autre enfant afin qu'il observe son camarade. De même, lors d'activité où la motricité fine est engagée, une thérapeute devra détendre les mains de l'enfant et l'aider à maintenir l'objet alors que l'autre s'occupera d'orienter le matériel vers sa main.

De plus, selon Catherine POTEL, « il y a toujours eu une différenciation des rôles dans l'organisation des thérapeutes : celle qui est responsable ' technique ' [...] et celui ou celle qui est là, présent, intervenant ou pas dans les temps de verbalisation, observateur [...] présent par son regard et sa présence corporelle attentive »²⁴. Marie, par son rôle plus « technique » pour la mise en place et la solidité du groupe, a donc une fonction plus « paternelle ». Amélie et moi intervenons lors du groupe mais nous sommes plus dans l'observation des ressentis de chacun et nous réfléchissons à la meilleure manière d'adapter les propositions aux enfants. Nous avons donc un rôle plus « maternel ». Cette image parentale que les rôles de la psychologue et de la psychomotricienne peuvent avoir apporté peut-être une contenance supplémentaire qui souligne l'importance d'un cadre contenant mais structurant.

Nous avons vu que, par leur rôle défini et différent, la psychomotricienne et la psychologue apportent plusieurs aspects indispensables à ce groupe. Nous verrons maintenant quels sont les autres aspects du dispositif de groupe qui viennent soutenir les enfants porteurs de polyhandicap.

II. L'apport du dispositif du groupe aux patients porteurs de polyhandicap

1) Le côté complémentaire du groupe aux séances individuelles de psychomotricité

a) Le rôle essentiel des séances individuelles de psychomotricité

Le groupe de sollicitations cognitives est une prise en charge importante dans le projet thérapeutique global de Marius et d'Amel. Cependant, il est important de préciser que ce groupe est complémentaire des séances individuelles et il ne peut être envisagé sans la présence de ces dernières. Je n'ai personnellement pas pu assister aux séances de Marius et d'Amel mais des échanges avec leurs psychomotriciennes référentes ont été réalisés. Mon implication dans d'autres séances de psychomotricité durant ce stage a confirmé mes certitudes sur l'importance de l'engagement et de la mise en forme du corps pour le

²⁴ Cours de psychiatrie de 3^{ème} année de psychomotricité 2015, *L'adolescence, du point de vue de la psychomotricité*, C. POTEL.

développement des représentations sensori-motrices et corporelles des enfants polyhandicapés. En effet, selon A. BULLINGER, « la maîtrise de plus en plus large des interactions entre l'organisme et son milieu permet la constitution du corps comme une entité mobile dotée de moyens instrumentaux » (2004, p. 168). A travers les médiations corporelles proposées en séance individuelle, nous permettons à l'enfant porteur de polyhandicap de ressentir son corps en mouvement tout en réalisant des expériences sensori-motrices variées visant l'intégration d'un vécu corporel global, unifié et source de plaisir. Le but serait l'intégration d'espaces corporels comme points d'appuis au développement psychique. Lors des séances individuelles, les patients expérimentent ainsi souvent au tapis, en dehors de leur corset-siège. En attendant que nos patients accèdent à ces représentations psychocorporelles, il peut parfois être judicieux de considérer les appareillages comme des moyens de lutte contre des angoisses archaïques.

b) L'apport des appareillages pour le développement de l'instrumentalisation

Lors du groupe de sollicitations cognitives, nous proposons aux enfants de rester dans leur corset-siège. Il me semble que ces appareillages permettent à Marius et à Amel, mais aussi aux thérapeutes, d'être disponibles psychologiquement et corporellement.

1- Une disponibilité psychique

Marius et Amel sont, la plupart du temps, installés dans leur corset-siège. Au début de l'année j'ai été perturbée par ces appareillages qui me renvoyaient une image de douleur et d'enfermement. J'ai donc réfléchi sur la place qu'ils pouvaient occuper dans le projet de bien être du patient.

D'après la théorie du « *Moi-Peau* » de D. ANZIEU, la peau a une fonction de contenance des représentations psychiques. Cette fonction est formée principalement à partir du *handling** maternel. Les soins corporels permettent à l'enfant d'acquérir la représentation d'une « peau-sac » et d'intégrer les notions de contenant/contenu. Cependant, le corps des enfants polyhandicapés est très précocement investi comme un objet de soins. Dès les premiers instants de vie, les parents investissent le corps de leur enfant dans une préoccupation médicale de survie. Le corps est en effet souvent malmené, percé, piqué dans une nécessité de maintien de la vie. Plus tard, démuné face aux manifestations pas toujours décryptables de ces patients, l'entourage familial ou médical

peut focaliser ses interactions sur la réponse aux besoins primaires organiques. Je suppose que cela peut avoir un impact sur l'intégration de la fonction contenante du Moi-Peau. Les corset-sièges pourraient alors offrir cette fonction contenante qui leur fait défaut.

Les appareillages sont parfois intégrés au vécu corporel du patient, leur retrait pouvant même provoquer des angoisses d'amputation, de morcellement. Je pense alors que les appareillages pourraient avoir une fonction de « prothèse de rassemblement ». Cette notion décrite par A. BULLINGER « vise à décrire les conduites et les moyens que l'enfant [déficient] utilise pour compenser ses difficultés essentielles de rassemblement et de stabilisation des divers espaces qu'il habite. Ces prothèses de rassemblement ont deux effets principaux. Un effet sur le versant émotionnel où la stabilisation des représentations améliore l'équilibre sensori-tonique, et un effet sur le plan instrumental, la consolidation des points d'appui permettant d'esquisser des actions finalisées vers le milieu » (2001, p. 6). Nous verrons en effet que les corset-sièges de Marius et Amel leur apportent une disponibilité corporelle.

2- Une disponibilité corporelle

Les corset-sièges de Marius et Amel englobent entièrement la face postérieure de leur corps, de la tête jusqu'aux pieds. Les jeux de sangles réglables et le moulage personnalisé offrent un maintien postural qui optimise l'enroulement et les amplitudes de mouvements. Le corset-siège réajuste la disposition et la stabilité de l'axe corporel de Marius et d'Amel. Il leur offre aussi des points d'appui, notamment au niveau du dos qui permettent selon A. BULLINGER « que les moyens sensorimoteurs puissent être utilisés comme outils dans le milieu » (1998, p.34). En effet, j'ai pu observer Marius sur le tapis de l'atelier éducatif face à une situation d'offrande de jeux. Il retrouvait alors son schème d'hyper-extension axiale, les bras en abduction et le regard orienté vers le haut. Débordé par la difficulté de maîtrise de son corps, il était dans l'impossibilité d'avoir un geste finalisé. En groupe de sollicitations cognitives, Marius parvient davantage à regarder les objets et à élaborer un geste orienté. Selon G. PETITPIERRE, « le temps de l'appui, les systèmes sont mieux instrumentés, la mise en forme de la main pour saisir et manipuler se fait plus adaptée, l'activité est à la fois plus construite et mieux coordonnée » (2013, p. 62).

A. BULLINGER nous apprend que l'appui-dos permet également « au regard d'acquérir une fonction d'exploration et d'échange » (2001, p.6). La psychomotricienne

d'Amel évoque, lors du remplissage du P2CJP, les troubles de la fixation et de l'exploration visuelle qu'elle observe au tapis. Pour compenser son déficit moteur, Amel utilise davantage sa vision périphérique ce qui limite sa vision focale. En effet, « les flux visuels jouent un rôle important dans la régulation tonico-posturale, les mises en forme et l'orientation du corps » (2004, p.78). Je remarque qu'Amel, en corset-siège, parvient de mieux en mieux à fixer le visage des adultes. L'orientation, la poursuite et l'exploration visuelle se développent également. Marius, quant à lui, réussit progressivement à orienter son regard vers les cubes tombés, malgré une maîtrise encore fragile de la rotation de sa tête. Régine SCHELLES et G. PETITPIERRE spécifient que « chez l'enfant déficient, ce contrôle [postural] est difficile et va mobiliser de manière très importante le système visuel périphérique. Si l'ensemble de la posture est stable, prise en charge par des échafaudages externes, alors le regard de l'enfant est libéré pour une activité d'exploration [...] et les échanges sont possibles. » (2013, p. 151-152). Elles précisent également que « proposer un appui-dos favorisera [...] la régulation émotionnelle » (*Ibid*, p. 62).

En séance individuelle, c'est au thérapeute de guider cette mise en forme du corps par le dialogue corps-à-corps et les manœuvres de décontraction. Au sein de notre groupe, l'appareillage vient suppléer l'adulte qui pourra se recentrer sur les adaptations matérielles, les interactions et la dynamique de groupe. Nous verrons maintenant les apports de la notion de groupe pour Amel et Marius.

c) Ce que le groupe apporte...

1- Une contenance par son cadre

Le cadre comprend un cadre physique et un cadre psychique. Le cadre physique est un support au cadre psychique et est constitué concrètement du dispositif spatio-temporel, du médiateur choisi et des intervenants constituant le groupe. Le cadre psychique est, selon Gérard BLEANDONU, « les dispositions d'esprit dans lesquelles les enfants sont pris en charge par les soignants avec un souci commun, un objectif commun, un respect mutuel, une volonté de collaborer, de communiquer et une confiance réciproque » (1987, p. 29). René KAES définit quatre fonctions principales du cadre thérapeutique. Parmi celles-ci, la fonction contenant offre, par sa stabilité et la présence d'invariants, un rôle de contenance des objets internes et des processus psychiques qui se déroulent pendant la séance. Les enfants porteurs de polyhandicap sont d'autant plus sensibles à la nouveauté qu'ils n'ont

pas de représentation corporelle et spatio-temporelle stable, ce qui nuit à leur sécurité interne.

Il a été important pour nous que le groupe soit fermé et restreint. La notion de groupe restreint ou « primaire » fait partie des cinq catégories de groupe décrites par D. ANZIEU et Jean-Yves MARTIN dans leur ouvrage « *la dynamique des groupes restreints* » paru en 1968. Le groupe primaire, comprend un nombre restreint de personnes, ce qui rend la relation directe entre chaque participant possible. Il se caractérise par une association et une coopération intimes. Selon G. BLEANDONU « les groupes restreints permettent à chacun d'avoir une vision individualisée des autres participants. De ce fait, il peut se produire de nouveaux échanges entre les individus. Les relations peuvent devenir intenses et développer un sentiment d'interdépendance, voire de solidarité. » (1991, p.9). Au vu des troubles de Marius et Amel, je pense que ce choix favorise leur disponibilité et le développement de leurs compétences socio-émotionnelles.

Le cadre physique est posé en séance individuelle et en groupe mais je pense qu'il est d'autant plus nécessaire en séance groupale. En effet, les stimulations imprévisibles, venant des autres partenaires, sont davantage susceptibles d'intervenir et de venir parasiter la régulation sensori-tonique du patient. Le choix du matériel et les temps ritualisés allègent ce risque. En individuel, la relation duelle et le recentrage sur soi sont favorisés et le thérapeute peut par le cadre, mais aussi par sa bienveillance et ses mises en forme, contenir l'enfant. Je pense donc que le cadre peut donc être plus souple en séance individuelle qu'en groupe. Grâce au cadre fixé en groupe les enfants pourront donc développer une attention plus soutenue et une disponibilité psychique et corporelle permettant l'ouverture relationnelle et la socialisation.

2- Le groupe : source de relation et de socialisation

L'un des objectifs du groupe de sollicitations cognitives est le renforcement de la relation et l'appui à la communication. En effet, il est primordial de permettre aux enfants polyhandicapés une ouverture au monde pour éviter l'apparition de surhandicap chez ces enfants qui sont déjà très entravés relationnellement. Selon Morgane AUDOUEINEX et Caroline SINTES à propos des personnes polyhandicapées, « la multitude des troubles affecte alors la mise en place d'un sentiment d'unité, rendant difficile la construction du moi corporel pouvant évoluer vers un état autistique ou une psychose déficitaire » (2014, p.

134). Leur présence dans un groupe contenant et stimulant les boucles relationnelles est donc une indication essentielle au projet thérapeutique.

Marius et Amel ont, tous deux, des difficultés de communication qui entravent leurs échanges avec les autres enfants. Dans le service, je remarque souvent que les enfants ne jouent pas ensemble spontanément, ils ne se regardent pas et ils préfèrent porter attention à l'adulte qui s'ajuste davantage à leurs moyens. La dynamique du groupe engendre des boucles relationnelles riches et stimule les interactions entre pairs.

Au début, Amel ne porte attention ni aux objets, ni aux autres membres du groupe. Au fur et à mesure, son sourire, d'habitude figé et injustifié, se module et devient lié au plaisir. Amel nous exprime son plaisir et son déplaisir par des mimiques faciales. Elle commence alors à lancer des regards furtifs envers l'adulte et elle vocalise davantage. Puis, ses regards deviennent de plus en plus présents et communicatifs. Amel commence ensuite à détendre sa tête et à la centrer pour regarder Marius réaliser une activité. Elle rit aux éclats avec lui quand il fait tomber la tour et elle finit même par verbaliser le nom de Marius de manière appropriée quand nous lui demandons à qui est le tour de jouer. De part la disposition des membres du groupe en cercle et notre étayage pour qu'ils s'ouvrent et portent attention l'un à l'autre, le groupe est source de relation et de socialisation. Selon Patrick BLOSSIER « L'objectif du soignant n'est pas de soigner directement l'individu mais de faire que la dynamique de groupe se déploie de manière satisfaisante dans un cadre satisfaisant » (2002, p. 25).

Le groupe peut permettre à Marius et Amel d'ajuster leurs manifestations tonico-émotionnelles à l'adulte et à l'autre enfant. Ainsi, j'observe que Marius se met à émettre des vocalises en souriant et en regardant Amel alors que nous l'encourageons pour qu'elle fasse tomber la tour de cubes. De cette manière, comme le dit P. BLOSSIER « ces expériences partagées permettent à l'enfant de mieux réguler ses réactions émotionnelles » (*Ibid*, p. 23).

Nous verrons également que ces expériences partagées permettent l'émergence d'imitation et d'apprentissage réciproque.

3- Le groupe : imitation et apprentissage réciproque

Dans l'évolution des enfants au cours de l'année, nous avons vu que des capacités d'imitation se sont développées lors du deuxième semestre. Amel et Marius ont progressivement réussi à s'appuyer sur les réussites de l'autre enfant pour l'imiter. Selon P. BLOSSIER, « dans un groupe, s'il y en a un qui est plus performant et que les autres se mettent à l'imiter cela peut être très bénéfique » (*Ibid.* p. 24). Nous remarquons en effet que les efforts de verbalisation de Marius apparaissent peu de temps après les premiers mots d'Amel. Marius est sensible à nos encouragements envers Amel. Il s'est donc peut-être appuyé sur la performance d'Amel et la dynamique de groupe pour nous dévoiler de nouvelles capacités. Au vu de leurs déficiences, il est essentiel dans ce groupe que le psychomotricien étaye leur capacité d'imitation et leurs échanges relationnels.

Les apprentissages, dont l'imitation, et les interactions contribuent au processus de différenciation. Selon Catherine DEROUETTE, « la première étape dans la construction des apprentissages est la différenciation du 'moi' et du 'non-moi' [...] Cette construction est mise à mal chez l'enfant polyhandicapé de par son manque de motricité, ses déficiences sensorielles et son déficit d'expérience » (2012, p. 33). Nous verrons que le groupe permet de soutenir ce processus.

4- Le groupe : émergence du processus de différenciation

D. ANZIEU, dans son ouvrage « *Le groupe et l'inconscient* », décrit trois grandes périodes dans l'évolution interne des groupes :

La période initiale qui est composée d'angoisses archaïques et de menaces de perte d'identité. Ces menaces de perte d'identité font régresser les membres du groupe à des phases archaïques.

La deuxième étape correspond à l'illusion groupale. Cette notion est l'illusion que le groupe répond de manière satisfaisante aux besoins et aux désirs de chacun. Ainsi, se construit un narcissisme groupal et un idéal du groupe. Selon D. ANZIEU « l'illusion groupale répond à un désir de sécurité [...] pour cela, elle remplace l'identité de l'individu par une identité de groupe » (1999, p. 94). Le groupe devient un espace transitionnel entre réalité psychique individuelle et réalité psychique groupale, où l'indifférenciation reste

cependant prédominante. Pour D.ANZIEU, il est donc nécessaire que le groupe se dégage de l'illusion groupale.

La troisième période correspond à la période de redifférenciation. Selon P. BLOSSIER « les identifications mises à mal par cette construction de l'identité groupale vont se réorganiser à partir des identifications aux autres membres du groupe, sur le modèle des relations spéculaires (identification en miroir, thérapeute inclus) » (2002, p.39). Ce processus introduit des périodes de ré-individualisation conduisant à reconnaître les différences entre les membres du groupe et dans le même temps l'identité collective est conservée. Le groupe présente alors des capacités d'entraide et de travail efficaces. Ce processus va nécessiter un effort de la part des membres du groupe et des thérapeutes.

Il est difficile pour moi de situer Marius et Amel dans ce processus. En effet, ce sont davantage leurs déficiences qui entravent leur différenciation « moi/non-moi » ; Cependant, comme le dit D. ANZIEU dans cette théorie ; le groupe peut au début être source d'indifférenciation et venir alors raviver certaines angoisses chez le patient polyhandicapé. Le thérapeute doit donc mettre en place de nombreux moyens pour tenter de permettre l'accès à la différenciation. En effet, par la présence de plusieurs personnes, le groupe est propice à cette mise en place. Le thérapeute pourra par exemple appeler l'enfant par son prénom, souligner les performances de chacun en le situant par rapport au groupe ou encore insister sur le respect du tour de rôle. Je remarque ainsi au fur et à mesure de l'année que Marius et Amel font davantage attention l'un à l'autre en se regardant, en respectant leur tour, en verbalisant quelques fois les prénoms mais aussi en nous imitant. Je n'affirme pas que Marius et Amel ont accédé à une différenciation « soi/non-soi ». Cependant, nous cherchons l'émergence de ce processus pour empêcher, entre autre, l'apparition de stéréotypies.

Dans le paragraphe suivant je parlerai alors de la notion d'évaluation et de son importance pour le thérapeute et pour les enfants porteurs de polyhandicap.

2) Evaluer, pour qui ? pour quoi ?

Selon R. SCELLES et G. PETITPIERRE « la prise en compte effective de la dimension cognitive chez les enfants polyhandicapés par les institutions publiques et les professionnels est le fruit d'une lente prise de conscience en rien aboutie aujourd'hui »

(2013, p. 235). Au fur et à mesure des années, les professionnels ont exprimé leur désir d'évaluer les compétences cognitives de leurs patients. Mais pourquoi évaluer ? A qui cette évaluation porte-t-elle profit ?

La nécessité d'évaluer les compétences cognitives des enfants polyhandicapés repose sur plusieurs aspects dont « une dimension idéologique (importance de considérer l'enfant polyhandicapé comme porteur de compétences cognitives et capable d'apprentissages) » (*Ibid*, p. 254). En effet, les nombreuses déficiences de ces patients ont longtemps déshumanisé leur image auprès des professionnels. Je pense alors qu'il nous est important de comprendre leurs modes de fonctionnement afin de rechercher leurs compétences et donc de les considérer comme dotés de compétences. Je pense aussi que portés par cette quête, nous trouvons un moyen d'échange avec ces patients qui, au premier abord, n'émettent pas de signes propices à l'émergence de relation.

L'évaluation nous permet également de connaître les compétences et les difficultés de nos patients. De ce fait, nos prises en charge seront plus adaptées à leurs besoins et donc plus efficaces. Les familles, qui participent à l'évaluation du P2CJP lorsqu'elles sont disponibles, sont également ravies d'affiner leurs connaissances sur leur enfant mais parfois violentées par les résultats.

Pour ma part, je constate, au fur et à mesure de l'année, que mes observations hebdomadaires et mes prises de notes m'ont permis de connaître davantage Marius et Amel. Mes interventions étaient donc, je pense, de plus en plus adaptées. La découverte de leurs compétences et la possibilité d'échange grandissante avec ces enfants ont également contribué à mon attachement envers eux et à mon envie de réfléchir à ce groupe. Il est aussi important de rappeler que leur évaluation au P2CJP a permis l'élaboration des objectifs individuels du groupe. Par l'ensemble des arguments précédents, je pense donc que l'évaluation des compétences cognitives des enfants polyhandicapés aide, dans un premier temps, les professionnels dans leur démarche de soins. De ce fait, elle permet aussi à ces enfants d'évoluer dans les meilleures conditions.

3) Les limites du groupe de sollicitations cognitives

Comme nous l'avons vu précédemment, le groupe, par sa dynamique, la présence des appareillages ou encore par les sollicitations proposées possède de nombreux intérêts pour

Marius et Amel. Cependant, il est important de préciser que le groupe possède aussi des limites que je développerai dans le paragraphe ci-dessous.

L'une des critiques que l'on pourrait faire sur ce groupe est d'oublier l'importance de l'engagement du corps dans le processus d'apprentissage des enfants polyhandicapés. Nous en avons conscience : c'est pour cela que ce groupe est complémentaire aux séances individuelles de psychomotricité et ne pourrait en rien les remplacer.

Les progressions lentes de ces enfants et la difficulté de communiquer avec eux demandent une patience et une écoute permanente de la part des thérapeutes. Marius et Amel ont fait preuve de progrès tout au long de l'année mais ils sont aussi passés par de nombreuses phases de stagnation et de régression. Ils étaient parfois très entravés et moins disponibles à cause de leurs déficiences. D'ailleurs, à certains de ces moments, j'ai ressenti l'envie de les mettre au tapis et de les guider dans un dialogue tonico-émotionnel contenant. Ces périodes n'étaient alors pas simples pour le groupe. Il peut parfois arriver aux thérapeutes d'éprouver un sentiment de désarroi face à la multiplicité des handicaps. Le risque serait de ne plus penser le groupe et de se réfugier dans une technique prédéfinie. Or, selon Benoît LESAGE à propos du travail avec les personnes polyhandicapées « dans ce domaine, le prêt-à-porter n'existe pas » (2000, p. 95). C'est grâce à nos échanges réguliers sur nos ressentis et sur notre compréhension du mode de fonctionnement de Marius et d'Amel, que Marie, Amélie et moi-même avons trouvé un équilibre. En effet, ces échanges nous ont permis de reconnaître l'existence de nos éprouvés vis-à-vis du handicap et de trouver des réponses nous permettant de nous ajuster à Marius et à Amel.

La dernière limite rencontrée dans ce groupe est la difficulté d'interprétation des manifestations d'Amel et de Marius. Les modes de communication de ces patients sont parfois si difficiles à décrypter que les interprétations de chaque professionnel peuvent être très variées et personnelles. C'est un fait que j'ai rencontré lorsque j'ai participé à l'évaluation des compétences cognitives des enfants à l'aide du P2CJP et en partageant mes interprétations avec Marie et Amélie. Par exemple, selon Marie, les éclats de rire de Marius lors d'une séance signifiaient son amusement et son affinité particulière pour l'activité. Selon moi, Marius était sur-stimulé par les bruits que provoquait la situation et ne parvenait pas à sortir de ce débordement émotionnel. J'ai donc proposé à Marie une alternative afin de diminuer les bruits tout en continuant la sollicitation. Grâce à cet

exemple, nous voyons bien que la subjectivité des interprétations peut engendrer une adaptation différente de l'environnement. Le risque serait alors de mal interpréter les réactions des enfants et d'entraver le développement de leur communication. En effet, les manifestations de ces enfants ne peuvent prendre sens pour eux que s'ils en reçoivent une réponse cohérente de la part du thérapeute. Il est donc primordial que les professionnels et les familles échangent sur leurs observations et les mettent en commun afin d'avoir une réponse unique et ajustée au patient.

C'est grâce à ces échanges et à mes observations que ma place de stagiaire au sein du groupe a pu évoluer. Je décrirai donc mon vécu en tant que stagiaire dans le paragraphe ci-dessous.

III. Ma place de stagiaire

1) Mon évolution tout au long de l'année

« Il y a dans le premier contact avec une personne polyhandicapée quelque chose qui nous décontenance. Les repères habituels, les codes de communication qui nous permettent de décrypter, d'anticiper, de répondre, ne sont plus valides » (2000, p. 93). Cette citation de B. LESAGE illustre bien mes ressentis lors de la première séance où j'ai participé au groupe de sollicitations cognitives. Ma difficulté à entrer en contact avec Marius et Amel et l'ampleur de leurs atteintes m'ont impressionnée. Vont-ils évoluer ? Que dois-je observer de leurs manifestations ? Quelles interprétations dois-je en faire ? Quelle est ma place en tant que future psychomotricienne dans un groupe où l'engagement du corps n'est pas au premier plan ? Lors de cette première séance je participais aux activités de groupe mais je préférais favoriser la posture d'observatrice pour, peut-être, répondre à mes questions. Ma perte de repère était telle que les réactions vives de sursaut de Marius engendraient également en moi un sursaut, une surprise ou encore que la transparence du regard d'Amel me décontenançait. J'étais déboussolée et je n'étais plus capable de penser pour les enfants, pour le groupe. Au fur et à mesure des séances, les rituels et la récurrence des réactions des enfants m'ont permis de me repérer davantage. Par ailleurs, mes questionnements étaient toujours présents. J'ai alors décidé que mes interrogations sur ce groupe feraient l'objet de mon mémoire.

J'ai pu échanger sur mes interrogations et mon malaise avec Amélie et Marie et cela m'a apporté une contenance tant corporelle que psychique. A partir du mois de Janvier, je

commençais à lire plusieurs livres sur le polyhandicap. J'ai aussi décidé de m'investir davantage dans le groupe en créant du matériel destiné aux sollicitations proposées à Marius et à Amel. Je me sentais désormais capable d'observer tout en proposant des activités aux enfants et en les guidant dans leurs explorations. Je venais avec joie au groupe et j'étais ravie de voir que les enfants progressaient. Je remarque alors que mon malaise du début d'année avait disparu. Je commençais à m'attacher aux enfants et à découvrir leur personnalité. L'ensemble de mes observations et prises de notes régulières m'ont permis de mieux connaître Marius et Amel. Une communication non-verbale s'est alors instaurée entre nous et je devenais capable de m'adapter à leurs besoins de manière ajustée. En cette fin d'année je pense que ma place de stagiaire au sein du groupe commence progressivement à devenir une place de professionnelle à part entière. Je suis passée d'une posture de stagiaire déboussolée, incapable de penser à une posture de future professionnelle capable de s'adapter, de communiquer avec les enfants et de penser le groupe. Je pourrais alors comparer cette évolution à celle d'Amel et de Marius. Très renfermés au début du groupe et perdus par ces nouveautés, ils sont parvenus à s'ouvrir et à élaborer des processus cognitifs visibles et surprenants. J'ai alors tiré plusieurs leçons de cette expérience qui ont, je pense, participé à l'élaboration de mon identité professionnelle. Je les développerai ci-dessous.

2) Etre attentif à soi

Au début de l'année, j'ai pu m'apercevoir que mon état affectif et interne du moment jouait sur ma qualité d'écoute et d'approche. Il m'a parfois été difficile de m'investir pleinement, d'être dans une écoute attentive des manifestations de Marius et d'Amel. Comme le dit A. BATAILLE à propos des prises en charge avec les enfants porteurs de polyhandicap « il nous faut être tout entier disponible à l'enfant, tant dans la pensée, que dans l'action » (2011, p. 61). Je pense que cette disponibilité est indispensable au travail du psychomotricien. Avant de pouvoir penser pour les patients, il faut être au clair avec soi-même et faire un travail sur soi. Pour ma part c'est grâce à mes échanges avec Amélie et Marie, à mes lectures, à mes observations des enfants et à l'élaboration de mon mémoire que j'ai pu répondre à certaines de mes interrogations, être disponible psychiquement pour le groupe et attentive aux enfants.

3) Etre attentif à eux

Mon expérience au sein du groupe m'a beaucoup appris sur les enfants porteurs de polyhandicap. Il est indispensable de prendre le temps de les connaître. L'évolution d'un enfant est parfois très lente et infime mais « c'est à nous de le rejoindre là où il se trouve »²⁵. C'est à nous de comprendre leur manière de fonctionner pour réussir à établir une communication. Il faut accepter de passer dans l'univers de l'autre et abandonner le pouvoir de celui qui « sait » pour tout simplement être avec l'enfant polyhandicapé. Pour travailler avec ces enfants, il faut d'abord croire en leurs capacités et être attentif aux moindres de leurs signaux pour, au fur et à mesure, les comprendre. Selon A. BATAILLE « si on est tout simplement assis à côté de l'enfant on ne peut rien voir, rien déceler de ses besoins » (2011, p. 51). Tout simplement assise à côté des enfants, c'est peut-être ce que j'étais lors de la première séance de groupe. J'ai alors appris que l'écoute et l'observation étaient aussi indispensables pour aider Marius et Amel.

4) Une leçon de vie

Marius et Amel m'ont beaucoup appris pendant cette année, que ce soit sur le plan humain que sur le plan professionnel. Leurs sourires, leurs efforts, leurs progressions m'ont époustouflée et m'ont encouragée à les connaître davantage et à amener le groupe dans une prise en charge riche et complète. Ils m'ont poussée à découvrir en moi des capacités inconnues et à devenir une future psychomotricienne. Ces expériences vont en effet nourrir ma pratique et mon identité professionnelle. Ce stage m'a fait découvrir un vif intérêt pour le domaine du polyhandicap et je suis maintenant certaine que j'aimerais travailler avec cette population.

²⁵ MARCHAND-THELLIER J., 2001, p. 66.

CONCLUSION

Le quotient intellectuel des personnes porteuses de polyhandicap est approximativement inférieur à 50. Selon Alfred Binet, la déficience intellectuelle est dite sévère pour un QI est situé entre 25 et 40 et profonde lorsque le QI est inférieur à 25. Néanmoins, il est très difficile d'évaluer le niveau de déficience à cause des difficultés de communication. Grâce au P2CJP, la psychologue a pu établir un profil des compétences cognitives de Marius et d'Amel. De ce profil ont découlé des objectifs de prise en charge pour chaque enfant que nous travaillons dans un groupe de sollicitations cognitives.

Dans ce groupe, la psychologue et la psychomotricienne ont deux rôles bien distincts. Par la connaissance que nous avons du corps et l'ensemble de notre référentiel théorique, la psychomotricienne et désormais moi-même, avons une fonction d'interprétation et de mise en sens des manifestations corporelles et sensori-motrices d'Amel et de Marius. Nous adaptons également l'environnement humain et matériel à leurs compétences. La cothérapie est essentielle pour guider les explorations et les échanges relationnelles entre les membres du groupe. Elle permet aussi d'avoir un regard croisé sur l'interprétation de leurs manifestations.

Le groupe de sollicitation cognitive est complémentaire aux séances individuelles de psychomotricité de Marius et Amel. En effet, en plus de leur permettre l'élaboration de représentation corporelle et cognitive, ce groupe leur offre un cadre contenant afin d'établir de nouvelles boucles relationnelles. Contrairement aux séances individuelles, il est proposé aux enfants de rester dans leurs appareillages. Ces corset-sièges leur apportent une disponibilité psychique et corporelle qui est nécessaire pour le groupe. Ainsi, les thérapeutes n'auront plus cette fonction de mise en forme du corps (présente en individuelle) et pourront être disponible pour enrichir les relations et effectuer des adaptations.

Ma participation à ce groupe m'a énormément apporté. J'ai su passer de la place de stagiaire à la place de future psychomotricienne. Au début désorientée par les déficiences d'Amel et de Marius, j'ai petit à petit, comme eux, trouvé mes repères et su décrypter leurs manifestations afin de m'y adapter au mieux. Marius et Amel m'ont aidée à me connaître davantage et à devenir de plus en plus psychomotricienne.

BIBLIOGRAPHIE

ALLARD S., (2010), Du dialogue tonique à l'émergence du mouvement chez l'enfant polyhandicapé, *Evolutions psychomotrices*, vol.22, n°87, p. 45-50.

ANZIEU D., (1999), *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod.

ANZIEU D., (1995), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.

ANZIEU D. & MARTIN J.Y., (1968), *La dynamique des groupes restreints*. Paris, PUF, 2000.

AUDOUEINEX M. & SINTES C., (2014), Intérêt de l'approche sensori-motrice dans le champ du polyhandicap, *Le polyhandicap de l'enfant à l'adulte*, Montpellier, Sauramps Medical, p. 134-140.

BATAILLE A., (2011), *Pour les enfants polyhandicapés, une pédagogie innovante*, Toulouse, Erès.

BARAT C., BARTSCHI M., BATTISTELLI F., BAUDRY C., (1985), *L'enfant déficient mental polyhandicapé, quelle réalité, quels projets ?*, Paris, ESF.

BLEANDONU G., (1991), *Les groupes thérapeutiques familiaux et institutionnels*, Paris, PUF.

BLEANDONU G. et all., (1987), *Les groupes Thérapeutiques*, Lyon, CLE.

BLOCH H., CHEMENA R. & DEPRET E., (1999), *Grand dictionnaire de la psychologie*, Tours, Larousse.

BLOSSIER P., (2002), *Groupes et psychomotricité, le corps en jeu*, Marseille, Solal.

BULLINGER A., (2004), *Le développement sensori-moteur et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, Erès.

BULLINGER A., (2001), Les prothèses de rassemblement, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 49, n°1, p. 4-8.

BULLINGER A., (1998), *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, *Enfance*, n°1, p. 27-35.

CORRAZE J., (1983), *Les communications non-verbales*, Paris, PUF.

GEORGES-JANET L., (2002), *Déficiences motrices et handicaps*, Paris, APF

GOLSE B., (2008), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, compléments sur l'émergence du langage*, Issy-les Moulineaux, Masson.

HALL E. T., (1966), *La dimension cachée*, Paris, Points, 2014.

JOVER M., (2000), Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture, *Le développement du jeune enfant de 0 à 6 ans*, Marseille, Solal, p. 17-52.

KAES R., (1994), *La parole et le lien, processus associatif dans les groupes*, Paris, Dunod.

LESAGE B., (2000), Abord des personnes polyhandicapées : jalons pour un dialogue et une structuration psychocorporelle, *Les cahiers de l'actif*, n°286-287, p. 93-103

MARCHAND-THELLIER J., (2001), *La communication sensorielle et sensorimotrice chez l'enfant polyhandicapé en psychomotricité*, Mémoire DE de psychomotricité, Université Paris VI.

MAZEAU M., (2005), *Neuropsychologie et troubles des apprentissages*, Paris, Masson.

NADER-GROSBOIS N., (2014), *Développement cognitif et communicatif du jeune enfant : du normal au pathologique*, Bruxelles, De Boeck.

PETITPIERRE G., (2011), Dialogue tonique. Quelle place dans les échanges avec le sujet polyhandicapés ?, *Evolutions psychomotrices*, vol.13, n°93, p.169-176.

PIAGET J., (2011), *La psychologie de l'enfant*, Paris, PUF.

PIAGET J., (1936), *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

REY-DEBOVE J. & REY A., (2012), *Le Petit Robert*, Paris, Millésime

ROGERS S. J. & DAWSON G., (2013), *L'intervention précoce en autisme : le modèle de Denver pour jeunes enfants*, Paris, Dunod

SAULUS G., (2008), Modèle structural du polyhandicap, ou : comment le polyhandicap vient-il aux enfants ?, *Psychiatrie de l'enfant*, vol.51, n°1, p. 153-191

SCELLES R. & PETITPIERRE G., (2013), *Polyhandicap : processus d'évaluation cognitive*, Paris, Dunod

WYNNYKAMEN F., (1990), *Apprendre en imitant ?*, Paris, PUF.

Sites internet :

Site du Groupe Polyhandicap France, *Définition du polyhandicap*, disponible sur : <http://gpf.asso.fr/le-gpf/definition-du-polyhandicap/>

Site de l'hôpital de Necker, *Les causes du polyhandicap*, disponible sur : <http://hopital-necker.aphp.fr/les-du-polyhandicap/>

Autres ressources :

DEROUELLE C., (2012), Apprentissage et vie quotidienne de l'enfant, extrait de la conférence Groupe Polyhandicap France « *Personnes polyhandicapées : capable d'apprendre... autrement* » présidée par ZUCMAN E., support disponible sur : <http://gpf.asso.fr/wp-content/uploads/2013/10/ACTES-2012.odt>, p. 32- 35.

GEORGES-JANET L., (2003), Espace et mouvement, extrait de la conférence des rencontres du credas, « *le monde de la personne polyhandicapée* » organisée par GEORGES-JANET L. & BOUTIN A.M, support disponible sur : http://www.credas.ch/2003_10_03/2003_10_03.pdf, p. 15-19.

ZUCMAN E., (2012), Evolution des regards sur la vie psychique et cognitive des personnes polyhandicapées, extrait de la conférence Groupe Polyhandicap France « *Personnes polyhandicapées : capable d'apprendre... autrement* » présidée par ZUCMAN E., support disponible sur : <http://gpf.asso.fr/wp-content/uploads/2013/10/ACTES-2012.odt>, p. 5-6.

ZUCMAN E. & SPINGA J.A., (1985), *Les enfants atteints d'un handicap associées, les multihandicapés*, rapport d'un groupe d'étude du CTNERHI, Vanves, Flash informations, support écrit disponible sur : http://classiques.uqac.ca/contemporains/handicap_et_inadaptation/documents_CTNERHI/CTNERHI_124/CTNERHI_124.pdf

GLOSSAIRE

Les définitions sont issues :

- (1) du Dictionnaire médical 9^{ème} édition (2001) de LEWALLE P., MANUILA A., MANUILA L. & NICOULIN M., Paris, Masson.
 - (2) du Dictionnaire médical 6^{ème} édition (2009) de QUEVAUVILLIERS J., Paris, Masson.
 - (3) du Dictionnaire Le Petit Robert (2012) de REY-DEBOVE J. & REY A., Paris, Millésime.
- ou de cours issus de ma formation de psychomotricité alors précisés à la suite de la définition.

Acidurie glutarique : maladie héréditaire correspondant à l'excès d'acide glutarique dans les urines. Normalement l'affection se manifeste durant la petite enfance et l'enfance. (1)

Amétropie : nom d'ensemble des troubles de la réfraction oculaire, due à une mauvaise convergence des rayons lumineux sur la rétine. L'astigmatisme ou encore la myopie sont des amétropies. (2)

Anoxo-ischémie : manque d'oxygène et de perfusion sanguine au niveau du cerveau du nouveau-né. (2)

Cataracte : opacité du cristallin se traduisant par une diminution de l'acuité visuelle. (2)

Cytomégalovirus : virus responsable d'une infection grave du nouveau-né et de diverses affections chez l'adulte, notamment chez les immunodéprimés. Une infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte peut provoquer des lésions chez le fœtus. Il s'agit de l'infection fœtale congénitale. (1)

Diplégie spastique ou « maladie de Little » : forme de paralysie cérébrale infantile avec une atteinte des deux membres inférieurs et une hypotonie axiale. Pour les enfants atteints de diplégie spastique, l'acquisition de la marche et sa rentabilité va dépendre de l'importance de la spasticité.

(Cours de 2^{ème} année de psychomotricité 2014, *L'infirmité motrice cérébrale*, A. RENAULT-DULONG).

Dyskinésie : anomalie de l'activité musculaire se traduisant par la survenue de mouvements anormaux ou par une gêne dans les mouvements volontaires, leur conférant un aspect anormal. (3)

Dystonie : contraction parasite affectant de façon régulière un ou plusieurs muscles ou membres, et parfois d'axe corporel, déclenchée par un mouvement volontaire ou par le maintien d'une attitude et disparaissant au repos. (2)

Encéphalite : inflammation de l'encéphale, touchant spécifiquement la substance grise ou la substance blanche. (3)

Encéphalopathie : ensemble des troubles touchant l'encéphale (cerveau, cervelet et tronc cérébral). L'affection encéphalique peut être d'origine toxique, infectieuse, dégénérative ou métabolique. (1)

Encéphalopathie chronique : maladie de l'encéphale dues à des lésions fixées, organiques, irréversibles, survenant le plus souvent en anté et périnatal, d'étiologies très diverses. (1)

Encéphalopathie évolutive : encéphalopathie d'origine postnatale et qui progresse au fil du temps. Cette maladie intervient chez des enfants ayant eu un développement psychomoteur initial normal. On observe alors des pertes des acquisitions intellectuelles et motrices à des âges variés. (1)

Escherichia Coli : bactérie intestinale des mammifères, très commune chez l'être humain. Elle est responsable de diarrhées infantiles et d'infections intestinales et urinaires. (2)

Handling : terme créé par D. W. WINNICOTT pour désigner la façon dont la mère prend soin de son enfant au quotidien.

(Cours de 1^{ère} année de psychomotricité 2013, *La fonction tonique*, Cécile PAVOT).

Hémiplégie cérébrale infantile : paralysie partielle ou totale d'une moitié du corps qui peut aussi toucher le visage. Les membres supérieurs sont en général d'avantage touchés avec une attitude en flexion du coude et du poignet. Certains enfants acquièrent la marche tôt.

(Cours de 2^{ème} année de psychomotricité 2014, *L'infirmité motrice cérébrale*, A. RENAULT-DULONG).

Hypokinésie : Diminution progressive ou soudaine de l'activité motrice d'un membre ou d'un organe. (1)

Ictère nucléaire : forme grave d'ictère néonatale caractérisée par l'imprégnation par la bilirubine des noyaux gris centraux et de la moelle, entraînant des complications neurologiques tardives. Cette augmentation de bilirubine est due à une incompatibilité fœto-maternelle rhésus. (2)

Insuffisance respiratoire : incapacité pour l'appareil respiratoire d'assurer une hématoxygène normale. (1)

Luxation : déplacement anormal des extrémités osseuses d'une articulation l'une par rapport à l'autre. (1)

Méningite : inflammation aiguë ou chronique des méninges par infection microbienne, virale ou intoxication. (3)

Paratonie : Impossibilité de résolution musculaire volontaire.

(Cours de 2^{ème} année de psychomotricité 2014, *Tonus et émotion*, A. RENAULT-DULONG).

Pied équin : déformation du pied qui, bloqué en hyperextension, ne peut appuyer que sur la pointe et ne repose jamais sur son talon. (1)

Quadriparésie : paralysie légère consistant en une diminution des possibilités de contraction des muscles des quatre membres. (1)

Rubéole : maladie virale infectieuse éruptive, contagieuse et épidémique. C'est une maladie généralement bénigne mais quand la femme enceinte non immunisée est touchée, elle peut provoquer des malformations congénitales chez le fœtus. (2)

Syncinésie : contraction ou mouvement involontaire qui accompagne dans une autre partie du corps un mouvement volontaire, automatique et réflexe. Il existe des syncinésies d'imitation et des syncinésies à diffusion tonique.

(Cours de 2^{ème} année de psychomotricité 2014, *Tonus et émotion*, A. RENAULT-DULONG).

Tétraplégie spastique : paralysie simultanée des quatre membres avec une difficulté de tenue du tronc, un mauvais contrôle de la tête et une hypertonie des membres.

(Cours de 2^{ème} année de psychomotricité 2014, *L'infirmité motrice cérébrale*, A. RENAULT-DULONG).

Valgus : mot latin signifiant tourné ou dévié en dehors et désignant un membre ou une partie de membre dévié en dehors. (1)

Varus : mot latin signifiant tourné ou dévié en dedans et désignant un membre ou une partie de membre dévié en dedans. (1)

ANNEXE 1



Le corset-siège d'Amel



Le corset-siège de Marius

ANNEXE 2



Matériels utilisés pour le groupe de sollicitations cognitives

ANNEXE 3

Nom de l'enfant :
Date :

Grille individualisée

Rappel de la cotation :

- AG** : accompagnement gestuel (l'adulte intervient en cours de tâche pour réajuster le geste de l'enfant au besoin.)
- D** : démonstration (l'adulte réalise au préalable l'action devant l'enfant). Noter si l'adulte réalise partiellement (Dp) l'action ou complètement (Dc).
- CVi** : consigne visuelle (l'enfant a besoin d'un schéma visuel, décomposition de la tâche en étapes visuelles, pour réussir seul.)
- CV** : consigne verbale (l'adulte répète la consigne en la simplifiant, utilisation préférentielle de l'impératif).
- RA** : réponse aléatoire (variabilité des réponses. Certains gestes peuvent être réalisés de façon complètement autonome ; ces mêmes gestes à d'autres moments nécessitent un accompagnement de l'adulte).
- A** : acquis (l'activité est réalisée de façon autonome par l'enfant sans aucune aide).

GRILLE DE COTATION BASEE SUR LES EMERGENCES (P2CJP)		
DOMAINE	COTATION	OBSERVATION
Capacités attentionnelles		
<ul style="list-style-type: none"> - Prote son attention sur un objet/une situation - Est attentif à l'autre (enfants/adultes) 		
Apprentissages		
<ul style="list-style-type: none"> - Imitation - Reproduire un son simple (dialogue sonore) - Imiter une mimique/un geste simple 		

<ul style="list-style-type: none"> - Reproduire une action apprise - Renverser une tour de cubes 		
Mémoire		
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître son image sur photo - Reconnaître un jeu/un son familier 		
Communication		
<ul style="list-style-type: none"> - Prérequis de la communication - Accéder à une désignation par le regard - Faire preuve d'attention conjointe 		
Raisonnement		
<ul style="list-style-type: none"> - Relation de cause à effet (contacteurs) - Permanence de l'objet (recherche d'un objet caché) - Anticiper un résultat (pour des actions répétées) 		
Capacités spatiales		
<ul style="list-style-type: none"> - Accéder à des notions spatiales simples (haut/bas ; dedans/dehors) - Déconstruire un ensemble (tour de cubes) 		

ANNEXE 4

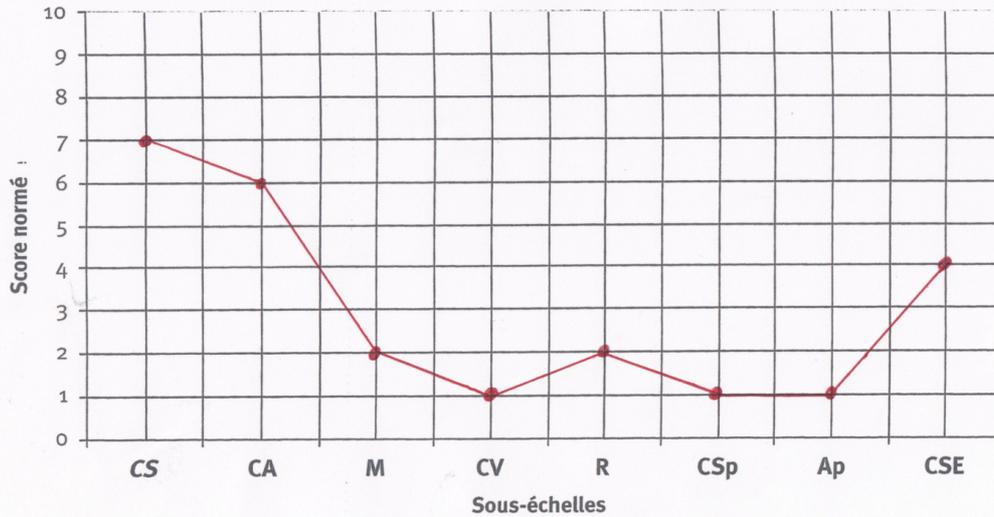
conception / réalisation :



CESAP FORMATION
DOCUMENTATION - RESSOURCES

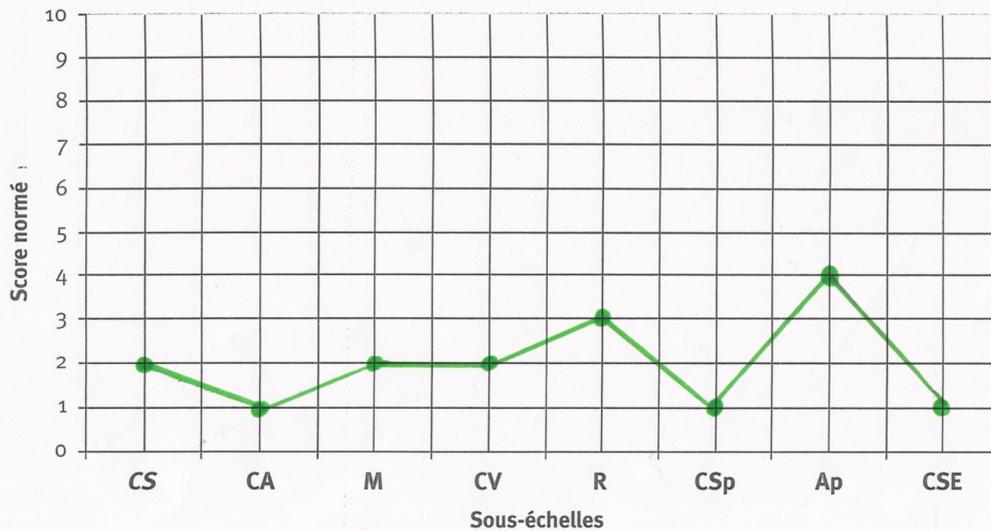
Profil individuel

Marius



Profil individuel

Amel



CS : Capacités sensorielles.

CA : Capacités attentionnelles.

M : Mémoire.

CV : Capacités verbales et communicatives.

R : Raisonnement

CSp: Capacités spatiales

Ap : Apprentissage

CSE : Compétences socio-émotionnelles.

RESUME

Le polyhandicap entrave considérablement les capacités cognitives de la personne atteinte. Le travail thérapeutique autour de cette sphère n'est pas à négliger. J'ai personnellement participé à un groupe de sollicitations cognitives auprès de deux enfants polyhandicapés encadrés par une psychologue et une psychomotricienne. L'objectif principal de ce groupe est de favoriser l'accès à des représentations cognitives et corporelles de ces enfants par le biais d'activités sensori-motrices. L'accès à la communication et l'ouverture au monde sont aussi visés. Je me suis alors demandé quel était l'apport de la psychomotricité dans ce groupe. En effet, la psychomotricienne et la psychologue y ont deux fonctions bien distinctes mais qu'elle est celle de la psychomotricienne ?

MOTS-CLEFS : polyhandicap - psychomotricité - cognition - sensori-motricité - relation - communication.

SUMMARY

Multiple disabilities greatly hampers the cognitive abilities of the person. The therapeutic work around this sphere is not to be overlooked. I personally participated in a cognitive solicitation group among two children with multiple disabilities supervised by a psychologist and a psychomotor therapist. The main objective of this group is to promote access to cognitive and physical representations of these children through sensory-motor activities. Access to communication and openness to the world are also covered. I then wondered about the contribution of psychomotor in this group. Indeed, the psychomotor therapist and the psychologist will have two distinct functions, but what is that of the psychomotor therapist ?

KEYWORDS : multiple disabilities - psychomotor - cognition - sensory-motor - relationship - communication.