



HAL
open science

Psychomotricité et polyhandicap : l'apport du toucher à travers l'accompagnement de la personne polyhandicapée

Alizée Mailharrin

► **To cite this version:**

Alizée Mailharrin. Psychomotricité et polyhandicap : l'apport du toucher à travers l'accompagnement de la personne polyhandicapée. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01194926

HAL Id: dumas-01194926

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01194926>

Submitted on 7 Sep 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.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

Psychomotricité et polyhandicap :

*L'apport du toucher à travers l'accompagnement de la personne
polyhandicapée*

Mailharrin Alizée

Née le 06.12.1993 à Pau (64)

Nom du Directeur de Mémoire : Dansot Floriane

Juin 2015

Remerciements

Je tiens à remercier Floriane, pour m'avoir accompagnée tout au long de cette année, pour ses précieux conseils, son écoute attentive et sa disponibilité. Mais aussi, pour tout ce qu'elle a pu m'apporter au cours de cette dernière année de formation sur le chemin de la professionnalisation.

Je remercie également les autres psychomotriciennes de l'unité pour la transmission de leurs savoirs et les échanges constructifs que nous avons pu partager ensemble, qui ont contribué à l'élargissement de ma vision de la psychomotricité.

Je remercie également l'ensemble du personnel de l'association qui m'a accueillie en stage cette année.

Je n'oublie pas les personnes que j'ai eu l'occasion de rencontrer, d'accompagner durant mon stage et qui m'ont donné l'envie de réaliser ce mémoire.

Enfin, un grand merci à mes proches et mes amis, en particulier Océane, Aurore, Justine et Léa, pour leur soutien, leurs encouragements tout au long de l'élaboration de ce travail.

Avant-propos

Sentir...

Sentir c'est, par le nez, percevoir le monde au-delà de ce que peut atteindre la main.

Entendre c'est explorer encore plus loin.

Et voir, ah ! Voir... c'est, avec les yeux, caresser l'univers à des milliers de lieues à la ronde.

Chaque sens nous dit le monde. Son monde. Et le mélange se fait.

Chaque sens repousse les frontières un peu plus loin, faisant l'univers plus vaste, plus varié et plus riche. Mais, *toucher, c'est par là que, très simplement, tout a commencé* (...) Etre portés, bercés, caressés, être tenus, être massés, autant de nourritures pour les petits enfants " .

F. LEBOYER, *Shantala*, 1976, p. 22.

Sommaire

Remerciements	1
Avant-propos	2
Sommaire	3
Introduction	4
<i>Partie théorique</i>	
I. Le toucher dans le développement de l'enfant	6
1. Généralités sur le toucher	6
2. La peau	8
3. Le toucher dans la construction identitaire de l'enfant	11
II. Le polyhandicap : Quelle place pour le toucher ?	21
1. Présentation du polyhandicap.....	21
2. La symptomatologie du polyhandicap	25
3. La place du toucher dans le monde du polyhandicap.....	29
III. La place du toucher dans l'accompagnement en psychomotricité de la personne polyhandicapée.....	31
1. La nécessité d'un cadre thérapeutique stable	31
2. Etre en lien par le toucher : l'expression d'un partage.....	33
3. Le toucher en psychomotricité	43
<i>Partie clinique</i>	
I. Le cadre institutionnel	52
II. Approche et conception du soin en psychomotricité à l'ARIMOC : Quelques cadres d'intervention	54
III. Présentation des cas cliniques	59
Conclusion.....	81
Références bibliographiques	82
Table des matières.....	84

Introduction

Tout au long de l'année, j'ai effectué mon stage au sein d'une association régionale pour infirmes moteurs d'origine cérébrale, qui accompagne des enfants, des adolescents et des adultes dans leur vie au quotidien. J'ai été accueillie plus précisément au sein du centre d'éducation motrice et du foyer d'accueil médicalisé, à raison d'un jour et demi par semaine.

Le choix de m'orienter vers l'univers du polyhandicap découle de mes nombreuses interrogations quant au travail pouvant être proposé en psychomotricité auprès de cette population, qui m'était complètement étrangère.

A mon arrivée, j'ai été frappée par l'importance de leur handicap et par les moyens à disposition pour le compenser. Je me suis retrouvée face à un monde de restrictions, de limites, de dépendance, faisant pourtant partie intégrante de leur vie.

C'est en observant le quotidien de ces personnes que j'ai réalisé à quel point le toucher occupait une place importante dans leur vie. En effet, tous les actes de leur quotidien passent par le canal du toucher. Leur grande dépendance physique et psychique semble en faire une nécessité absolue.

En effet, la personne en situation de handicap est amenée régulièrement à être touchée par différents professionnels dans le cadre des soins. En revanche, elle n'a pas ou peu les moyens d'expérimenter le toucher, d'agir sur son monde par ses propres moyens.

Je me suis demandé en quoi le toucher et les sensations liées au toucher, pouvaient constituer une médiation à la fois thérapeutique et relationnelle en psychomotricité? Quelle place le psychomotricien occupe-t-il dans cet accompagnement?

J'ai donc choisi de m'intéresser à la façon dont le travail en psychomotricité pouvait être mené à travers cette médiation auprès de la personne polyhandicapée.

A travers ce travail, j'ai en particulier voulu m'intéresser aux divers aspects de ce toucher. Car le toucher implique non seulement la dimension corporelle (sensorialité) mais aussi psychique (les bouleversements, les réaménagements psychiques). Il concerne également le domaine relationnel. En effet, comment instaurer un travail thérapeutique en psychomotricité, en excluant cet aspect relationnel, dont le toucher semble faire partie prenante ?

Dans un premier temps, je resituerai le rôle du toucher dans le développement de l'enfant, notamment son influence sur sa construction psychique et affective. Cette première partie rendra compte des réalités impliquées par les sensations et les actes liés au toucher.

Dans un second temps, je présenterai le polyhandicap et ses différents troubles associés. A travers la symptomatologie, je rendrai compte de ses conséquences sur l'individu et de la place accordée au toucher dans ce milieu.

Dans une dernière partie, je m'intéresserai à la place que prend le toucher dans l'accompagnement par le psychomotricien de la personne polyhandicapée. A travers cet accompagnement, sur quelles dimensions de la vie de la personne polyhandicapée le toucher psychomoteur intervient-il ? En quoi est-il thérapeutique ? Je montrerai notamment de quelle manière il contribue à l'émergence de la dimension relationnelle.

Partie théorique

I. Le toucher dans le développement de l'enfant

1. Généralités sur le toucher

Le toucher est un sens qui suscite aujourd'hui de plus en plus l'intérêt des scientifiques, des psychologues, qui cherchent à mieux comprendre les principes fondamentaux qui en déterminent le fonctionnement.

Or, pendant de nombreuses années, il fut l'objet de peu de recherches, d'autant plus qu'il constituait un véritable sujet « tabou ». En effet, aujourd'hui encore et dans de nombreuses sociétés, le toucher est soumis à un certain nombre d'interdits liés à la sexualité.

Pourtant, le toucher fait partie de notre quotidien. Certains considèrent même qu'il constitue l'acte le plus essentiel de l'être humain. Selon D. Anzieu, « *de tous les organes des sens, c'est le plus vital : on peut vivre aveugle, sourd, privé de goût et d'odorat. Sans l'intégrité de la majeure partie de la peau, on ne survit pas* ». ¹

Le toucher détient cette particularité qu'il ne laisse personne indifférent : il peut déranger, être évité, ou alors il peut au contraire être recherché et grandement apprécié. Chacun possède un rapport au toucher différent, qui dépend par exemple de notre expérience vécue. Ainsi nous pouvons dire qu'il est subjectif et propre à chacun. Comme le souligne E.T. Hall « *De tous nos sens, le toucher est le plus personnel* » ².

Au-delà de ce lien, le toucher est un sens mettant en jeu la réciprocité. En effet, comme le dit J. SAVATOFSKI, « *on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même. La rencontre tactile a donc cette particularité de concerner aussi intimement l'approchant que l'approché* » ³. Nous ne pouvons être à distance dans l'expérience tactile.

¹ ANZIEU D (1985), *Le moi-Peau*, Paris, Dunod, p. 35

² HALL E.T., *La Dimension cachée*, Paris, Seuil, 1971, p. 85

³ PRAYEZ P, SAVATOFSKY J, *Le toucher apprivoisé, pour une approche différente du patient*, Lamarre, 2009, p. 106

1.1 Définition

Il me semble important pour commencer de reprendre la définition du toucher. Il peut être employé en tant que verbe ou nom commun.

D'après le dictionnaire Larousse, le toucher désigne le sens par lequel on reconnaît, au moyen d'un contact direct, la forme et l'état extérieur des corps. Il englobe cinq sensations : le contact, la pression, la chaleur, le froid et la douleur.

Ensuite, d'après le Nouveau Petit Larousse, « toucher » signifie en tant que verbe :

- *être, entrer en contact physique avec quelque chose ou quelqu'un.*
- *Contacter quelqu'un, entrer en relation avec lui.*
- *Atteindre, concerne quelqu'un.*
- *Etre contigu à, en contact avec.*

Dès lors, ces définitions attestent de la notion de relation, de lien, qui s'œuvre au travers du toucher.

De plus, de nos cinq sens, seul le toucher implique la totalité de notre corps. En effet, si chacun des autres sens possède un organe unique et limité, c'est par la totalité de notre corps que nous sommes « touchés ».

1.2 Une multitude de touchers

Il existe une multitude de touchers différents, de même que différentes façons de toucher. En effet, le répertoire du toucher est riche et large. Nous pouvons varier les gestes et l'intensité de nos mouvements en effleurant, en caressant et frôlant, ou bien au contraire induire un toucher plus net, en palpant, en exerçant de légères pressions. Il peut également être davantage enveloppant. C'est à nous de nous ajuster en fonction de ce que l'autre nous renvoie de notre approche. Cependant, outre l'aspect « technique », il s'agit davantage de l'intention qui est posée derrière qui compte.

1.3 Le toucher thérapeutique

Le toucher thérapeutique en psychomotricité s'opère par le biais d'un contact cutané direct (c'est-à-dire peau à peau), ou bien indirect (nous utilisons alors un objet, un élément médiateur) entre le patient et le psychomotricien. Le toucher thérapeutique, loin d'être un acte technique, constitue avant tout une approche. Celle-ci a lieu au travers de mobilisations passives, de massages, ou alors de l'utilisation de différents matériaux, doux ou durs, chauds ou froids, lisses ou rugueux, souples ou rigides. Cela apporte des sensations corporelles restructurantes et peut participer à la diminution des douleurs.

Chez le sujet polyhandicapé, la communication verbale est en général entravée, voire inexistante. Une approche corporelle, au niveau de leur peau, de leur enveloppe corporelle, par le biais du toucher semble alors constituer un moyen de communication efficace.

Le toucher laisse ainsi entrevoir cet aspect relationnel dont il est indissociable. « *Par le toucher relationnel, le patient peut enfin se sentir considéré et « pris » dans son ensemble, reconnu comme un être à part entière.* »⁴. N'est-ce pas alors cette dimension relationnelle du toucher, qui le conduirait à être thérapeutique ? C'est ce que nous verrons plus tard.

2. La peau

2.1 Rappel physiologique

La peau, appelée aussi tégument⁵, est l'organe du toucher. C'est à travers elle que nous prenons contact tant avec notre corps qu'avec celui des autres. En effet, il s'agit de la partie visible, palpable de notre être tout entier.

La peau provient du même tissu embryonnaire que le système nerveux, l'ectoderme, qui est le feuillet le plus externe de trois couches de cellules. Cela montre qu'il existe une relation entre les cellules cutanées et les fibres nerveuses dès l'embryogénèse, qui demeurera tout au long de la vie de l'individu. De ce fait, il n'est pas étonnant de constater les étroites relations toute la vie durant, entre notre peau et notre équipement cérébral, sensitif, sensoriel, émotionnel et nerveux.

⁴ BONNETON-TABARIES F, LAMBERT-LIBERT A, *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 2^{ème} éd, MED-LINE, 2009, p. 85

⁵ Du latin *Tegumentum*, qui signifie « couverture ».

Elle possède une telle quantité de capteurs sensoriels, de trajets sensitifs et nerveux, que certains chercheurs en parlent alors comme un cerveau étalé.

Par ailleurs, la peau constitue la surface la plus étendue de notre corps. En effet, elle s'étale sur près de 2m² du corps chez l'adulte et représente 18% du poids du corps.

Elle est composée de trois couches :

- l'épiderme, (la superficie), que l'on voit, que l'on peut toucher. Il s'agit d'un épithélium pavimenteux stratifié, composé de cinq couches : la couche basale, la couche de Malpighi, la couche granuleuse, la couche claire et la couche cornée (en allant de l'intérieur vers la surface).
- Le derme, un tissu de soutien composé de fibres musculaires lisses, de fibres de collagène et de fibres élastiques. Il contient également des glandes sudoripares, sébacées, des terminaisons nerveuses et des follicules pileux.
- L'hypoderme, une couche adipeuse sous cutanée.

Ces différentes couches renferment des récepteurs sensoriels du toucher, (1 500 000) qui sont disséminés sous la peau. Ils sont sensibles aux sensations des plus agréables aux plus douloureuses. Ils se présentent différemment. En effet, certains sont sous formes de terminaisons libres (sensibles à tous types de stimulus), d'autres sous formes de corpuscules (plus spécialisés). Une fois captés, les récepteurs vont transformer les stimuli reçus en messages nerveux, qui se propagent le long des nerfs en passant par la moelle jusqu'au cerveau.

Ainsi, la multiplicité des récepteurs, des terminaisons nerveuses et capteurs sensoriels de la peau en font toute la richesse et la pertinence du contact corporel.

2.2 Ses différentes fonctions

La peau revêt diverses fonctions nécessaires à la survie de l'individu. Tout d'abord, elle constitue un organe de renseignement sur le monde extérieur. En effet, grâce à ses récepteurs qui perçoivent les stimuli, la peau permet au sujet d'éviter toute exposition potentiellement dangereuse.

De plus, la peau constitue à la fois une barrière de protection et un filtre, sorte d'enveloppe contre les agressions extérieures qui « protège » notre corps.

Selon L. VAIVRE DOURET, « *son élasticité amortit les chocs. Son imperméabilité retarde l'action des substances corrosives. Sa mauvaise conductibilité retarde le refroidissement. Sa sensibilité entraîne des reflux de lutte contre les excès de température (frisson, sudation). C'est une barrière efficace contre la pénétration des microbes* »⁶

Elle assure ainsi des fonctions physiologiques essentielles au bon fonctionnement de notre organisme. En effet, en régulant les échanges avec le milieu environnant la peau protège le corps de la déshydratation et régule son métabolisme en sel et en eau. Elle participe au maintien de l'équilibre thermique du corps en particulier via le mécanisme de transpiration.

La peau est donc avant tout un lieu d'échange avec l'extérieur du corps ; des substances peuvent être aussi bien refoulées dans le milieu extérieur que pénétrer dans l'organisme.

Enfin, outre ses fonctions biologiques, F. VINIT s'intéresse à la dimension relationnelle de la peau. Ainsi selon elle, « *la peau est une fenêtre qui permet la rencontre de l'autre, dans le respect de sa différence. Cet affinement de la sensibilité du toucher porte la promesse d'un lien vivant avec le monde* ».⁷

2.3 Les effets du toucher sur la peau

Le toucher se définit comme la stimulation de la peau par des stimuli thermiques, mécaniques, chimiques ou électriques. Ces derniers suscitent alors au niveau de la peau des modifications d'où proviennent les sensations comme la pression, la température, la douleur et la vibration. Nous pouvons dès lors imaginer que le toucher possède une fonction générale de stimulation de tous les processus vus précédemment et a donc un impact sur l'ensemble de l'organisme.

Par ailleurs, nous avons vu qu'une multitude de récepteurs sont présents sous la peau. Lorsqu'ils sont stimulés, ils envoient un message au cerveau qui produit des hormones, notamment l'ocytocine, connue comme étant l'hormone du bien-être. L'action du toucher permet également au corps de réduire le taux de cortisol, l'hormone du stress.

Ses effets sur la santé, notamment à travers le massage, très répandu dans le monde, sont bien connus.

⁶ VAIVRE-DOURET L., (2003), « La peau : un organe vital », *La qualité de vie du nouveau-né-corps et dynamique développementale*, Odile Jacob, Paris, p. 106

⁷ VINIT F., *Le toucher qui guérit, du soin à la communication*, Paris, Belin, 2007, p. 182

Ainsi, nous pouvons constater les répercussions très profondes du toucher sur notre santé, notre corps, notre bien-être.

3. Le toucher dans la construction identitaire de l'enfant

3.1 Ontogénèse du toucher : Autour de la naissance

La peau constitue le premier organe des sens à se mettre en place lors de la période embryonnaire. Dès la huitième semaine de gestation, la peau de l'embryon humain est très développée.

P. PRAYEZ souligne que « *le toucher est sans doute l'un des tout premiers sens à apparaître, c'est le plus souvent, avec le grand âge, le dernier à disparaître* »⁸.

Or, d'après A. MONTAGU, « *il existe une loi générale en embryologie, qui veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu'elle sera fondamentale* »⁹. La peau joue ainsi un rôle très important.

Le système de perception tactile se développe tôt au cours de la vie intra-utérine. En effet, à la 20^{ème} semaine de gestation, les mécanorécepteurs sont présents dans tout le corps. Le bébé réagit ainsi rapidement au toucher.

Par ailleurs, la mère perçoit les premiers mouvements fœtaux à partir du cinquième mois de grossesse. Il s'établit alors un échange entre eux à travers les sensations tactiles. Un premier dialogue « corporel » mère-enfant apparaît donc in-utéro.

A la fin de grossesse, le fœtus ayant grandi dans le ventre maternel, se retrouve en contact permanent avec les parois de l'utérus et le liquide amniotique. Ceux-ci constituent une sorte d'enveloppe, qui protègent et soutiennent le fœtus, tout en lui apportant des sensations rassurantes.

A la naissance, le passage de la vie intra-utérine à la vie aérienne constitue une véritable épreuve pour lui, une sorte de « rupture » dans son fonctionnement. Du fait de son immaturité, il se retrouve dans un état de dépendance absolue, de vulnérabilité vis-à-vis de son entourage.

⁸ PRAYEZ P, SAVATOFISKY J, op.cit., p. 6

⁹ MONTAGU.A, *La peau et le toucher, un premier langage*, Seuil, 1979, p. 10

Il perd tous ses repères. En effet, le bébé se retrouve dans un monde de stimulations (visuelles, auditives, vestibulaires...), qui lui procurent du stress.

Il est alors très sensible au toucher, au contact corporel avec sa mère. En effet, cela lui rappelle les sensations vécues dans l'enveloppe utérine qui le réconfortent. Il n'est d'ailleurs pas rare d'observer un apaisement du nouveau-né juste après sa naissance lors du peau à peau avec sa mère.

Sa survie va dépendre dans un premier temps des soins assurés par la mère. Pour cela, il est impératif que se développent des conduites d'attachement réciproque entre l'enfant et sa mère. Nous allons voir que celles-ci vont dépendre de la qualité des échanges corporels entre ces deux partenaires.

3.2 Les interactions corporelles à la base de la construction psychique de l'enfant : d'une « sécurité » physique à affective...

Les interactions corporelles, qui font partie des interactions comportementales, se caractérisent par l'ensemble des échanges passant par le corps. Elles incluent en particulier les contacts cutanés.

3.2.1 Le holding

Le *holding* (maintien) désigne la façon que la mère a de porter, de contenir son enfant aussi bien physiquement que psychologiquement. Par la protection qu'elle procure à son bébé contre les expériences angoissantes, elle occupe un rôle de pare-excitation. Elle filtre ici les excitations de son bébé dont l'intensité trop importante dépasserait ses capacités d'y faire face.

S'il est assuré de manière régulière, le holding permet à l'enfant d'éprouver un sentiment de sécurité intérieure. Par ailleurs, il participe au sentiment d'exister du nourrisson, en tant qu'unité différenciée.

En effet, de la qualité du holding dépendra notamment l'émergence du 'Moi' de l'enfant, encore immature au départ, car incapable de maîtriser les expériences qu'il vit.

Cette idée est reprise par D. W. WINNICOTT pour qui « *L'intégration du moi chez le nourrisson dépend essentiellement de la manière, dans le temps et l'espace, dont sa mère le porte* »¹⁰.

Il rappelle que « *Le Moi se fonde sur un Moi corporel* »¹¹. Nous pourrions définir le Moi corporel comme le sentiment de soi qui se construit sur la base de la perception du corps.

3.2.2 *Le handling*

Le *handling* (manipulation) constitue le prolongement du holding selon D.W WINNICOTT.

Il concerne la manière d'être en contact avec le nourrisson, la façon dont il est traité, soigné et manipulé par la mère. Il dépend de l'ensemble des soins quotidiens procurés par la mère à son enfant (toilette, habillage, allaitement).

Les soins apportés dans la toute petite enfance conditionnent la façon dont l'enfant structurera par la suite ses expériences psychiques. « *Le tout-petit reçoit les gestes maternels comme une communication chargée de sens : attention, intérêt, tendresse, amour : dis-moi comment tu me touches et je saurai qui tu es, mais aussi qui je suis. Ces gestes, messages ou massages, s'imprègnent en lui, construisant peu à peu la façon dont il va vivre son enveloppe corporelle, puis se vivre lui-même* »¹².

La continuité de ces soins procure au nourrisson diverses sensations, notamment tactiles, qui lui permettent de découvrir les limites de son corps, mais aussi d'en prendre conscience dans une atmosphère de sécurité.

A. LOWEN montre que la sensation d'identité provient de la sensation du contact avec le corps. Pour savoir qui il est, l'individu doit être conscient de ce qu'il sent.¹³

Le holding et au handling, très dépendants du toucher et de la proximité physique, permettent donc l'émergence de la psyché, amenant l'enfant progressivement à acquérir le sentiment d'« habiter » son corps.

¹⁰ WINNICOTT D.W, *Processus de maturation chez l'enfant – Développement affectif et environnement*, Payot, Paris, 1970, p. 14

¹¹ Ibid., p. 9-18

¹² COLONNA-CESARI C, *Le massage intégral du bébé et de l'enfant*, Diffusion Traditionnelle, Asnières, 1990, p. 37

¹³ LOWEN A, *La trahison du corps*, cité par MONTAGU A, op.cit., p. 154

De plus, nous allons voir que ces interactions corporelles constituent l'occasion pour le bébé et sa mère de créer des liens affectifs et relationnels, favorisant la dynamique de l'attachement et les échanges.

3.2.3 Le dialogue tonique

Ces interactions corporelles également peuvent s'illustrer sous la forme d'un dialogue tonique, notion due à H. WALLON (1930) puis reprise par J. DE AJURIAGUERRA (1977).

Le dialogue tonique ou 'tonico émotionnel' se définit comme l'ensemble des échanges médiatisés par la façon dont le bébé est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la manière dont le bébé y répond; il y a ainsi une véritable interaction entre les postures des partenaires et le tonus musculaire qui en est corrélatif. Ce terme inclut toute la dimension corporelle de la relation mère-bébé, indissociable du toucher, du portage, de la qualité du contact, du tonus et de l'émotion.

Par son état de tension, le bébé va être en capacité d'exprimer ses besoins et son état interne à sa mère, qui à son tour décrypte et interprète l'état tonique de son bébé. Cet ajustement réciproque dans la rencontre corporelle leur permet alors d'entrer en relation, car le tonus (s'exprimant par le canal du toucher) est le premier moyen de communication du bébé.

C'est grâce à ces premiers échanges corporels que le bébé va être en mesure d'appréhender le monde et son environnement sereinement, sans que la rupture avec le monde intra utérin ne soit vécue comme une perte irréparable.

Nous voyons alors que les interactions corporelles mettent en jeu non seulement des sensations, mais aussi des affects, des émotions, qui prennent vie et s'expriment à travers cette relation au départ symbiotique, entre la mère et son bébé.

Nous allons maintenant voir de quelle manière ces interactions corporelles constituent un support aux interactions affectives entre le bébé et sa mère.

3.3 Les interactions affectives

Les interactions affectives sont caractérisées par l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère.

3.3.1 *Le syndrome de l'hospitalisme*

R. SPITZ dans les années 40, s'intéresse aux enfants en institution hospitalière, séparés de leur mère pendant une longue durée. Il fait alors une découverte surprenante.

En effet, bien qu'ils soient correctement nourris et soignés, ces enfants présentent des symptômes allant de la dépression jusqu'au marasme (c'est-à-dire un état de dégradation psychique et physique grave) pouvant conduire jusqu'à la mort. Il parle du «syndrome d'hospitalisme », qu'il définit comme l'ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie.

Suite à cette découverte, de nombreux chercheurs se sont intéressés à la relation unissant la mère à son enfant, ce qui a abouti à la découverte du processus de l'attachement.

3.3.2 *L'attachement*

Pour commencer, c'est H. HARLOW qui, à partir de ses expériences sur de jeunes singes, a montré l'existence d'un lien très fort à la mère naissant dans le contact physique, la proximité physique.

R. ZAZZO, psychologue, a lui aussi démontré l'existence d'un comportement typique, cette fois chez l'être humain : l'attachement. Lorsque la mère serre son enfant contre elle, il « s'attache » à elle, au sens physique comme au sens figuré du terme. Nous pouvons définir l'attachement comme étant un lien affectif entre un individu et une figure d'attachement, c'est-à-dire en général la personne qui prend soin de lui.

Contrairement aux idées reçues, l'attachement parents/enfant ne se met pas en place à la naissance au moment de la rencontre avec l'enfant, mais il s'élabore bien auparavant.

En effet, si l'on en croit G. BINEL, « *L'attachement est un processus lent et continu, qui débute au moment où naît le désir d'enfant, se développe pendant la grossesse, et se poursuit au moment de la naissance et dans les mois qui suivent* ». ¹⁴

Nous l'avons vu, le fœtus dans le ventre de sa mère perçoit très tôt les mouvements de sa mère, les caresses qu'elle lui procure. En outre, le bébé réagit au toucher dès la vie intra-utérine, ce qui s'observe par ses déplacements et l'accélération de son rythme cardiaque.

Nous pouvons donc dire que l'attachement résulte d'un processus interactif entre l'enfant et les parents avant même l'accouchement.

A la naissance, le toucher et le peau à peau constitueront des facteurs décisifs de l'attachement mère-enfant. L'enfant est un être social, l'attachement constitue son premier mode de relation avec autrui.

J. Bowlby, célèbre psychiatre et psychanalyste anglais, a décrit plusieurs comportements que le nourrisson tend à développer, à l'origine même du lien mère/enfant. Il les considère comme des stratégies d'attachement, parmi lesquelles on retrouve le foussement, l'étreinte, les pleurs, le sourire, la succion. Selon lui, tous ont pour but d'induire et de maintenir la proximité physique avec la mère.

Cela montre l'appétence du nourrisson au toucher dès son plus jeune âge. Ainsi, nous pouvons penser que le besoin d'être touché est biologiquement inscrit dans le corps du bébé, et nécessaire à son développement.

3.4 Le Moi-peau : De l'enveloppe corporelle à l'enveloppe psychique

Ce concept, développé par D. ANZIEU, permet de comprendre comment s'installe progressivement un sentiment d'existence distingué en fonction de la construction d'une enveloppe physique puis psychique de l'enfant.

Dès le début de la vie, la peau n'est pas opérante comme enveloppe, elle ne sert pas encore de contenant physique et psychique.

¹⁴ BINEL. G, *Prématurité et rupture du lien mère-enfant : La naissance inachevée*, Gaëtan Morin, 2000, p. 42

Grace aux expériences tactiles avec sa mère, en lien avec l'attachement, l'enfant acquiert la perception de la peau comme surface. Ces contacts corporels vont permettre au bébé l'édification d'une enveloppe corporelle qui participe à son individuation. Celle-ci permet la différenciation d'un intérieur-extérieur, préservant l'intégrité corporelle de l'enfant.

D. ANZIEU part du principe que les processus psychiques s'étayent sur des fonctions biologiques. Selon lui tous les processus de pensée ont une origine corporelle.

Cette idée est en adéquation avec celle de S. FREUD, selon qui « *le moi est avant tout corporel [...], il est dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps* »¹⁵

Ainsi, le Moi-peau trouve son étayage sur trois fonctions de la peau ¹⁶ :

- Elle est le sac qui retient à l'intérieur ce qu'il a reçu de bon à travers l'allaitement, les soins, le bain de paroles...
- Elle constitue l'interface marquant la limite entre le dedans et le dehors.
- Il s'agit d'un lieu et d'un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations significatives.

Il introduit alors le concept de Moi-peau, peau psychique s'étayant sur la peau biologique. « *Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps [...]. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif* »¹⁷.

Pour D. ANZIEU, être un Moi, c'est se sentir à la fois unique et capable d'émettre des signaux entendus par d'autres.

Toutes les expériences de la peau vécues par l'enfant vont le conduire à se représenter psychiquement. Selon lui, le Moi-peau naît au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan de l'action mais reste confondu avec lui sur le plan de la représentation du corps.

¹⁵ FREUD S, (1923), « Le moi et le ça », *Essais de psychanalyse*, p. 219-275

¹⁶ ANZIEU D, op.cit., p. 61-62

¹⁷ Ibid., p. 61

En faisant un parallèle entre les fonctions de la peau et du Moi, il reconnaît huit fonctions au Moi-peau.

Cependant, nous nous intéresserons ici à trois principales :

- La fonction de *maintenance* du psychisme : La capacité du bébé à développer cette fonction dépend de l'intériorisation du « holding » maternel. Un contact étroit s'établit par la peau et les muscles des deux partenaires. L'enfant peut alors s'appuyer sur sa mère et en tirer un sentiment de sécurité. Cet appui externe amène le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale permettant l'acquisition des schèmes moteurs de base.
- La fonction de *contenance* : De même que la peau enveloppe tout le corps et comprend tous les organes des sens, le Moi-peau contient tout l'appareil psychique. Cette fonction de contenance est assurée par le « handling » maternel. Selon D. ANZIEU, par ses soins, la mère donne à son enfant la sensation-image de la peau comme sac contenant la substance de l'être. Par ses réponses vocales et gestuelles, elle donne sens aux émotions envahissantes du bébé. Petit à petit, cette enveloppe tactile doublée de l'enveloppe sonore permettra à l'enfant d'éprouver seul ces émotions sans se sentir « détruit ». Le Moi-peau vise à envelopper l'appareil psychique mais il n'est conteneur que s'il y a des pulsions à contenir. Et la pulsion n'est ressentie comme « *force motrice centrale* » que si elle est limitée psychiquement. La maîtrise des pulsions par cette complémentarité du Moi-peau et du Ca permet à l'enfant d'acquérir le sentiment de la continuité du Soi.
- La fonction *d'individuation du Soi* : De même que la membrane des cellules organiques protège l'individualité de la cellule, le Moi-peau assure une fonction d'individuation du Soi qui apporte à celui-ci le sentiment d'être unique.

La théorie du Moi-peau révèle l'importance de la peau et du toucher, permettant à l'enfant de se construire psychiquement, de s'émanciper dans une atmosphère de sécurité et de continuité.

3.5 Quand le toucher contribue à la sensori-motricité...

J. PIAGET situe la période sensori-motrice entre 0 et 18 mois. Il la considère comme une première forme d'intelligence, qui se développe à travers l'expérience concrète que fait l'enfant dans sa prime enfance. Il s'agit d'un processus continu en plusieurs étapes, qui débute par des actions réflexes, puis par des actions découvertes par hasard sur le corps et sur les objets. Cela aboutit à la réalisation d'actions volontaires et intentionnelles.

Ainsi, nous imaginons que l'expérience tactile s'avère indispensable dans la réalisation de ce processus. Il n'est pas rare d'entendre des personnes dire que « leur enfant touche à tout » dans les premières années de leur vie.

Selon A. MONTAGU « *Il est que la forme décisive de notre relation aux choses est le toucher. Le toucher et le contact sont nécessairement les éléments les plus décisifs que nous utilisons pour définir la structure de notre monde* »¹⁸.

Ainsi, au cours de leur développement, les enfants découvrent leur environnement par le toucher, ce qui leur permet ensuite de s'ouvrir au monde, à la relation.

A. BULLINGER quant à lui, a proposé une approche autour de la sensori-motricité du jeune enfant en s'inspirant des travaux de PIAGET, de WALLON et d'AJURIAGUERRA.

Il a essayé de montrer la complexité et l'articulation des éléments instrumentaux, psychologiques, cognitifs, psycho-affectifs et environnementaux permettant à l'enfant de se développer et de se construire.

Il présente les choses à partir d'une logique de construction, sans qu'il y ait de stades figés. Pour A. BULLINGER, le corps n'est pas une donnée en soi, toute une construction est nécessaire pour que l'enfant fasse de son corps un espace à lui. A partir de là, il pourra en faire un moyen d'interaction sur son milieu physique et humain.

H. BUCHER rappelle que « *l'enfant est tout naturellement porté à expérimenter le monde par l'intermédiaire de son corps, à communiquer avec lui, à prendre plaisir à ses diverses fonctions* »¹⁹

¹⁸ MONTAGU A, op.cit., p. 84

¹⁹ BUCHER H, *Le plaisir d'être comme thérapie*, Masson, 1995, p. 22

Au cours de son développement, le bébé doit parvenir à faire de ses systèmes sensorimoteurs des outils qui lui permettent de comprendre et d'agir sur son milieu.

BULLINGER insiste la dimension humaine et relationnelle. En effet, selon lui, le milieu humain façonne la manière dont l'enfant va percevoir son environnement et s'y adapter. Il évoque notamment la notion de « d'équilibre sensori tonique », basé sur une plateforme à partir de laquelle un individu peut réaliser des actions vers le milieu extérieur.

Cet équilibre dépend de trois composantes :

- Les propriétés physiques du milieu : l'environnement doit répondre aux attentes élémentaires de notre organisme (régularité, flux sensoriels qui ont du sens...).
Si tel est le cas, alors l'individu peut faire des anticipations et construire des représentations lui permettant de comprendre son milieu.
- Le milieu biologique : c'est le fait de posséder l'intégrité des systèmes sensori moteurs et neurophysiologiques. Cela permet le traitement des signaux issus des flux sensoriels entraînant la compréhension et la maîtrise de ce qui nous entoure.
- Le milieu humain : Selon BULLINGER, il est essentiel à la survie du bébé. Il précise que la personne déficiente doit pouvoir utiliser le relais qu'il forme pour suppléer à ses manques. Cette nécessité suppose la communication entre les individus.

Ainsi, nous avons pu constater dans cette première partie les enjeux que recouvre la dimension du toucher dans le développement d'un enfant. Par la sécurité physique et affective qu'il apporte à travers les échanges mère/bébé, le toucher aboutit à la construction de la psyché, la structuration de soi. Cette idée a notamment été reprise par D. ANZIEU et ses travaux sur le Moi-peau.

De plus, nous avons mis en évidence l'importance de l'apport humain afin d'aider l'enfant à comprendre le monde qui l'entoure et agir sur son environnement.

De ce fait, nous ne pouvons que souligner l'importance de ce sens et de cet acte dans le développement et la construction d'un enfant.

Or, qu'en est t-il de la personne polyhandicapée ? Quel est l'impact de ses déficiences sur sa manière d'être au monde ? Quel rapport entretient-elle avec le toucher ? Quelles particularités le polyhandicap entraîne-t-il sur le toucher ?

II. Le polyhandicap, quelle place pour le toucher ?

1. Présentation du polyhandicap

Afin de déterminer quel rapport les personnes polyhandicapées entretiennent avec le toucher, il me semble intéressant de commencer par présenter ce qu'est le polyhandicap. En rendant compte de ses conséquences sur le plan individuel, nous pourrions ainsi en étudier l'impact sur leur rapport au toucher, les répercussions qui en découlent tout en analysant la place qu'il occupe dans le quotidien des personnes polyhandicapées.

1.1 Du handicap au polyhandicap... Terminologies et définitions

Le terme handicap est défini comme « *toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites du fait d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales* »²⁰

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) déclare en 1980 : « *est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise* ».

Lors de mon stage, j'ai été rapidement mise en difficulté en ce qui concerne la multiplicité des termes utilisés. C'est pourquoi il me semble important d'en différencier trois principaux : la déficience, l'incapacité et le handicap. En effet, ces trois termes peuvent paraître proches, pourtant ils ont chacun leur spécificité.

- La *déficience* concerne la perte de substance ou l'altération d'une structure ou fonctionnement psychologique, physiologique ou anatomique.
- L'*incapacité* désigne la réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité donnée de la façon ou dans les conditions considérées comme normales pour un être humain.
- Le *handicap* résulte d'une déficience et/ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal.

²⁰ Grande Encyclopédie Larousse, Tome 10, p. 5798

Le CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et Incapacités) a réuni un groupe d'études en 1984 et a différencié trois grands groupes de handicaps associés. Cette typologie servira de base aux textes réglementaires ultérieurs.

Le *plurihandicap* est une association circonstancielle de handicaps physiques réunis soit par l'étiologie, soit par le hasard.

Le *surhandicap* désigne une surcharge ou un alourdissement progressif d'une déficience physique ou mentale par des troubles relationnels, d'apprentissage ou de négligence dans la prévention des handicaps primaires.

Le *polyhandicap* implique une association de déficience mentale sévère avec une déficience motrice qui sont à défaut, les deux points les plus souvent retenus. En effet, il est nécessaire d'y inclure des expressions cliniques multiples ou surcharges. Or, cette vision restreinte du polyhandicap ne permet pas de couvrir les besoins réels et nombreux de ces personnes polyhandicapées.

1.2 Historique du polyhandicap

C'est en 1969 que le néologisme « polyhandicap » semble avoir été utilisé pour la première fois par le médecin E. ZUCMAN, dans un article sur la guidance parentale paru dans la revue *Réadaptation*.

La notion de polyhandicap renvoie à des personnes très sévèrement atteintes, où les handicaps sont multiples sans prévalence les uns sur les autres. Il s'agit d'un concept et non une maladie ou un état pathologique. Ce concept a été créé afin d'éviter l'exclusion d'une partie de la population longtemps ignorée.

En effet, autrefois, les sujets porteurs d'un polyhandicap étaient qualifiés d'« encéphalopathes profonds », de « grabataires » ou encore « d'arriérés profonds », ils ne bénéficiaient d'aucune action particulière. Leur espérance de vie ne dépassait guère l'adolescence.

Dans les années 1950-1960, une prise de conscience apparut chez certains pédiatres quant au nombre croissant de ces enfants ne bénéficiant d'aucun soin particulier.

En revanche, les sujets porteurs d'IMC (infirmité motrice cérébrale) dont les capacités intellectuelles peuvent être conservées, étaient mieux connus et soignés.

Ainsi, la personne polyhandicapée est devenue source de réflexion et de recherche depuis relativement peu de temps. Cela est dû en partie au fait que le handicap est devenu l'objet d'une prise de conscience collective d'un problème de société. En effet, de plus en plus de nourrissons grands prématurés sont sauvés. Or, une part non négligeable d'entre eux connaîtra d'importantes conséquences sur leur développement, parfois très graves.

Une certaine évolution dans les termes employés pour désigner le polyhandicap est apparue, qui s'est accompagnée d'une amélioration de manière générale dans la prise en charge associée au handicap. En effet, au départ, le concept de handicap était essentiellement médical. De nos jours, il se concentre sur les rapports entre la personne et son environnement, il est devenu plus social.

1.3 Définitions du polyhandicap

Parmi les nombreuses définitions existant, nous retiendrons celles du CTNERHI qui définit le polyhandicap en 1984 comme étant une « *association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond (Q.I inférieur à 50), entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée* ». Cette définition permet de souligner un point important, la spécificité de chaque individu est prise en compte.

Dans la nouvelle annexe XXIV ter qui date de 1989, il est décrit comme « *un handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde (Q.I inférieur à 30), entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation* ».

Ces définitions très formelles, tendent à assimiler, à réduire la personne à son handicap, à sa dépendance.

Or, des personnes telles que G. SAULUS commençaient déjà à appréhender autrement le polyhandicap à cette époque. Ainsi, ce dernier formule en 1989 : « *Le polyhandicap n'est pas un accident qui affecterait un individu par ailleurs indemne. Par la précocité et la massivité des lésions responsables des déficiences et des incapacités directement induites, le polyhandicap engendre véritablement une manière d'être au monde, une et originale; l'Etre humain polyhandicapé est, pourrait-on dire, tout entier handicapé; non pas pour insister de*

*manière péjorative sur la gravité de son état, mais pour nous engager résolument sur la voie de la reconnaissance de son droit à une existence originale ».*²¹

Dans ce mémoire, c'est à travers cet état d'esprit que je considérerai le polyhandicap, qui je pense, est primordial dans l'approche que nous avons à mener auprès de ces personnes en tant que psychomotricien.

1.4 Etiologies et prévalence

Le polyhandicap survient à la suite d'une atteinte cérébrale grave précoce, ayant un impact sur différents domaines de l'activité neurologique (la motricité, les capacités cognitives, la sensorialité).

Les recherches ont permis de mettre en évidence une étiologie variée. Les causes sont nombreuses, cependant à l'heure actuelle, 30 à 40 % restent encore inconnues. Il y aurait une prévalence de 0,7 à 1 sur 1000 naissances.

50 % des cas surviennent lors de la période prénatale : étiologies vasculaires (AVC prénataux), infectieuses (rubéole, cytomégalovirus), chromosomiques, métaboliques, malformations cérébrales, intoxication par des médicaments, consommation de drogues et/ou alcool pendant la grossesse.

Dans environ 15 % des situations, on retrouve une cause périnatale: il s'agit surtout de la grande prématurité ou de dysmaturités, mais également d'encéphalites, d'ictère nucléaire, de méningite.

5 % seraient d'origine postnatale : le polyhandicap surviendrait alors à la suite d'un traumatisme, d'un arrêt cardiaque, de noyade, d'intoxication au monoxyde de carbone, d'hémorragie, d'œdèmes.

²¹ SAULUS G (1989), *Approche philosophique et épistémologique du polyhandicap*, Actes du Colloque APF HANDAS, « les enfants, les adultes polyhandicapés, qui sont-ils ? », Paris, Palais de l'Unesco

2. La symptomatologie du polyhandicap

2.1 Les déficiences motrices : un état de dépendance

Elles sont constantes et de gravité variable. Les déficiences motrices entraînent « *une absence ou une réduction des possibilités d’agir sur son environnement physique (...) ces actions concernent la préhension et la locomotion* ». ²²

Ces déficiences motrices sont souvent accompagnées de troubles du tonus, de la régulation tonique et de l’ajustement tonique ayant une incidence sur la motricité. Parmi celles que j’ai rencontrées en stage, il y a :

- *La spasticité* : C’est la rigidité convulsive des muscles ou des groupes de muscles affectés dans laquelle une détente est suivie d’une résistance, qui s’accroît progressivement lors des mouvements actifs ou passifs. Les muscles sont incapables de se détendre d’une façon normale. C’est une atteinte du système nerveux pyramidal qui touche la motricité volontaire. Elle concerne 85% des personnes polyhandicapées avec un degré plus ou moins élevé selon la gravité de l’atteinte.

- *La dystonie* : Elle correspond à une posture anormale et prolongée due à une atteinte des noyaux gris centraux chez des patients cérébraux-lésés Elle se manifeste par un mouvement involontaire soutenu, et impose à certains segments de membres ou à une partie du corps des attitudes extrêmes de contorsion.

- *L’hypertonie* : une augmentation du tonus qui implique des raideurs et des crispations

- *L’hypotonie* : une diminution du tonus.

2.2 La déficience intellectuelle

Elle peut également être qualifiée de retard mental ou de retard intellectuel. Dans le polyhandicap, on parle de retard mental « profond » ou « sévère ».

Selon l’OMS le retard intellectuel profond concerne les personnes susceptibles au plus, d’un apprentissage systématique des gestes simples.

²² DALLA PIAZZA S., GODFROID B., *La personne polyhandicapée, son évaluation et son suivi*, De Boeck, 2004, p. 27

La classification Internationale des Handicaps de l'OMS en a fait une entité particulière avec des caractéristiques fonctionnelles, qui correspondent à un quotient intellectuel inférieur à la normale (<40). Ce retard entraîne des conséquences sur les apprentissages suite à :

- Des difficultés de repérage dans le temps et dans l'espace
- Des troubles de la communication et de la relation
- Des difficultés mnésiques
- Une autonomie limitée
- Peu ou pas de langage verbal
- Des loisirs, des capacités scolaires limitées...

2.3 Les troubles sensoriels

Ils concernent principalement l'audition et la vision. On ne peut sous-estimer l'impact de ces troubles sur le développement de la personne polyhandicapée, en particulier lorsque celle-ci connaît d'autres déficiences concomitantes.

Parfois, le fait de toucher peut se substituer à la vision, souvent entravée chez les personnes polyhandicapées. En effet, selon E. COURJOU, « *Le toucher est le sens de la certitude par excellence [...], lui seul nous fait prendre vraiment conscience de la réalité [...], il matérialise les choses qui nous entourent, et il les rend concrètes et réelles* »²³. Ainsi, quand nous voulons l'assurance qu'un objet ou un être existe, nous le touchons.

2.4 Les troubles associés

Une personne polyhandicapée présente toujours une déficience motrice associée à une déficience mentale, à des degrés plus ou moins graves. Cependant, elle présente également des handicaps associés. C'est le cas notamment de l'épilepsie (touchant 40 à 50% des cas), des troubles respiratoires, somatiques, de la déglutition, du sommeil, de la croissance, des problèmes de déshydratation...

Je choisis ici de parler de deux troubles en particulier qui me semblent importants à évoquer en lien avec mon sujet, et que j'ai eu l'occasion de voir sur mon terrain de stage.

²³ COURJOU E, *Comprendre et pratiquer le toucher relationnel*, Dunod, Paris, 2007, p. 13-14

2.4.1 La douleur

La douleur a été définie en 1976 par l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage* ».

La personne polyhandicapée est souvent exposée à des stimuli douloureux même si leur seuil douloureux paraît plus élevé que chez une personne valide. Ces douleurs ont des origines diverses : lésions dentaires, troubles digestifs, douleurs orthopédiques...

La prise en compte de la douleur est d'autant plus compliquée que ces personnes ne sont pas toujours en capacité de l'exprimer et de se faire comprendre. Or, il s'agit d'un point primordial à considérer dans la prise en soin de ces personnes.

En effet, la douleur peut se révéler être la cause d'une réticence à accepter d'être touché. On ne peut demander à une personne polyhandicapée qui souffre de recevoir et d'accueillir notre toucher de manière positive.

Ainsi, notre toucher peut venir faire écho à un vécu douloureux du corps, à cette mémoire du corps en lien avec les douleurs actuelles. Le corps est le support de douleurs diverses, qui peuvent être vécues et perçues par la personne polyhandicapée comme de véritables agressions. Nous devons particulièrement être vigilants dans notre approche et dans la réceptivité de ces personnes à notre contact, afin que celui-ci ne soit pas vécu comme persécuteur et intrusif, qu'il ne soit pas appréhendé.

2.4.2 Les troubles du comportement

Il arrive que certains sujets polyhandicapés développent des conduites particulières, telles que des stéréotypies. Celles-ci ont aujourd'hui laissé place aux termes « d'autostimulations », voire dans les cas extrêmes, « d'automutilations » : dans ce cas, la structuration sur le plan psychique ne peut avoir lieu qu'au prix de la destruction corporelle.

Les autostimulations peuvent se présenter sous la forme de frottements de deux parties du corps, de balancements, de coups et griffures, ou encore de manipulations incessantes d'objets.

Actuellement, l'on pense que ces conduites signent un besoin fondamental de stimulation, de changement, de proximité, de contact.

Selon A. Fröhlich, « *Chaque individu, quel qu'il soit, a besoin d'un minimum de stimulation sensorielle pour construire et conserver une certaine stabilité de l'organisme psychique et physique. Pour éviter de s'appauvrir totalement sur le plan sensoriel, l'individu organise lui-même et pour lui-même des situations stimulantes* »²⁴.

Il semble donc que ces comportements représentent non seulement un effort de l'individu pour se procurer des sensations, se stabiliser, mais aussi tout simplement pour se vivre comme une personne autonome à part entière. Ce sont des signaux qui nous informent que le sujet n'a pas encore pu développer une stratégie appropriée pour ses processus d'échange avec l'environnement et son propre corps.

Ainsi, dans notre pratique de psychomotricité, ces conduites doivent nous interpeller, nous devons en penser quelque chose, en faire une interprétation. Chaque élément qui nous est donné à voir par la personne polyhandicapée doit être pensé, et c'est à nous d'en faire un retour.

Lors de mon premier jour de stage, je rencontre Louna pour la première fois, une adolescente porteuse d'un polyhandicap, qui doit être verticalisée. Au moment du transfert, elle se donne de grands coups, des gifles sur le visage. J'apprends alors qu'il s'agit d'un moment toujours compliqué pour elle depuis des années, mais pourtant quotidien. Malgré le temps, elle ne s'y est jamais habituée. J'interprète cela comme un moment tellement compliqué pour Louna qu'elle évacue, décharge par de telles manifestations - parfois impressionnantes-, son excès de tension, de mal-être.

Cependant, il convient de préciser que certaines maladies organiques, psychopathologiques sont susceptibles d'entraîner des comportements d'auto mutilation et d'auto stimulation comme c'est par exemple le cas dans le syndrome de Rett ou la schizophrénie infantile.

Nous avons donc balayé les différents troubles présents chez la personne polyhandicapée. Nous allons maintenant voir quel rapport au toucher elles peuvent entretenir dans leur vie quotidienne.

²⁴ A. FROHLICH, *La stimulation basale, le concept*, SZH /SPC, 2000, p. 37

3. La place du toucher dans le monde du polyhandicap

3.1 Toucher et état de dépendance

Du fait des différents troubles évoqués précédemment, il en résulte un état de dépendance. Suivant l'ampleur de son handicap, le jeune enfant polyhandicapé ne peut aller explorer l'environnement comme le ferait un tout-petit poussé par sa curiosité dans la période sensori motrice.

Ainsi, la personne polyhandicapée est rarement en capacité de toucher par sa propre volonté, d'aller à la rencontre de son environnement et d'elle-même en comptant sur ses seules capacités. En effet, à cause des rétractions articulaires, de la spasticité des muscles, les personnes polyhandicapées ne touchent leur corps que rarement, voire presque jamais.

Leur est-il possible alors d'investir leur corps dans ces conditions ? Nous verrons plus tard de quelle manière le toucher psychomoteur y contribuera.

C'est grâce à l'activité motrice, au toucher, que l'enfant découvre le monde et son propre corps, fait l'expérience d'un monde sûr, alimente ses relations aux autres.

Pour pouvoir agir, toucher quelque chose ou quelqu'un, la personne porteuse d'un polyhandicap a donc besoin d'être accompagnée. De ce fait, les personnes polyhandicapées semblent avoir un rapport au toucher limité qui ne leur permet pas de vivre des expériences structurantes de façon autonome.

Nous pouvons alors nous demander si cet état de dépendance, n'entraîne pas chez la personne polyhandicapée un état d'insécurité, de vigilance permanente ?

3.2 Etre touché : un acte quotidien

Nous avons constaté les difficultés éprouvées par les personnes polyhandicapées pour toucher.

Or, dans leur quotidien, elles sont souvent en contact avec des supports différents : le corset-siège de leur fauteuil roulant, leurs appareillages, la table de change, le matelas sur lequel elles dorment.

Les appareillages sont tellement ancrés dans leur corps, dans leur schéma corporel que lorsqu'on les retire, cela génère parfois de fortes angoisses chez certaines. En effet, cela est ressenti pour elles comme une perte, un contenant qui disparaît.

Ainsi, nous constatons que ce ne sont pas les personnes polyhandicapées qui touchent, mais davantage l'environnement, matériel mais aussi humain, qui entre en contact avec elles.

En effet, elles sont amenées régulièrement, dans le cadre de leurs soins, à 'être touchées', 'manipulées'. C'est notamment le cas lors des moments de change, de transfert, de repas, qui rythment leur quotidien.

Par conséquent, je me suis interrogée sur un point en particulier : ce toucher reçu d'un tiers ou de leur environnement matériel, leur permet-il de prendre conscience de leur corps dans sa totalité ou seulement partiellement ? Seules les parties du corps quotidiennement touchées existeraient-elles pour les personnes polyhandicapées ?

Il serait alors légitime de penser que ces manques, qui les accompagnent depuis leur naissance et avec lesquels elles sont arrivées à se construire, nécessitent la présence d'un tiers pour leur faire vivre des expériences structurantes. C'est ici que le psychomotricien va trouver sa place dans un accompagnement corps à corps à partir duquel le toucher intervient.

III. La place du toucher dans l'accompagnement de la personne polyhandicapée en psychomotricité

1. La nécessité d'un cadre thérapeutique stable

1.1 Un espace approprié

L'accompagnement d'une personne en psychomotricité implique toujours la nécessité d'instaurer un cadre thérapeutique.

Le cadre en psychomotricité se caractérise par un ensemble de conditions spatiales, temporelles et matérielles, par le choix de la médiation utilisée, et par l'identité professionnelle du psychomotricien. Il constitue un véritable outil de soin.

En effet, par les repères stables qu'il met en place, le cadre assure un espace contenant et sécurisé, un espace d'expression corporelle, tout en offrant un environnement favorable aux expériences à la fois structurantes et structurées. C'est en cela qu'on le considère comme thérapeutique, à condition qu'il soit investi par le patient.

Selon C. POTEL, « *le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* ». ²⁵ Nous pouvons ainsi imaginer le cadre comme une enveloppe qui viendrait contenir le soin lui-même.

Dans l'accompagnement de la personne polyhandicapée, ce cadre doit s'aménager différemment, il doit être pensé efficacement de sorte à ce qu'il réponde le plus à ses besoins.

Il s'agit d'instaurer un espace-temps privilégié, au cours duquel la personne polyhandicapée est amenée à aller à la rencontre, à la découverte de son corps pour l'éprouver différemment, à travers diverses propositions sensorielles, qu'elle ne peut pas expérimenter par elle-même habituellement.

Lors des séances, la personne polyhandicapée est « mise à nu », c'est-à-dire sans appareillages (attelles, corsets...), ce qui lui redonne l'image originelle de son corps sans suppléance.

²⁵ POTEL C, *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, p. 321

De plus, la personne polyhandicapée est mise au sol, hors de son fauteuil, de son corset-siège, ce qui lui offre davantage une certaine liberté de mouvements.

Mais n'est-ce pas là aussi un moyen de différencier l'appareillage de la personne, l'objet du sujet, dans ce temps conçu pour « être ensemble » ?

1.2 Les qualités du psychomotricien

Comme nous l'avons vu précédemment, le cadre thérapeutique ne dépend pas que de conditions matérielles mais aussi de la personnalité du psychomotricien, notamment son implication avec le patient. Dans le milieu du polyhandicap, où le langage verbal n'existe pas et la communication est parfois difficile à établir, il s'agit d'être attentif aux moindres manifestations corporelles de la personne polyhandicapée.

Pour cela, le psychomotricien doit se montrer disponible, prendre le temps, être à l'écoute de l'Autre et de ses besoins, tout en lui laissant l'opportunité d'exprimer ses choix, ses attentes, ses désirs.

Cependant, encore faut-il ressentir du plaisir avant de susciter du « désir de »; C'est pourquoi il est de notre rôle en tant que psychomotricien de permettre au sujet polyhandicapé d'éprouver dans son corps une dimension de plaisir, dont on connaît la fonction structurante, tout en le mettant dans une situation de confort et de sécurité, tant physique qu'affective.

Ainsi, l'espace aménagé particulièrement pour la personne polyhandicapée lui permet de s'exprimer corporellement et d'émettre un désir que le psychomotricien va pouvoir entendre, comprendre, ressentir, et même aider à se réaliser. Ce désir de faire peut être entendu comme un moyen de s'émanciper, d'être acteur de sa vie et de son développement.

Par ailleurs, le psychomotricien doit être vigilant au rythme de la personne polyhandicapée et le respecter. En effet, l'un des défauts que l'on peut avoir est de vouloir toujours proposer une activité, or, un moment de « vide » peut s'avérer également bénéfique, sinon plus, car la personne dans ces moments-là, peut se réapproprier ce qu'elle vient de vivre, cela l'aide à s'individualiser, à se ressourcer, à symboliser.

Le cadre thérapeutique ainsi que l'attitude du psychomotricien semblent donc essentiels pour permettre à la personne polyhandicapée de se sentir en sécurité, afin de l'inscrire dans une perspective d'épanouissement, de « libération ».

N'oublions pas que le confort physique mais aussi psychique et relationnel de la personne polyhandicapée constitue les fondations leur permettant de développer un niveau d'appétence au monde et à l'environnement nécessaire à leur évolution.

2. Etre en lien par le toucher : l'expression d'un partage

La rencontre avec une personne polyhandicapée ne va pas de soi, en effet l'accès au langage verbal étant absent ou très restreint, la gestuelle limitée, comment communiquer ? Comment peut-on échanger, comprendre et se faire comprendre ? Au final, comment se rencontrer autrement ? En effet, nos repères habituels, les codes de communication que nous utilisons de manière ordinaire ne s'avèrent plus suffisants. Il nous faut aller chercher ailleurs afin de permettre l'aménagement d'une rencontre.

2.1 Le corps, un espace de rencontre

Qu'entendons-nous au juste par « rencontre » ? Par définition, la rencontre désigne le fait de se trouver en présence d'une autre personne. Ainsi, nous pouvons penser qu'être en présence, c'est d'ores et déjà quelque part, être en relation.

Or, si nous rappelons la citation de J. De AJURIAGUERRA « *Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre, complice de son existence* »²⁶, il apparaît clairement que le corps s'exprime, apparaît dans la relation.

En effet, si l'on prend l'exemple du nourrisson au début de sa vie, son corps est complètement en fusion, en symbiose avec celui de sa mère. Il n'y a pas encore de différenciation entre son corps et celui de l'autre.

C'est grâce à la relation avec sa mère, à son corps touché et entouré par elle, à son corps raconté, qu'il pourra être en mesure de se sentir un, comme un individu à part entière. Le corps constitue donc un lieu archaïque mais privilégié de relation, d'échange.

²⁶ JOLY F, « Le bébé psychomoteur Julian de Ajuriaguerra et la conception psychomotrice du développement précoce », *Sa Majesté le bébé*, Toulouse, ERES, «1001 bébés», 2007, 160 p

2.1.1 La corporéité dans la relation

M. MERLEAU PONTY, J. DE AJURIAGUERRA, et H. WALLON ont été les pionniers dans la prise en compte du corps comme expression au monde et de la relation à l'autre.

La rencontre avec une personne polyhandicapée nécessite que l'on passe par d'autres codes de communication pour pouvoir échanger.

Or, comme le rappelle G. MUNOZ ²⁷, c'est bien du côté du corps dans ses fonctions les plus archaïques, dans ce qu'il a à nous offrir de sa fragilité, de son intimité, que nous serons en mesure, peut-être, de se rencontrer. En effet, c'est bien à travers le corps que les personnes polyhandicapées peuvent s'exprimer, et que nous pouvons intervenir; c'est le cas par exemple à travers le tonus, le toucher, le peau à peau...

Dans l'accompagnement de la personne polyhandicapée, nous sommes bien souvent pris dans un corps à corps, qui nous amène à gérer une certaine proximité, voire une intimité corporelle avec elle. Selon T. LARIAU, pour aller à leur rencontre, « *il nous faut faire le chemin inverse de celui qui nous a amenés où nous en sommes...retourner vers le corps à corps originel* ». ²⁸

C'est ainsi que peu à peu, le corps du psychomotricien devient l'étayage du corps de la personne polyhandicapée.

Il me semble important de préciser qu'en psychomotricité, et particulièrement dans le milieu du polyhandicap, le corps n'est pas vu sous l'angle d'un objet à redresser, à manipuler. En effet, comme le fait remarquer K. ROUFF, « *le corps n'est pas seulement un corps orthopédique à redresser, c'est surtout un corps de relation, de communication, d'émotion* » ²⁹

Ainsi, nous nous adressons davantage au corps relationnel, à la manière d'être et de se présenter au monde, plutôt qu'au corps fonctionnel. Le psychomotricien cherche à ce que la personne polyhandicapée éprouve son corps comme un espace à investir, et non pas synonyme de limitations, de souffrance.

²⁷ MUNOZ G., (2003) « Adultes polyhandicapés : quand la rencontre ne va pas de soi » *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, (133), p. 68

²⁸ LARIAU T., « Rencontres avec le polyhandicap », *Psychologues et psychologie*, (135)

²⁹ ROUFF K., (2001) « Comment travailler avec les enfants polyhandicapés ? », *Lien Social*, (562)

2.1.2 Une approche sensible

Entrer en contact par le corps, par le toucher, s'immiscer dans l'intimité corporelle d'une personne n'est pas une chose anodine. En effet, nous entretenons chacun une relation au toucher différente selon notre histoire, notre vécu. Le toucher peut s'appréhender de manière plus ou moins aisée, naturelle pour certains, alors que d'autres peuvent s'en protéger, notamment par la distance qu'ils imposent au sein de leurs relations.

Or, le polyhandicap annihile toutes ces barrières, et nous oblige à remanier toutes nos habitudes. En effet, du fait de leurs limitations, les personnes sévèrement handicapées ont des besoins très spécifiques pour pouvoir s'épanouir et entrer en relation avec quelqu'un comme nous l'indique A. FROHLICH. Elles ont besoin d'une grande proximité physique pour vivre des expériences et percevoir le monde extérieur, ou tout simplement pour bouger, changer de position.

Dans les années 60, l'anthropologue américain E.T HALL s'est intéressé aux distances sociales, en particulier à la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction. Il qualifie ce concept de « proxémie ».

Il mit en évidence que la distance entre deux personnes permettait de réguler inconsciemment leurs comportements. En réduisant ou augmentant leur distance, les personnes modifient la relation et le sens de l'interaction.

Il mena ainsi une étude proxémique sur des sujets occidentaux qui lui permit de mettre en évidence quatre catégories principales de distances interindividuelles : distance sociale, publique, personnelle et intime.

Ainsi, dans l'accompagnement de la personne polyhandicapée, en tant que psychomotriciens, ce sera surtout dans ces deux dernières que notre action se situera. En effet, nous sommes amenés à gérer cette proximité, à « faire effraction » en quelque sorte dans la sphère personnelle et intime de la personne, d'où l'intérêt d'une approche sensible et respectueuse.

Au-delà d'un savoir-faire technique, il s'agit de se tourner vers un savoir être envers la personne polyhandicapée, à travers par exemple, notre qualité de présence et de contact, d'attention.

Ainsi, c'est à partir de cette rencontre corporelle, de cette implication corporelle qu'il est à présent possible de sentir, d'éprouver des choses, d'en comprendre la signification dans une

relation interpersonnelle à deux. Or, c'est bien à partir de là que démarre la communication entre deux personnes.

Si l'on en croit B. LESAGE, « *un abord corporel est bien davantage qu'une activité parmi d'autres, ou même qu'une nécessité [...], c'est aussi la mise en place des structures fondamentales qui soutiennent l'éclosion et l'ancrage d'une présence, et qui conditionnent la relation à autrui* ». ³⁰

Cependant, une approche sensible et respectueuse suffit-elle ? Permet-elle à elle seule la transformation de cette proximité corporelle en un dialogue structurant ?

2.1.3 Les enjeux autour de la relation corporelle

Il semble que cette proximité corporelle, cette relation corporelle médiatisée par le toucher, inscrite à la fois dans un cadre contenant et sécuritaire, ne soit une évidence ni pour nous, ni pour la personne polyhandicapée. Paradoxalement, si l'on imagine que la proximité corporelle, le toucher peut lui être familier, notamment en raison des soins quotidiens de nursing, liés à sa dépendance, il n'en est rien, car chaque toucher est différent, chaque toucher apporte des sensations différentes. En effet, le toucher du psychomotricien n'est pas le même que celui d'un éducateur spécialisé ou d'un kinésithérapeute. Les enjeux, les finalités ne sont pas les mêmes.

Par ailleurs, rappelons que le toucher implique deux partenaires, il concerne deux personnes, ici le psychomotricien et la personne polyhandicapée.

Selon E. COURJOU, « *Le toucher offre l'immédiateté, il n'accepte pas l'éloignement [...], le toucher possède une qualité de réflexivité, nous sommes dans une expérience de « touchant-touché* ». ³¹ ; Cette qualité même laissant penser que le toucher met en lien, constitue un support pouvant mener à une écoute, au début d'une relation, au cours de laquelle des choses s'échangent.

Par ailleurs, il a été clairement démontré que le toucher soulevait quelque chose autour de la résonance affective, émotionnelle. Ainsi, selon A. MONTAGU, « *Bien que le toucher ne soit*

³⁰ LESAGE B, (2005), *Le corps en place et la place du corps dans la relation avec la personne polyhandicapée, Les Cahiers de l'Actif*, (348-349)

³¹ COURJOU E, op.cit., p. 14

*pas en soi une émotion, ses éléments sensoriels induisent des changements d'ordre nerveux, glandulaire, musculaire et mental, qui l'apparentent à une émotion. Pour cette raison, le toucher n'est pas ressenti comme une simple modalité physique, une sensation, mais effectivement comme une émotion ».*³²

Ainsi, si l'on en croit la part non négligeable de l'influence du toucher sur le corps en relation, tel qu'il existe par exemple, à travers le dialogue tonico-émotionnel, j'en suis venue à me demander ce que pouvait véhiculer ma qualité de contact, de toucher à travers la relation ? Quels effets cela a-t-il sur la personne polyhandicapée, d'être touchée, mobilisée ? Que lui renvoie-t-on de notre place de psychomotricien, et inversement comment, en tant que thérapeute, j'accueille ce que l'autre me renvoie, comment je travaille avec cette promiscuité corporelle ? En fait, il s'agit là de la question du transfert et du contre-transfert. En effet, comme le dit P. PRAYEZ, « *« Toucher, être touché instaure un lien palpable entre la personne et le soignant, éveille inmanquablement des « échos » psychiques et émotionnels en chacun »* »³³

M. SAMI ALI parle notamment de relation transférentielle au cours de laquelle le psychomotricien peut s'interroger sur ce qui se joue corporellement dans la relation du patient à l'autre.

En effet, comme dans toute relation thérapeutique, le transfert et le contre-transfert existent dans la pratique psychomotrice. Mais à la différence du psychanalyste, le psychomotricien ne conçoit pas le transfert comme un outil thérapeutique : il ne l'analyse pas, mais travaille avec, le considérant comme faisant partie de la relation. De plus, le psychomotricien, par son investissement corporel dans la relation, par son rôle sécurisant et contenant, par son empathie ainsi que par un apport matériel et/ou corporel, permet au sujet de vivre des sensations, de rester dans la réalité, dans l'agir.

B. AUCOUTURIER quant à lui explique qu'en travaillant au niveau du corps, le transfert est très chargé et très rapide parce que l'on fait appel à une sensibilité affective très archaïque (renvoyant aux diverses expériences marquantes du sujet), liée à l'image paternelle et surtout maternelle.

³² MONTAGU A, op.cit., p. 86.

³³ PRAYEZ P, (2006) « Le toucher, le tact et la 'juste' distance », JALMALV (85) p. 12

Le contre transfert en psychomotricité est corporel. Il correspond à ce que l'autre vient interroger en nous, ce qu'il suscite comme mouvements, comme affects. Le psychomotricien, comme tout thérapeute est engagé dans l'alliance thérapeutique avec le patient. Comme en psychanalyse, le psychomotricien doit être capable de repérer son contre transfert, il doit être conscient de ses effets inconscients car il peut interférer notre jugement, il peut biaiser notre objectivité.

CONTANT ET CALZA parlent de contre transfert émotionnel. Cela renvoie à la manière de vivre la relation à l'autre dans son corps, c'est-à-dire que les ressentis et le dialogue tonico-émotionnel sont le lieu des échanges. Le thérapeute doit donc savoir écouter ses propres réactions, ce qui est intuitif, ce qui est au plus profond de soi, et en être conscient.

Or, en psychomotricité, il s'agit d'utiliser les effets du contre transfert, c'est-à-dire qu'il faut gérer le contre transfert émotionnel et avoir un ajustement tonique et sensoriel par rapport à ce que l'on éprouve des manifestations du patient. Cela est d'autant plus vrai dans l'accompagnement de la personne polyhandicapée, lié au corps à corps très présent au sein de la relation.

Cependant, il m'a semblé difficile par moment d'adopter cette position de neutralité tout en restant dans l'empathie, me sentant alors parfois débordée par les angoisses, le sentiment de mal-être de certains patients. Je pense notamment à une adolescente que j'accompagne en piscine et en snoezelen.

Noémie est une adolescente de 14 ans polyhandicapée, atteinte du Syndrome de Rett. Elle présente de nombreuses stéréotypies (notamment des mains avec des mouvements de torsion, de pression..., des balancements), voire auto-mutilations (coups, longues apnées). Elle semble être sujette à des angoisses archaïques. Par exemple, le moindre contact avec elle, la moindre sollicitation même la plus bienveillante, semble lui être inconfortable et désagréable: une angoisse envahit alors son visage, elle se met à hyper ventiler, à pousser des cris, elle se tape fort au point que nous sommes obligés à l'aide de manchons reliés à son fauteuil, de lui attacher les mains. Cette situation, où l'on a tendance à se sentir impuissant, m'a souvent saisie et mise mal à l'aise ; encore aujourd'hui, même avec le temps, je ne parviens pas à y rester insensible.

Ainsi, pour que ce corps à corps se transforme en dialogue structurant, nous avons montré qu'une approche sensible et respectueuse, bien qu'indispensable, n'est pas suffisante. C'est l'engagement tout entier du psychomotricien qui est requis, et non pas que corporellement. Confronté au milieu du polyhandicap, le psychomotricien doit être prêt à recevoir et accueillir l'autre dans tout ce qu'il a à lui offrir, tout en assurant son rôle dans une relation corporelle, au plus près de la personne polyhandicapée.

En effet, nous avons vu à travers cette partie que le toucher participe fortement à la rencontre et à la relation avec la personne polyhandicapée.

2.2 L'émergence d'un dialogue structurant

2.2.1 *La communication non verbale*

Nous pourrions définir la communication comme le fait de faire l'expérience de la présence de l'autre : faire l'expérience de sa différence, la reconnaître et la respecter, être prêt à écouter ce qu'il cherche à échanger. Chez l'Homme, le canal de communication privilégié est le canal verbal.

Or, dans notre vie quotidienne, sans que nous y prêtions attention, nous émettons et recevons en permanence des signes non verbaux qui transitent par notre corps : les expressions du visage, des gestes et postures, le ton de notre voix, notre toucher sont significatifs dans notre désir d'échanger. Ainsi, l'information non verbale complète le message verbal, elle peut être en adéquation avec ce dernier, ou pas.

Des chercheurs de l'école de Palo Alto affirment que 65 à 70% de la communication passe par le canal non verbal.

J. CORRAZE (1980) définit les communications non verbales comme « *l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds muets, etc...)* »³⁴

Ainsi, nous comprenons que la rencontre avec une personne polyhandicapée ne se situe pas du côté de la parole, mais bien du côté du corporel.

³⁴ CORRAZE J, *Les communications non-verbales*, Paris, 5^{ème} éd, Presses Universitaires de France, 2001

Un de nos rôles réside dans le fait d'accueillir toute expression de la personne polyhandicapée comme significative dans le sens de la communication.

En effet, c'est au travers de leurs gestes, de leurs postures, de leur tonus, de leurs attitudes, de leurs expressions faciales que nous sommes en mesure de trouver une porte d'entrée pour communiquer.

Cependant, il y a un problème auquel nous nous retrouvons irrémédiablement confrontés, c'est celui de l'interprétation. Plus la communication est corporelle, plus il faut pouvoir remettre en question notre interprétation et ne pas s'y enfermer.

2.2.2 Le dialogue tonique : entre corporel et affectif

Nous avons précédemment évoqué la notion de dialogue tonique qui s'établit entre la mère et son nouveau-né. Ainsi, nous savons que toutes les expériences primitives du bébé se vivent sur une trame de variations toniques en rapport avec les variations émotionnelles, les besoins, les contacts. Cette fonction tonique, essentielle, lui permet d'agir sur sa mère, influençant alors son comportement. En effet, suite à cela, la mère adapte son tonus, son attitude (ses postures, sa voix...) face à ce qu'elle perçoit de son bébé. Elle s'engage toute entière dans cette relation. C'est donc tout un dialogue qui s'instaure entre eux.

Un tel dialogue se retrouve largement dans l'accompagnement d'une personne polyhandicapée. Comme nous l'avons vu, ses moyens d'expression restent très limités, et nous devons bien souvent nous référer au corps afin d'entrer en relation, comprendre et pouvoir s'ajuster à elle.

Par ailleurs, le dialogue corporel ne s'apprend pas, ce n'est pas une méthode ou un outil à appliquer de manière formelle, il se vit sur un mode relationnel, où les émotions, les affects jouent un rôle important.

2.2.3 Une relation d'accordage, des partenaires actifs

Nous l'avons vu, on ne peut toucher sans être touché soi-même. Le toucher implique donc la présence de deux personnes, il les met en lien dans le sens où elles se sentent concernées l'une l'autre. Nous pouvons alors dire qu'elles deviennent des partenaires.

Cependant bien souvent, d'un point de vue extérieur, il peut nous sembler, à tort, qu'il ne se passe pas grand-chose dans la relation avec une personne polyhandicapée. Or, il y a toujours un ressenti, quelque chose qui vient remettre en question cette impression de « vide » dans la relation.

Par exemple, il nous arrive d'avoir ce sentiment au fond de nous, non seulement d'avoir été avec une personne le temps d'un instant, de l'avoir écoutée, comprise, en étant au plus proche d'elle, de l'avoir reconnue dans sa globalité, dans sa manière d'être au monde.

Il nous semble, grâce à la communication non verbale, avoir repéré des messages qui nous ont été adressés, même infimes (un sourire, un mouvement, une tension), aussi limitées soient ces personnes dans leurs possibilités d'expression.

Pourtant, l'expérience m'a permis de comprendre que cela prend du temps, et que ce n'est pas généralisable à toutes les personnes polyhandicapées. En effet, je me suis trouvée en difficulté face à une adolescente avec laquelle je n'arrivais pas à trouver cette « porte d'entrée » pour communiquer; cet accordage me semblant alors bien difficile à instaurer.

Pour Noémie, être touchée, mobilisée, sortie de son fauteuil semble lui être très difficile à supporter. Dans de tels moments, elle donne alors l'impression d'être débordée par ses émotions, par notre sollicitation ou celles de l'environnement. Ainsi elle passe du pleur au rire, ou à la colère très rapidement, parfois dans des conditions qui ne semblent pas appropriées. Comment interpréter ces signes ? Quelle est la fiabilité de cette relation ? Il semble difficile de pouvoir s'accorder dans de tels moments, où l'on se demande quelle est la part de l'influence de l'un sur l'autre.

D'où l'intérêt pour le psychomotricien de toujours s'interroger sur ce qu'il reçoit de la personne polyhandicapée, ses productions, pour s'en saisir et les décoder, leur donner un sens. Cela peut renvoyer aux travaux de W. BION, dans ce qu'il décrit de la relation précoce mère-nourrisson; c'est-à-dire, donner une valeur de message à ce qui n'en a pas, en transformant des éléments bruts en éléments pensables et acceptables, afin de faciliter un échange.

Ainsi, l'un des rôles du psychomotricien sera de mettre en mots, de verbaliser toutes les expériences vécues par la personne polyhandicapée. Cette fonction sonore, ce « bain langagier » est très important, contenant, d'autant plus lorsque le langage verbal n'est pas acquis, car il permet à la personne polyhandicapée d'être directement concernée par ce qui lui

est proposé, tout en s'inscrivant dans un échange, dans une relation. Elle participe ainsi à son accompagnement.

Pour continuer dans la pensée de W. BION, nous pourrions ainsi dire qu'on leur prête en quelque sorte notre « appareil à penser les pensées ».

Ainsi, cette qualité de présence, d'écoute, d'attention, cette intention de décrypter les choses, les réponses qui en découlent, constituent selon moi cette relation d'accordage, où deux partenaires s'engendrent et s'auto engendrent.

En effet, n'oublions pas que les mots sont également accompagnés, appuyés par les corps, par l'échange de tensions, de contact, de toucher, par l'échange d'éléments sensitifs, à travers cette corporéité toujours prégnante dans la relation. Un bon accordage passe par un toucher approprié, juste, permettant en particulier de repérer les réactions douloureuses ou de défense, une modification de respiration, de tonicité qui se manifestent parfois de façon subtile.

Enfin, il me semble que cette relation d'accordage, au sein de laquelle chacun des partenaires s'investit à sa façon dans la relation, s'illustre relativement bien par la notion d' « *aire d'échanges archaïque commune* » qu'évoque G. MUNOZ. En effet, il explique que l'aire signifie l'espace de la rencontre, l'espace réel de la salle mais aussi l'espace psychique mobilisé où la rencontre pourra prendre naissance ; « *Commune* » et « *échanges* » pour indiquer un mouvement de soi vers l'autre et de l'autre vers soi, mouvements s'autoalimentant dans un espace et un temps partagé.³⁵

Ainsi, cette proximité corporelle, cette qualité de contact, induit inéluctablement la nécessaire présence du toucher, de la promiscuité, menant peu à peu à la communication. Celle-ci prend naissance au fil du temps, à travers une approche sensible, aboutissant ainsi à un « *apprivoisement mutuel* », favorisant la rencontre avec la personne polyhandicapée.

Nous allons maintenant voir de quelle façon le psychomotricien va se saisir de ce toucher relationnel, de cette atmosphère de sécurité et de confiance, pour en faire quelque chose d'encore plus 'constructif' pour la personne polyhandicapée.

³⁵ MUNOZ G., (2003) op.cit. p. 68

3. Le toucher en psychomotricité

3.1 Le toucher comme enrichissement du vécu corporel de la personne polyhandicapée

3.1.1 Par les informations tactiles

Nous l'avons vu, du fait de leur dépendance, les personnes polyhandicapées éprouvent d'importantes difficultés à agir sur leur monde, en particulier à travers leur sens du toucher. Celui-ci nécessite en effet de la précision et une certaine coordination pour pouvoir atteindre son but. Or, le handicap de ces personnes entrave fortement cette réalisation.

Le toucher contribue fortement à l'expérimentation et à la découverte. Nous avons notamment constaté son rôle non négligeable dans la sensori-motricité du tout petit.

Ainsi, le rôle du psychomotricien est de leur donner accès à des expériences tactiles nouvelles, structurantes. En leur offrant notre corps comme appui, dans une atmosphère de sécurité et de confiance, il s'agit de les aider à sentir leur corps différemment, à découvrir le monde autrement.

Par exemple, nous pouvons faire ressentir à la personne polyhandicapée divers contrastes sensoriels, à partir de textures différentes : le mou et le dur, le chaud et le froid, le rugueux ou le lisse. Nous pouvons commencer au niveau de la paume de la main et du bout des doigts, où la discrimination tactile est la plus aiguisée. Nous pouvons ensuite étendre ce contact à d'autres parties du corps, la plante des pieds et les bras. L'intégration sensorielle fait partie prenante de la vie d'un individu.

Selon A. BULLINGER, l'organisme est constamment soumis à un bombardement sensoriel qui s'organise sous forme de flux³⁶. De la maîtrise de ces sensations apparaît la possibilité « d'habiter son corps ».

Il s'est intéressé aux flux sensoriels qu'il qualifie de 'stimulations sensorielles'. Selon lui, un flux sensoriel est un ensemble de signaux continus et orientés qui stimule les systèmes sensoriels archaïques (tactiles, vestibulaires, auditifs, visuels).

Nous nous intéresserons ici principalement aux flux tactiles, bien qu'il existe également les flux gravitaires, olfactifs, visuels et auditifs.

³⁶ BULLINGER A, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Erès, p. 152

Les flux tactiles concernent toute la surface du corps. L'enveloppe corporelle est pourvue de capteurs de densité et de propriétés différentes. Un flux tactile se crée non seulement par contact avec des solides, mais aussi avec des fluides ou bien des gaz en mouvement.

On repère chez les bébés et les personnes qui ont peu de capacités de représentation que la réaction à ces flux tactiles va fortement mobiliser le tonus musculaire ainsi qu'une forte composante émotionnelle (fou rire, pleurs etc). C'est un système archaïque très important.

Il y a 2 types de traitements des flux tactiles selon A. BULLINGER³⁷:

1°) Un traitement archaïque qui va traiter les aspects qualitatifs des stimulations (la température, les informations liées à la texture). C'est le système spino-thalamique qui est en jeu. La transmission nerveuse est lente et se fait par des fibres de petit diamètre. La projection au niveau cérébral est sous corticale et bilatérale, et n'est pas organisée de manière somatotopique. Il est mature à la naissance. Chez les enfants polyhandicapés, il n'y a généralement que ce système mis en place, il leur faudra donc beaucoup de temps pour s'approprier le ressenti et établir une réaction.

2°) Un traitement plus élaboré qui va traiter les aspects quantitatifs et spatiaux. C'est le système lemniscal qui est en jeu. La transmission nerveuse est plus rapide. La projection est corticale, contro-latérale et organisée de manière somatotopique. C'est un traitement qui va peu intervenir quand l'enfant est petit, mais il va progressivement se mettre à la place du système archaïque pour permettre d'ajuster les mouvements. Les enfants polyhandicapés n'ont en général pas accès à ce système.

Selon A. BULLINGER, « *la personne gravement déficiente peut avoir de la difficulté dans la gestion des flux sensoriels [...] Des limitations dans les capacités représentatives rendent difficile les élaborations instrumentales pour la communication et l'échange physique avec son milieu* ». ³⁸

Nous pouvons donc déduire de ses propos que les personnes polyhandicapées sont susceptibles d'éprouver des difficultés à mettre du sens sur ce qu'elles perçoivent.

³⁷ BULLINGER A, op.cit., p. 153-154

³⁸ Ibid., p. 154-155

Elles ne parviennent pas à traiter les différents flux sensoriels qui les entourent.

Par conséquent, elles peuvent être très rapidement désorientées par ces stimulations environnementales.

En tant que psychomotricien, il s'agit de les aider à symboliser, mettre du sens sur ce qu'elles reçoivent, qu'elles peuvent percevoir, en vue peut-être de leur permettre d'accéder à la représentation.

Ainsi, notre démarche autour de l'intégration des contrastes sensoriels, appuyée par notre parole, semble intéressante pour les aider à anticiper et appréhender plus sereinement les événements de leur vie. Cela leur permet de ne pas être débordées par les différents flux auxquels elles sont soumises au quotidien.

3.1.2 Par l'accompagnement du mouvement ou kinesthésie

Ce vécu corporel et cette exploration du corps peuvent être également élaborés à travers différentes mobilisations passives. Il s'agit de mettre le corps de la personne polyhandicapée en mouvement, afin qu'elle le perçoive de manière différente. Cela lui permet d'éprouver son corps en mouvement ainsi qu'un certain degré de liberté qu'elle ne peut explorer spontanément. C'est par exemple l'occasion pour elle de découvrir que son bras peut être dans telle ou telle position, que sa jambe peut se plier, se déplier. Que ses mains peuvent se rejoindre pour se toucher, et aller à la rencontre des différentes parties de son corps. En effet, il est intéressant de travailler les dissociations des membres, mais aussi le rassemblement.

BULLINGER parle de la « genèse de l'axe corporel » qui constitue selon lui un repère fondamental dans le développement de l'enfant. En effet il est nécessaire pour ressentir la continuité entre les différents segments de son corps.

La mobilisation de cet axe entraîne les mouvements de l'ensemble du corps, et contrôle les charnières des grandes chaînes articulaires. Il intervient donc dans l'intégration du schéma corporel.

A BULLINGER nous apprend que « *la constitution de l'axe corporel, avec son ajustement tonique complexe, la mobilité qu'il offre vont permettre de relier les différents espaces dans lesquels l'enfant déploie ses moyens instrumentaux. Il fait de l'organisme un lieu habité* ». ³⁹

³⁹ BULLINGER A, op.cit., p. 87

Bien souvent, par leurs troubles importants du tonus, les personnes polyhandicapées n'intègrent pas cet axe. C'est à nous, par des mouvements de rotation des ceintures, d'enroulement, d'extension de leur faire prendre conscience de cet axe.

Ces mouvements accompagnés tendent à ce que la personne polyhandicapée se rende compte que son axe corporel est central avec deux hémicorps droit et gauche; mais aussi qu'il existe un "avant du corps": la face ventrale, et un "arrière du corps" : la face dorsale. Cette prise de conscience peut être facilitée par de légères pressions au niveau du dos que le psychomotricien propose.

Cette mise en mouvement peut également être expérimentée à travers les Niveaux d'Evolution Motrice (NEM). Il s'agit des différents enchaînements moteurs que suit l'enfant dans son évolution motrice. Ils sont constitués par une succession de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements, depuis la position allongée sur le dos jusqu'à la station érigée et la marche.

C'est l'occasion pour la personne polyhandicapée de se rendre compte que plusieurs positions sont possibles, sur le côté, sur le ventre... mais également aller vers d'autres schémas posturaux, vivre et expérimenter d'autres sensations.

Dans cette optique, il est par exemple intéressant de lui proposer l'expérience des appuis et des repoussés au niveau plantaire. Ainsi, cela lui permet de faire l'expérience de la gravité, de prendre conscience du poids de son corps.

Nous avons vu que le toucher et les sensations liées au toucher, contribuaient à l'enrichissement du vécu corporel. Par ailleurs, la sécurité que nous garantissons à la personne polyhandicapée par notre contact rassurant, lui permet de vivre cette expérience plus sereinement. Cependant, le vécu corporel s'arrête-t-il aux sensations ? N'intervient-il pas plus profondément, sur la personne polyhandicapée ?

3.2 Le toucher, un outil participant à l'émergence de la conscience de soi ?

3.2.1 Etat des lieux : le schéma corporel chez la personne polyhandicapée

Tout d'abord, il me semble intéressant de définir ce qu'est le schéma corporel. J. DE AJURAGUERRA en a proposé une définition : « *Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.* »⁴⁰

Quant à F. DOLTO⁴¹ psychanalyste, le schéma corporel serait « *le même pour tous les individus de l'espèce humaine* ». De plus, il correspondrait à un « *vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité* », et se référerait au « *corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate* ». Enfin, il se structurerait par « *l'apprentissage et l'expérience* ».

En résumé, le schéma corporel serait « *une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique* ».

Il s'agit d'une construction active et progressive, qui évolue parallèlement au développement de la motricité et du tonus musculaire. En effet, le schéma corporel s'appuie sur diverses constructions : les coordinations, les schèmes d'ouverture et de fermeture, la notion de verticalité et enfin les déplacements dans l'espace.

Chez les enfants dont la motricité n'est pas entravée, ces diverses expériences autour du corps orienté dans l'espace sont répétées ce qui permet une intégration des sensations.

Or nous l'avons vu, selon J. DE AJURAGUERRA, l'ensemble des sensations proprioceptives, kinesthésiques, extéroceptives vient nourrir la connaissance que le sujet a de son corps.

Ainsi, les restrictions motrices permettent-elles à la personne polyhandicapée de prendre conscience de son corps ? Qu'en est-il de son schéma corporel ?

⁴⁰ AJURAGUERRA, J. (de), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1970, p. 239

⁴¹ DOLTO F, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil, 1984, p. 16-23

C'est ici que le travail autour de la kinesthésie évoqué précédemment prend tout son sens. En effet, il reprend ces différentes constructions. Nous avons notamment évoqué le travail autour de l'organisation posturale, tonique à travers divers schèmes de mouvements. De plus, nous avons abordé l'expérience de l'accès à la verticalité, à la gravité, notamment par la prise de conscience des appuis et des repoussés.

Or, tout cela permet de spatialiser le corps, de lui redonner forme dans les 3 dimensions de l'espace. Par notre accompagnement, nous donnons ainsi la possibilité à la personne polyhandicapée de vivre son corps différemment, tout en remaniant la conscience qu'elle a de celui-ci. Ainsi, nous pouvons dire que la richesse du vécu corporel constitue la base d'un travail nécessaire à l'intégration du schéma corporel.

Par ailleurs, L. GEORGES-JANET aborde le problème de l'épilepsie, très fréquent, et pense que ces variations soudaines, brutales du tonus peuvent altérer le sentiment d'unicité du corps de la personne polyhandicapée⁴². Selon elle, la perte transitoire des capacités motrices, de la relation ainsi que de la position du corps dans l'espace, peut entraîner un sentiment de discontinuité, largement angoissant.

Cela ouvre alors la voie à l'image du corps.

3.2.2 *L'image du corps chez la personne polyhandicapée*

Pour commencer, qu'est-ce que l'image du corps ?

F. DOLTO la définit comme « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles [...]* », elle est éminemment « *liée au sujet et à son histoire* ». Contrairement au schéma corporel, elle est inconsciente.

Chez les personnes polyhandicapées, nous avons vu que le corps est souvent source de douleurs multiples. Selon F. DOLTO, l'image du corps se nourrit de nos expériences émotionnelles.

Or, si l'on reprend la définition de la douleur proposée par l'IASP évoquée précédemment, elle est considérée comme une « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable* ».

⁴² GEORGES-JANET L, (2003), « Le monde du corps », *Les rencontres du credas, des passerelles pour plus de compétences*.

Ainsi, je me suis demandé à plusieurs reprises si ces désagréments pouvaient avoir, à terme, une influence sur leur image corporelle, ou du moins sur leur 'enveloppe corporelle'.

En effet, la douleur induit souvent des positions de repli, entravant alors les interactions sociales. Or, on sait que c'est grâce à l'échange avec l'autre que s'édifie l'image du corps.

De ce fait, il semble compliqué pour la personne polyhandicapée de pouvoir investir et s'approprier un corps douloureux, qui à terme, peut être vécu comme persécuteur.

M.B Da Silva Loureiro rajoute que « *le schéma corporel, l'image corporelle [...] s'organisent et s'installent par les expériences en une synthèse cérébrale, intégrant les émotions positives et négatives. Si la proportion de sensations agréables, véhiculées par le toucher, s'accroît grâce au processus thérapeutique psychomoteur, les mauvais souvenirs pourront s'effacer, permettant au patient **d'investir son corps avec conscience** [...] en faisant **l'expérience réelle de son corps tout entier*** ». ⁴³

A ce propos, F. BRUNET insiste sur la notion de plaisir procuré par le toucher. Il déclare qu'« *il s'agit bien de faire vivre à la personne touchée une expérience de contentement sensitif, de complétude corporelle, source de détente et de soulagement, lui permettant d'être davantage en contact avec ses sensations, de **prendre conscience d'un corps** que l'immobilité prolongée, les déformations articulaires, les rétractions des membres inférieurs et des extrémités, la spasticité etc., ont pu occulter et faire souffrir* ». ⁴⁴

Ainsi, il semble que dans un premier temps, une de nos actions à travers le toucher puisse s'inscrire ici, c'est-à-dire permettre à la personne polyhandicapée de renouer le lien entre elle et son corps, en la reconnectant à son corps, à ses sensations.

De ces sensations, il est alors question de prise de conscience du corps, d'investissement corporel, qui ne peut avoir lieu qu'à travers un accompagnement étayant de la part du psychomotricien. Nous verrons plus loin de quelle manière le toucher intervient dans ce processus.

⁴³ DA SILVA LOUREIRO M.B (2008), « L'importance du toucher dans la mémoire corporelle », *Evolutions psychomotrices*, 20 (81), p. 161

⁴⁴ BRUNET F et al, *Polyhandicap, activités motrices et sensorielles*, éd. Actio, 2009, p.31.

Par ailleurs, j'ai pu constater la place très importante des soins de nursing dans la vie, liés à la dépendance des personnes polyhandicapées. Or, ne contribuent-ils pas à une image du corps partielle, se limitant à un 'bas du corps' pour les changes, une 'bouche' pour manger ? Le contact prolongé de leur corps sur les fauteuils leur permet-il d'avoir une image globale de leur corps et non parcellaire ?

De plus, le corps d'une personne polyhandicapée fait l'objet bien souvent, de lourdes interventions chirurgicales.

Selon S. KORFF-SAUSSE, « *Il s'agit d'une expérience qui accentue le sentiment d'inquiétante étrangeté : expérience dépersonnalisante, voire psychotisante que de se retrouver avec un corps modifié* ». Nous pouvons interpréter cela comme un corps nouveau, étranger, l'image du corps s'en trouve alors modifiée.

Ainsi, quelle place le toucher en psychomotricité peut-il avoir ? Il s'agira par exemple de réunifier les sensations corporelles par un toucher global, contenant, toujours accompagné de la parole. C'est ce que nous allons voir à présent.

3.2.3 Un toucher « étayant »

Il y a différentes manières d'aborder le corps de la personne polyhandicapée par le toucher. Il y a le simple contact, pour informer d'une sensation précise, ou bien le massage s'organisant autour d'une dimension plus globale.

Le toucher peut s'intéresser au « dur » du corps, c'est-à-dire les os, les points de rattachement des ceintures par de légères pressions, avec l'intention de lui faire prendre conscience de la solidité et la continuité de son corps.

Le toucher en psychomotricité participe donc au sentiment de sécurité.

A. FROHLICH, dans son ouvrage sur la stimulation basale, évoque les difficultés éprouvées par les personnes polyhandicapées à comprendre le simple toucher par la main comme un contact dont la signification est considérable. L'utilisation de médiateurs comme du tissu, des morceaux d'étoffe semble les aider à mieux sentir le 'toucher'.

Il a d'ailleurs été démontré que la matière intensifie la manière de sentir son propre corps. En revanche, le contact avec la peau « nue » met davantage l'accent sur l'aspect communicatif. Nous ne reviendrons pas sur cette dimension, largement développée précédemment.

Selon A. FROHLICH, des conditions sont nécessaires pour que notre toucher soit significatif pour la personne polyhandicapée. Il doit être suffisamment ferme, pas trop léger, trop furtif ou trop bref. Rappelons que les personnes polyhandicapées ont besoin de temps pour s'approprier les sensations.

De plus, ce toucher doit être fluide et constant, si possible sans interruption, une main doit toujours garder le contact avec le corps.

Enfin, selon G. MUNOZ, « *Toucher une personne polyhandicapée, c'est lui raconter son corps, c'est l'accompagner dans une exploration active, une découverte ou une reconnaissance, c'est lui rappeler que son corps reste l'élément premier de son identité, le siège de ce qu'il est* ». ⁴⁵

Par ses propos, il nous donne à penser que par l'accompagnement et l'exploration du corps, le toucher a des répercussions sur le schéma corporel.

En revanche, la notion d'identité, par son caractère personnel, rappelle davantage la notion d'image du corps.

Cela revient à dire que le toucher thérapeutique en psychomotricité impliquerait ces deux dimensions (schéma corporel et image corporelle), indissociables de la personne.

Pour conclure, le toucher en psychomotricité contribue à renforcer le sentiment de globalité, d'unité corporelle de la personne polyhandicapée. Par son impact sur le *schéma corporel* et *l'image du corps*, le toucher participe à l'enrichissement de soi. Il permet à la personne polyhandicapée de découvrir de nouvelles choses tout en « s'ouvrant » davantage au monde, mais aussi à son corps. Cette exploration est favorisée par l'aspect contenant et sécurisant du contact corporel, de la relation établie avec le psychomotricien. De ce fait, il semble que le toucher soit thérapeutique pour la personne polyhandicapée.

A travers deux présentations cliniques, je reviendrai sur ces notions qui me semblent intéressantes à approcher grâce à la médiation du toucher en psychomotricité.

⁴⁵ MUNOZ G, op.cit., p. 68

Partie clinique

I. Le cadre institutionnel

1.1 L'association

J'ai effectué mon stage au sein d'une association régionale pour infirmes moteurs d'origine cérébrale (ARIMOC), qui accompagne enfants, adolescents et adultes dans leur quotidien.

Cette association militante, médico-sociale, gère quatre établissements : un centre d'éducation motrice (CEM), une maison d'accueil spécialisée (MAS), un foyer de vie pour adultes, et un foyer d'accueil médicalisé (FAM). Elle gère également deux services: un SESSAD, et un SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale).

Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire constituée de kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, et éducateurs sportifs.

L'écoute et l'entraide entre les différents corps de métiers sont présentes et indispensables à la bonne organisation de l'établissement, ainsi qu'au bon accompagnement des patients.

L'ARIMOC accueille des personnes atteintes de paralysie cérébrale, c'est-à-dire provenant d'une lésion du cerveau. On différencie deux types de lésions : celles survenues autour de la naissance (IMC, IMOC, polyhandicap) et celles dues à des accidents de la vie (traumatisme crânien, AVC...).

Je suis intervenue un jour et demi par semaine sur deux unités :

- Le centre d'éducation motrice accueillant des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Les présentations cliniques qui vont suivre se tourneront en particulier vers deux adolescents de ce centre.
- Le foyer d'accueil médicalisé auprès d'adultes.

Les résidents que j'ai accompagnés sont tous porteurs d'un polyhandicap ou d'infirmité motrice d'origine cérébrale.

1.2 Principes généraux du projet global d'accompagnement de la personne polyhandicapée

Ils sont fondés sur :

- Le respect de la dynamique de vie propre à chaque patient, sur la qualité de vie au quotidien, la place qui lui est donnée malgré ses incapacités au sein de la société.
- La motivation pour l'équipe à rassembler ses compétences et à partager des objectifs auxquels chacun, avec sa spécificité et son rôle, peut apporter sa contribution.
- La nécessité d'un travail concerté avec l'ensemble des acteurs engagés dans la vie sociale et affective de l'enfant et en premier lieu la famille.

L'accompagnement est conçu comme une intervention globale et spécifique, qui tente de répondre aux nécessités médicales, psychologiques, éducatives et sociales du patient.

Elle requiert l'intervention d'un nombre important de professionnels qui vont concourir à faire émerger ses potentialités et d'en suivre l'évolution.

Elle combine une approche technique, rééducative et éducative, une approche relationnelle qui sont des objectifs indispensables et incontournables.

II. Approche et conception du soin en psychomotricité à l'ARIMOC: Quelques cadres d'intervention

2.1 Une approche intégrative selon A. FROHLICH : Le concept de la stimulation basale

Il me semble important de préciser que tous les professionnels de l'ARIMOC sont formés au concept de la stimulation basale d'Andréas Fröhlich, introduite dans les années 80. Leur conception du soin est imprégnée de ce concept, constituant la toile de fond à partir de laquelle ils fondent leur démarche et leur prise en soin. En arrivant, j'y ai été moi-même sensibilisée. C'est pourquoi je trouve intéressant de consacrer une partie à la stimulation basale.

Pour commencer, il me semble que la définition proposée par A. FROHLICH est la plus riche et la plus complète. Il commence par définir ce qu'elle n'est pas : *« La stimulation basale n'est ni une méthode ni une technique. Elle se veut un concept, c'est-à-dire une approche réfléchie des problèmes et des difficultés de personnes très dépendantes. Ce concept signifie qu'il ne s'agit pas d'une thérapie définitivement formulée et établie mais de réflexions fondamentales et essentielles qu'il convient toujours de reconsidérer et de réadapter. Au centre du concept se trouve l'homme dans sa réalité physique, qui nous ouvre à une approche personnelle alors que l'intelligence et toutes les voies de communications semblent déficientes. »*⁴⁶

Cette définition laisse entrevoir la possibilité d'aller à la rencontre de la personne polyhandicapée dans sa réalité, tout en mettant à sa disposition des conditions favorables et perceptivement accessibles à une « ouverture », lui permettant alors par la suite une évolution personnelle, dans une réalité personnelle.

A. FROHLICH ajoute lors d'une conférence en 1992 que la stimulation basale cherche à modifier des structures dans un « micro domaine », dans l'espoir qu'il en résulte des modifications plus générales.

Il s'agit avant tout de partir des ressources et capacités de la personne polyhandicapée, en tenant compte de ses besoins fondamentaux.

⁴⁶ FROHLICH A, op.cit., p. 12

La stimulation basale offre à la personne polyhandicapée un ensemble de modes d'interaction et de compréhension dans le but de compenser le manque de la propre expérience, du mouvement et de l'échange avec l'entourage. Elle constitue un appui lorsque l'on cherche à offrir des expériences simples, attractives, à des êtres qui semblent avoir perdu ou ne jamais encore avoir trouvé le contact avec le monde extérieur.

Elle s'appuie sur trois axes :

- L'aspect neurophysiologique : le corps qui reçoit les sensations, qui perçoit.
- L'aspect psycho-affectif : le cadre dans lequel la personne polyhandicapée vit ces moments
- L'aspect neuro-développemental : la sensori motricité en particulier.

L'intérêt de la stimulation est de favoriser chez la personne polyhandicapée une meilleure intégration des stimuli, aussi bien sur les plans somatiques que sensoriels, ceux-ci constituant la base de toute évolution psycho-affective et intellectuelle ultérieure. D'où le nom de « Stimulation Basale », le corps constituant alors la base de départ commune. Il s'agit pour la personne polyhandicapée d'aller à la rencontre d'elle-même, de l'autre et de l'environnement.

Ainsi, plusieurs stimulations peuvent être utilisées (somatique, vibratoire et vestibulaire), mais je n'aborderai que les stimulations somatiques, et notamment tactiles. Cependant, c'est le contraste de ces diverses stimulations qui aideront les personnes lourdement handicapées à être en capacité de percevoir.

Au-delà du corps en soi, la peau, dont nous avons pu précédemment étudier les différentes fonctions et caractéristiques, représente la surface majoritairement concernée par les stimulations somatiques, en particulier tactiles qui nous intéressent plus précisément dans ce travail. Il convient de nous soucier de la qualité de notre contact, de notre approche. En effet, notre toucher doit être suffisamment ferme, nous ne devons pas quitter le contact subitement.

De plus, pour que notre toucher soit efficace et ressenti par la personne polyhandicapée, il convient de le diversifier, à la fois par notre propre toucher, mais également par l'intermédiaire d'autres objets et textures.

2.2 L'approche Snoezelen

Durant mon stage, j'ai également eu l'occasion d'accompagner des adolescents en salle de snoezelen.

Le concept Snoezelen est né aux Pays-Bas dans les années 1970 à l'initiative de Jan Hulsegge et Ad Verheul. En France, cette approche n'a vu le jour qu'à partir des années 90.

Le Snoezelen correspond à une démarche d'accompagnement de la personne, à un mode d'approche afin de pouvoir se rencontrer, s'appuyant sur la stimulation sensorielle.

Le terme « Snoezelen » est un néologisme, provenant de la contraction de deux verbes néerlandais : *snuffelen* signifiant renifler, partir à la découverte, explorer, et *doezelen* signifiant somnoler, récupérer.

Cette approche n'est pas spécifique au milieu du polyhandicap, elle s'ouvre à présent de plus en plus à des publics divers (gériatrie, troubles du spectre autistique, psychoses...).

L'une des intentions premières de cette approche est de favoriser la détente corporelle et psychique, ainsi que la relation à l'autre tout en faisant en sorte que le patient soit au maximum « acteur » de sa vie.

Par ailleurs, S. ORAIN explique que le snoezelen se vit de l'intérieur, intensément, avec authenticité. C'est grâce à des matières, des textures, des couleurs, des sons et des odeurs, qu'une atmosphère se crée. Elle offre au patient un espace de liberté sans contrainte de temps ni de rythme.⁴⁷

La salle de Snoezelen est aménagée de façon à rendre l'environnement le plus confortable et rassurant possible, propice à la stimulation des cinq sens, notamment par des jeux de lumières, par la musique, la vibration, des sensations tactiles et olfactives...

Le but étant de proposer aux personnes polyhandicapées des expériences variées, dans un cadre sécurisant, tout en étant accompagnées. De plus, la disposition de la salle encourage le mouvement à partir de diverses positions du corps et l'appui de supports différents.

⁴⁷ ORAIN S, (2008), « Le Snoezelen », *Gérontologie et société*, (126)

C'est un temps pendant lequel nous n'attendons rien de particulier de leur part, c'est un moment pour eux, que nous leur proposons. C'est à eux, s'ils en ont envie, de se l'approprier, de se saisir de cet instant qui est le leur, dans une ambiance de respect mutuel, d'écoute.

Louna vient en salle de Snoezelen une fois par semaine. Très vite, elle a su manifester par son regard son intention d'être installée sur le matelas à eau. Nous nous sommes aperçus qu'elle parvenait parfaitement à se saisir de ce moment, durant lequel ses comportements auto-agressifs disparaissaient complètement. Tout en fermant ses yeux, elle donnait à voir un sentiment de sérénité et semblait profiter pleinement de la séance.

Si à ce jour il n'existe pas de référentiels théoriques propres à la démarche Snoezelen, celle-ci s'inspire et s'appuie sur le concept de la stimulation basale, dont nous retrouvons effectivement des similarités.

2.3 L'atelier piscine

Dans le cadre de mon stage, je suis également amenée à accompagner des adolescents en atelier piscine, une fois par semaine.

Le milieu aquatique est un médiateur très prisé en psychomotricité. L'eau est le seul élément à procurer une liberté de mouvements sans entraves. D'une part, dans l'eau, la personne polyhandicapée est débarrassée de toute prothèse, attelle.

Quand nous emmenons Noémie en piscine, nous lui retirons son corset. Nous remarquons qu'il s'agit d'un temps très compliqué pour elle. En effet, nous constatons que son corset la « contient », nous supposons qu'il devient comme une seconde peau pour elle ; il fait, en quelque sorte, partie d'elle. Une fois dans l'eau, nous enveloppons Noémie d'un foulard tout en l'entourant de nos bras afin de rétablir ce contenant, dans le but de la rassembler. C'est seulement à ces conditions, une fois qu'elle se sent sécurisée, qu'elle peut enfin commencer à se détendre et apprécier la séance.

D'autre part, la diminution de la pesanteur favorise les déplacements, ainsi qu'une motricité nouvelle et libérée, non négligeable dans le cas du polyhandicap.

En effet, les membres deviennent plus légers et faciles à mouvoir. Pour une personne habituellement en fauteuil, l'immersion peut lui donner l'occasion de participer « activement » à son déplacement, de devenir « maître » de son corps tandis qu'au quotidien cela lui est difficile voire impossible.

Cet état d'apesanteur permet également un travail au niveau des portages, qui s'apparente au holding, dans le corps à corps qui a lieu. En effet, dans l'eau, le corps du psychomotricien est engagé au même titre que celui du patient.

Par ailleurs, l'eau offre un panel de sensations différentes, dès lors exacerbées. Le milieu aquatique est révélateur de plusieurs contrastes sensoriels que la peau reçoit (sec/mouillé, froid/chaud), qui s'appréhendent notamment à travers le toucher. Le tactile mais aussi le proprioceptif se trouvent ainsi au premier plan.

De plus, l'eau « touche » le corps, par son contact, sa consistance enveloppe et contient le corps tout en soulignant ses limites. Notre corps à corps, le portage et la sécurité que nous lui garantissons, viennent d'autant plus étayer ce sentiment de contenance, favorisant ainsi une meilleure perception de l'enveloppe corporelle.

Par ses interventions corporelles et le bain langagier, le psychomotricien permet une symbolisation, il donne un sens à l'expérience vécue.

III. Présentation des cas cliniques

3.1 Pablo

3.1.1 Présentation générale

Pablo est un jeune adolescent de 12 ans. Il est atteint d'une tétraparésie (paralysie partielle des 4 membres) de type spastique et dystonique, ainsi que de nombreux troubles associés : crises d'épilepsie, déficience intellectuelle, troubles de la déglutition et un strabisme divergent.

Il a été accueilli au sein du centre d'éducation motrice en 2010, à l'âge de 7 ans. Il s'agit d'un garçon brun aux yeux marron, plutôt petit et très menu. De ce fait, il paraît beaucoup plus jeune que son âge.

Il est non marcheur, installé sur un fauteuil roulant manuel qui dispose d'un corset-siège. Au sol, et particulièrement sur son fauteuil, il se présente dans une posture d'hyper-extension, en torsion, et son corps est animé de spasmes musculaires, de contractions, et de divers mouvements involontaires et anormaux (en particulier au niveau des membres supérieurs). Cette raideur contraste par une hypotonie axiale.

Pablo bénéficie deux fois par an d'une injection de toxines botuliques (au niveau des cuisses et des jambes), servant à détendre ses muscles et à diminuer les douleurs.

Pablo est décrit par les autres professionnels comme un enfant avec un comportement cyclique. En effet, il est soit dans un renfermement, se traduisant par des cris, des mouvements très saccadés des bras, une humeur agitée ou au contraire, il peut être totalement disposé, « abordable » dans l'échange et l'interaction.

Par ailleurs, il peut parfois présenter une humeur « dépressive ». A ces moments-là, Pablo semble absent lors de tentatives d'échange, il a tendance à la somnolence. On peut alors se demander s'il s'agit d'un échappatoire pour lui, afin de « couper » la relation, ou bien s'il s'agit d'une réelle fatigue (due notamment au lourd traitement qu'il prend au quotidien ...)

Nous ne pouvons dire à l'avance, dans quel état Pablo sera à son arrivée au centre d'éducation motrice le matin, ni même les facteurs influençant son humeur.

En ce qui concerne le projet éducatif, les objectifs principaux sont de favoriser le bien-être et la détente de Pablo par son installation dans son corset-siège et au sol, poursuivre la stimulation de ses capacités motrices, afin de le rendre 'acteur' un maximum. Il s'agit également de le valoriser dans ses capacités à agir et à créer, le solliciter dans toutes les situations prétextes aux échanges, dans l'expression de ses choix, de ses désirs.

3.1.2 Anamnèse et dynamique familiale

Pablo est né à 37 semaines d'aménorrhée lors d'une césarienne effectuée d'urgence pour décollement placentaire et souffrance fœtale aigue (hypotrophie fœtale sur utérus malformé). Il a subi une réanimation néonatale, son score d'Apgar étant de 4-6. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) a révélé une lésion bilatérale au niveau des noyaux gris centraux.

Suite à cela, le développement psychomoteur de Pablo a été gravement perturbé : la tenue de tête est très limitée, les retournements dos/ventre et ventre/dos ne sont pas possibles seul, la station assise n'a pas été acquise, ni le « quatre pattes » ni la station debout.

Le handicap a été difficilement accepté par les parents, qui ont tenu à scolariser Pablo en classe de maternelle ordinaire jusqu'à ses 6 ans, accompagné d'une AVS, malgré des difficultés évidentes. Les parents ont longtemps refusé de mettre leur fils dans une institution, et ont beaucoup de mal à accorder leur confiance aux soignants. Ils n'ont pas d'autres enfants. La guidance parentale a été refusée.

A la maison, ils le décrivent comme un enfant très souriant, joyeux et sociable, mais qui peut aussi s'affirmer et se faire « entendre ». En effet, il peut exprimer clairement son mécontentement par des raideurs volontaires de ses membres, par des regards noirs, par des cris.

Depuis quelques temps, la maman le trouve plus « ouvert », elle trouve qu'il grandit. Elle nous dit que c'est un enfant très protégé à la maison, très « cocooné » pour reprendre ses termes exacts. Les parents le stimulent beaucoup, que ce soit autour d'activités comme le jardinage, la peinture, des longues promenades, ou pour rentrer un peu plus dans les apprentissages (ordinateur avec pad...), jeux moteurs au sol... Il est très fusionnel avec sa mère. Les parents tiennent à ce que leur enfant évolue aussi parmi des enfants valides, car ils le considèrent avant tout comme un « enfant comme les autres ».

- Son parcours de soin

Son parcours de soin est long et complexe. En effet, Pablo a bénéficié dès son plus jeune âge de différentes prises en soins, notamment des consultations au CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) et des séances de kinésithérapie en libéral.

En 2008, à l'âge de 5 ans, il a été accompagné par le SESSAD avec lequel il a bénéficié de séances de psychomotricité, d'orthophonie et de kinésithérapie.

Puis en 2010, il intègre le centre d'éducation motrice où j'effectue mon stage. Il y est accueilli essentiellement la journée, de 9h à 16h, du lundi au vendredi.

Les séances en psychomotricité (deux fois/semaine, une en individuel et une autre en groupe), orthophonie (1 fois/semaine) et kinésithérapie (2 fois/semaine) sont maintenues. C'est le médecin de rééducation fonctionnelle qui a posé l'indication de soin.

3.1.3 Prises en charge, projets, et synthèses

Le projet médical vise l'amélioration de la communication pour affiner la compréhension des symptômes cliniques, la surveillance de l'état général (la croissance, le poids, l'ORL et le respiratoire), ainsi que la surveillance orthopédique des déformations en cours et des nouveaux appareillages et installations.

En kinésithérapie, les objectifs principaux sont l'étirement des muscles des membres inférieurs, des muscles contractés, la mobilisation passive des membres supérieurs et l'étirement. Il s'agit également de l'aider à trouver une position de confort, ainsi que de stimuler sa motricité volontaire en situation facilitatrice.

L'orthophoniste travaille autour des stimulations bucco-faciales, de la mastication, des massages de la zone péri-buccale et buccale. Mais Pablo est très peu réceptif à ce travail, qui n'avance pas depuis maintenant trois ans. La maman, lors du renouvellement du projet personnalisé de Pablo, préférerait que l'orthophoniste travaille davantage l'aspect de la communication, le développement des vocalisations.

3.1.4 L'accompagnement en psychomotricité

- Observations - « Bilan psychomoteur »

Un bilan psychomoteur classique est en général difficilement réalisable chez les enfants porteurs d'un handicap moteur, ce sont donc les observations qualitatives et spontanées qui priment chez un enfant comme Pablo. Il s'agit davantage de proposer une mise en situation et voir de quelle façon l'enfant s'en saisit, de quelle manière il réagit.

En ce qui concerne la communication, Pablo ne parle pas. Il « vocalise » plutôt par des sons (qui apparaissent au fil du temps de plus en plus variés) que par des mots. Pour dire « oui », Pablo émet un son avec sa bouche, et pour dire « non » il regarde sur le côté. Ces réponses sont de plus en plus fiables, en tout cas en séance de psychomotricité, mais elles n'apparaissent pas encore spontanément. Nous nous appuyons donc encore beaucoup sur l'interprétation de ses mimiques et postures, mais aussi du dialogue tonique, de la connaissance de ses goûts, dans le décodage du oui et non.

Sur le plan moteur, Pablo a peu de capacités motrices. Il a également peu de demi-mesure : soit il est atone, soit il est en hyper-extension. Sa motricité spontanée est globale, vers l'extension du tronc et de la tête, avec flexion de la hanche gauche, et les pieds équinés. Les membres supérieurs sont enroulés en rotation interne, en pronation, avec une extension du poignet et une flexion des doigts.

Au sol, Pablo choisit préférentiellement le côté droit pour se retourner. Nous l'aidons la plupart du temps, mais il lui arrive de le faire tout seul. Il est ainsi capable de se retourner seul du dos sur le côté, et du ventre sur le côté. Installé à plat-ventre, il fait des efforts de redressement de la tête, en appui sur les avant-bras, poings fermés.

Pablo peut se mettre à genoux et genoux redressés en étant accompagné, il peut se détendre suffisamment pour prendre la position et la tenir (toujours avec notre aide). Cela semble être sa position privilégiée pour une meilleure régulation tonique et une dissociation des membres supérieurs et du visage.

En ce qui concerne la préhension, Pablo s'installe, le plus souvent, sur le côté et utilise préférentiellement sa main droite pour attraper un objet. C'est d'ailleurs son bras droit le plus tonique.

L'approche de l'objet se fait dans un geste global, par « balayage », sans dissociation, avec une ouverture de la main qui lui demande beaucoup d'efforts. Relâcher l'objet lui est difficile, cela lui prend du temps et lui coûte beaucoup en énergie. Il peut également joindre ses mains dans l'axe médian, et les garder jointes avec notre aide, ou encore aller toucher différentes parties de son corps qui lui étaient jusque-là difficiles d'accès (toujours en mouvements accompagnés). Il semble prendre plaisir à cette découverte.

Il prend plaisir à participer à des jeux moteurs globaux faisant intervenir les membres inférieurs ou supérieurs. Cependant, un temps de latence est observé entre la proposition et la mise en mouvement. Il cherche à organiser ses gestes et ses déplacements afin d'atteindre l'objectif proposé.

Ainsi, le projet psychomoteur de Pablo vise trois objectifs principaux : favoriser la prise de conscience du corps au repos et en mouvement, proposer un espace et un temps favorables à la détente et à la relaxation, et induire un travail autour de la dissociation des ceintures et de la régulation tonique.

- En séance de psychomotricité :

Questionnement :

Du fait de sa posture en extension, je me suis demandé de quelle manière Pablo pouvait 'intégrer' les sensations qu'il expérimentait. En effet, la plupart des expériences qu'il réalise sont vécues sur le registre du 'dur', lié à ses tensions.

Ainsi, il me paraît compliqué dans cette posture de pouvoir être attentif, présent à son corps et ses sensations. Par ailleurs, cette hyper extension rend les échanges visuels plus compliqués. De ce fait, comment notre toucher va-t-il pouvoir l'amener à vivre son corps différemment ? Comment va-t-il participer à l'enrichissement de son schéma corporel ?

1^{er} contact, première approche...

Je rencontre Pablo une fois par semaine en séance de psychomotricité. Dans ce cadre, Pablo semble être un garçon souriant et expressif (particulièrement dans l'expression du plaisir ou de l'inquiétude) malgré son absence de langage. La communication est donc essentiellement non verbale, et se manifeste par le biais du regard et du toucher.

De par le handicap de Pablo, nous ne pouvons échapper à cette proximité physique, nous amenant à être en contact la majeure partie du temps.

Lors des premières séances, je lui laisse le temps de s'adapter à ma présence sans entrer en contact physique avec lui. Pablo semble me remarquer, sans pour autant me prêter une attention soutenue. Lorsque je décide la première fois de le toucher, il se raidit et s'agite. Il a probablement senti une différence dans la qualité du toucher reçu : ma façon de le toucher n'est pas la même que celle de ma maître de stage. Il nous faudra alors du temps pour qu'un 'accordage' se mette progressivement en place.

Le toucher dans le dialogue tonico-émotionnel avec Pablo

La dystonie de Pablo, de même que ses difficultés de régulation tonique sont souvent majorées par les aléas de l'environnement et la sphère émotionnelle. De ce fait, dès qu'une émotion s'empare de lui, tout son corps se tend et part en extension.

H. WALLON s'est intéressé au lien qui existait entre tonus et émotion. Il affirme que le tonus est à la base de la vie affective, le point d'articulation d'expression et de ressenti des émotions. Selon lui, tonus et émotion sont indissociables.

Pour lui comme pour J. DE AJURIAGUERRA, le tonus a une valeur de communication vis-à-vis de son entourage. Nous avons vu précédemment qu'il constitue un des modes les plus primitifs de l'échange entre le bébé et son environnement.

Or, c'est dans l'intimité du corps à corps avec Pablo que le dialogue tonico-émotionnel va prendre place en psychomotricité. Nous l'avons vu, la relation avec lui s'origine à travers le corps, à travers l'écoute des corps et dans une proximité 'inévitable' pendant les séances. Par le toucher, il est possible d'accueillir ses réponses et d'y répondre. En effet, en percevant les tensions de Pablo, nous sommes amenés à adapter notre façon de le toucher, de le porter.

Par notre portage, il s'agit d'être le plus contenant possible, de la même façon que la mère procède au « holding » avec son bébé, lui assurant à la fois soutien et sécurité.

Nous avons vu qu'une enveloppe se créait grâce au toucher, au portage, permettant au bébé de garder à l'intérieur tout ce qui est bon pour lui.

Du fait de sa posture en extension, on peut imaginer que cette enveloppe a du mal à contenir, comme si tout pouvait s'échapper de son corps, sans jamais pouvoir être intégré. Or, nous avons vu que D. ANZIEU a parlé de la fonction de contenance du Moi-peau qui dépend de la qualité de l'enveloppe corporelle.

Même si cette posture en extension est liée à un désordre neurologique, nous avons constaté combien la dimension émotionnelle contribuait à son accentuation. Ainsi, par le soutien de son enveloppe corporelle, on peut penser que Pablo sera plus disponible pour traiter les informations sensorielles. En étant plus réceptif à son vécu corporel, il pourra investir différemment les informations sensorielles que nous lui apportons, afin de se les approprier. De ce fait, peut-être investira-t-il autrement son corps.

L'accompagnement par le toucher dans l'enroulement : D'une intégration des sensations à la découverte de son corps

L. VAIVRE DOURET évoque les répercussions engendrées par une hypertonicité postérieure. Selon elle, l'impossibilité de s'enrouler provoque divers problèmes physiques, émotionnels et relationnels (difficultés d'accordage avec l'entourage).

Il semble alors nécessaire lors des séances de psychomotricité, de repasser par les tout premiers schèmes du bébé notamment cette posture d'enroulement, absente chez Pablo.

Selon S. Robert Ouvray, l'enroulement est le premier schème organisateur de la motricité. Elle parle notamment d'« enroulement fondamental », de cette position de fermeture par rapport au centre, de rassemblement vers l'intérieur. En effet, l'enroulement induit une préoccupation de soi-même, permet d'être centré sur soi. De plus, il procure également selon G. STRUYF une « sécurité émotionnelle ».

Du fait de la spasticité de Pablo, l'enroulement n'est pas immédiatement possible. Il faut souvent passer par des étapes préliminaires comme des mobilisations passives des membres supérieurs et inférieurs.

Il s'agit par exemple de rassembler ses bras et ses mains au niveau du ventre (que l'on peut qualifier de 'centre' du corps, en prenant pour repère le nombril), puis on les déroule plusieurs fois en les faisant passer au-dessus de sa tête. C'est l'occasion pour Pablo d'expérimenter ce qui est du centre, de son intérieur et de la périphérie.

Il en est de même pour les membres inférieurs que l'on ramène au niveau de son ventre. Une fois Pablo détendu, nous réunifions le tout. Il est alors possible de lui faire vivre des alternances d'enroulement/déroulement, en ramenant jambes et bras au niveau du centre de son corps.

Enfin par cette position d'enroulement, il peut faire l'expérience de la jonction haut/bas du corps. G. HAAG souligne l'importance des jonctions corporelles qui accompagnent l'unification du schéma corporel.

Une fois Pablo détendu, il lui est plus aisé d'aller toucher différentes parties de son corps : son visage, son ventre, ses genoux... autant d'endroits auxquels il n'a pas accès seul. En accompagnant ses gestes, nous l'amenons à distinguer les parties « dures » de son corps, notamment par des petites percussions (au niveau de ses os), ou celles plus « molles » par de simples effleurages, caresses (au niveau du visage).

Grâce à notre toucher permettant de guider nos gestes, nous l'amenons à découvrir son corps autrement sur un recrutement tonique différent. En verbalisant son vécu, nous participons à sa mise en sens. La verbalisation est très importante dans l'accompagnement d'une personne polyhandicapée. En effet, ne pouvant pas toujours faire le lien elle-même, c'est à nous de symboliser à sa place. Cela permet de l'inscrire dans la relation, mais aussi de la rendre concernée par la situation.

En outre, Pablo se montre particulièrement sensible aux massages des cheveux et de la tête qui l'apaisent. Il lui arrive même de fermer les yeux pendant ces moments. Ainsi, lorsqu'il ne parvient pas à se détendre et à 'sortir' de sa posture en extension, ce toucher doux semble l'aider à se calmer, et le rendre plus présent à la relation.

D'une structuration axiale à un corps qui 's'anime'...

C'est grâce à l'expérience de l'enroulement que s'édifie petit à petit la construction de l'axe corporel. En effet, dans son développement, l'enfant expérimente des moments de tension (extension) et de détente (flexion, enroulement) l'amenant à trouver un équilibre. Il commence alors à éprouver son axe corporel à partir de cette dualité. Or, celles-ci ne peuvent devenir structurantes que si elles existent toutes les deux. D'où l'intérêt d'amener Pablo à expérimenter cette position fondamentale d'enroulement, qui ne connaît que l'ouverture.

Selon A. BULLINGER l'intégration de cet axe contribue à l'appropriation de son corps et permet de ressentir la continuité entre les différents segments corporels. En effet, c'est à partir de cet axe que tous les mouvements du corps vont s'organiser.

Par ailleurs, ce mouvement de rassemblement des membres inférieurs et supérieurs au niveau du centre pendant l'enroulement semble également favoriser l'intégration de cet axe.

Par l'appropriation progressive d'un centre et d'un axe, nous offrons à Pablo l'accès à un sentiment d'intériorité corporelle. En étant « bien ancré » dans son corps, nous pouvons penser qu'il en résulte une certaine stabilité interne, lui permettant d'appréhender plus facilement les mouvements accompagnés.

Ainsi, l'expérimentation des différents Niveaux d'Evolution Motrice semble intéressante à faire découvrir à Pablo. En effet, cela lui est proposé dans le but qu'il puisse se rendre compte de la richesse des postures que son corps peut prendre, sans pour autant conserver cette posture en extension. Même si celui lui coûte de l'énergie, il est toujours désireux de passer à cette étape. C'est un temps très apprécié par Pablo qui manifeste son plaisir par de grands sourires et des cris.

Nous accompagnons Pablo à retrouver ces positions fondamentales, notamment la position du Sphinx en décubitus ventral, la position « assis plage », à genoux, le passage en position debout, qu'il apprécie d'ailleurs beaucoup. Cela s'observe par les nombreux sourires qu'il manifeste et son attention toute particulière à se contempler debout dans le miroir. Par son reflet, il peut faire l'expérience d'un corps spatialisé, en mouvement.

La position du Sphinx est intéressante car elle permet d'expérimenter le repoussé. En effet, cette posture nécessite de se hisser en prenant appui sur ses avant-bras. Par ailleurs, le contact du ventre sur le sol, lui permet de prendre conscience de toute cette face « avant » du corps, qui a été investie au préalable durant les enroulements.

La position à genoux permet d'ébaucher la dimension de verticalité qui se retrouve ensuite dans la position debout. Par le contact du sol avec ses pieds, il expérimente les repoussés.

Notre accompagnement contenant lui offre un soutien et un guidage, ce qui lui permet à la fois de faire preuve de tonicité en étant autant que possible acteur de la situation, mais aussi de détente. Nous pouvons penser que l'alternance de tension/relâchement peut participer à la densification des limites de son corps, et ainsi avoir un impact sur le schéma corporel.

Conclusion

Par cette présentation clinique, nous pouvons constater combien le toucher en psychomotricité vient « étayer » Pablo dans l'investissement de son corps.

En repassant par les diverses constructions que fait l'enfant au cours de son développement, nous lui offrons la possibilité d'aller vers d'autres schémas posturaux que celui en extension. Par le biais du toucher, nous l'accompagnons vers une meilleure régulation tonique, ou du moins une harmonisation tonico-posturale.

Par cet enchaînement de postures, Pablo a l'occasion de percevoir son corps différemment, en faisant l'expérience de la tonicité, mais aussi celle du rassemblement et de la détente. C'est selon moi ce contraste qui participe à l'enrichissement de son vécu corporel, et donc de son schéma corporel.

Ainsi pour toutes ces raisons, il semble que le toucher psychomoteur soit thérapeutique pour Pablo, lui offrant une nouvelle vision de son corps et de ses capacités.

A terme, il serait intéressant que cet investissement nouveau de son corps le conduise peut-être, à rechercher de nouveau ce genre de sensations : cela lui permettrait de pouvoir « maîtriser » son schéma d'extension.

3.2 Marion

3.2.1 *Présentation générale*

Marion est une adolescente porteuse d'un polyhandicap, âgée de 17 ans et demi. Elle est atteinte du syndrome de Rett, une maladie d'origine génétique rare ne touchant que les filles. Il se traduit par un trouble grave du développement et une atteinte du système nerveux central. Il en résulte une altération des fonctions cognitives et motrices. De plus, elle est sujette à des crises d'épilepsie, aujourd'hui stabilisées.

C'est entre 1 et 4 ans que les symptômes commencent à apparaître. En effet, les enfants deviennent irritables, pleurent souvent, fuient les contacts. Peu à peu, on observe une régression dans les acquisitions réalisées au préalable. La préhension manuelle, acquise au cours de la première année, stagne et laisse place à des gestes stéréotypés. Le langage se développe peu. Les fillettes souffrent alors de retards psychomoteurs, de troubles du sommeil, de convulsions. De 2 à 10 ans, la majeure partie des symptômes persiste, avec également une raideur des membres due à la spasticité, des troubles de l'équilibre (ataxie) et des défaillances respiratoires. Après 10-15 ans, les symptômes évoluent : les troubles musculaires (amyotrophies) et squelettiques (scoliose), nécessitent souvent l'usage d'un fauteuil roulant.

C'est une jeune fille brune aux yeux marron, portant des lunettes rondes très fines. Elle est non-marchante installée sur un fauteuil roulant manuel dans un corset-siège. Elle porte des attelles au niveau des deux pieds ainsi que des bas de contention. Marion présente des stéréotypies des membres supérieurs (tapotements) qu'elle ramène régulièrement à la bouche.

3.2.2 *Anamnèse*

Marion naît à 39 semaines d'aménorrhée à la suite d'un accouchement eutocique (spontané, sans aide). Cependant, quelques mois plus tard, les parents remarquent un comportement particulier chez leur fille : ils la trouvent absente, plaintive, et ils ne remarquent pas de « sourire réponse ». Par la suite, l'alimentation devient de plus en plus compliquée, Marion recrache beaucoup les aliments et refuse les morceaux, elle ne mange que mixé. Le sommeil est difficile, elle se réveille souvent, pousse de nombreux cris. Les parents décèlent alors rapidement un problème comportemental.

Le médecin diagnostique un retard du développement global, avec une station assise acquise à 9 mois, une absence de retournement à 20 mois, ainsi que l'absence de déplacement spontané. Il remarque également une tendance à l'hypotonie générale, des stéréotypies au niveau des membres supérieurs, ainsi que des mouvements oculaires particuliers.

Marion a intégré le centre d'éducation motrice en septembre 2001, à l'âge de 4 ans. Aujourd'hui, elle y est accueillie en semi internat le lundi, jeudi et vendredi toute la journée.

Par ailleurs, ces dernières années ont été marquées par deux interventions chirurgicales importantes. En effet, suite à ses difficultés alimentaires, une sonde de gastrostomie a été mise en place en juillet 2011, ainsi qu'une arthrodèse vertébrale en avril 2012.

❖ *La **gastrostomie** est une intervention chirurgicale qui consiste à pratiquer une ouverture au niveau de l'abdomen permettant de faire communiquer l'estomac avec l'extérieur. La mise en place d'une sonde permet d'introduire l'alimentation directement dans l'estomac assurant ainsi l'apport nutritionnel indispensable au patient. Cette intervention a été décidée suite au refus alimentaire de Marion. En effet, elle gardait les aliments en bouche sans jamais les avaler, aggravant son état de santé lié à l'anorexie sévère qui en découlait.*

❖ *Une **arthrodèse vertébrale** est réalisée pour le traitement d'une scoliose sévère qu'un corset n'a pas su corriger suffisamment (c'était le cas de Marion). Cette intervention permet de stopper l'évolution d'une courbure et corriger une malformation de la colonne vertébrale. Pour cela, il s'agit d'une part de redresser et de rééquilibrer le rachis, d'autre part de fusionner les vertèbres pour empêcher la récurrence de la déformation (à l'aide de tiges, de greffons).*

Ces interventions ont considérablement amélioré la qualité de vie de Marion. Les douleurs dues à la scoliose, le stress permanent engendré autour de la prise des repas se sont ainsi dissipés. Cela a notamment permis à Marion de s'ouvrir davantage à son entourage et d'être plus présente aux échanges.

Elle est décrite par l'équipe comme étant une adolescente très agréable avec qui on entre en relation assez facilement. Malgré son absence de communication verbale, elle reste très expressive par son regard et ses nombreux sourires. Il lui arrive d'ailleurs de manifester son enthousiasme et sa joie par des éclats de rire. Elle peut également manifester son inconfort par des pleurs ou gémissements.

3.2.3 Ses prises en soin

Marion bénéficie de deux séances de kinésithérapie par semaine.

Sur le tapis une grande partie de la séance est consacrée à des mobilisations passives pour l'entretien articulaire. Les objectifs principaux s'orientent autour de la surveillance orthopédique (due à l'équin des pieds), l'entretien des amplitudes articulaires et du contrôle postural. Pour cela, des étirements et des mobilisations des quatre membres sont proposés à Marion, ainsi qu'un travail des postures autour du maintien du tronc et de la tête.

Par ailleurs, Marion bénéficie d'une prise en charge orthophonique individuelle hebdomadaire. Elle participe également à un atelier « bucco-facial ».

Concernant la prise en charge, il s'agit de stimulation bucco-oro-faciales, afin de tenter de préserver une activité buccale volontaire (mastication, mobilité de langue, tonicité des joues...). Cela permet de maintenir les mouvements involontaires qui entrent en jeu dans la déglutition.

3.2.4 L'accompagnement en psychomotricité

- ***Le bilan de Brunet-Lézine***

En psychomotricité, un bilan a été réalisé en octobre 2001. Marion avait alors presque 4 ans. Il m'a semblé nécessaire de réactualiser ce bilan afin de constater où elle en était depuis tout ce temps. Cependant, je me suis rendue compte que peu de choses avaient évolué, seules la communication et la relation semblent s'être améliorées.

Au niveau postural, les compétences de Marion sont faibles. En effet, elle ne peut réaliser l'item des 3 mois qui consiste notamment à dégager ses bras en décubitus ventral.

Cependant, une fois installée, elle conserve et tient les positions suivantes: à plat ventre redressée, participation au retournement sur le dos, assise sans appui, debout tenue par l'adulte. Elle réagit favorablement aux autres positions (quatre pattes, genoux dressés, debout si on la positionne), mais ne possède aucun enchaînement entre les différentes situations.

Sur le plan des coordinations, Marion ne possède pas de mouvements volontaires sur les objets. Ses mains sont toujours utilisées pour des stéréotypies l'une contre l'autre, parfois ramenées à la bouche.

Au niveau du langage et de la communication, là encore les compétences de Marion sont faibles. Elle émet des petits sons sans raison particulière et ne réagit pas à l'appel de son nom. Le regard n'est pas toujours présent lorsqu'on s'adresse à elle.

En conclusion, il est difficile de définir pour Marion un âge de développement fiable. En effet, dans le milieu du polyhandicap nous nous retrouvons souvent avec des compétences très hétérogènes, il s'agit donc davantage de faire des observations cliniques.

- Evolution de l'accompagnement psychomoteur

J'ai pu retracer l'évolution de Marion durant les dernières années en séance de psychomotricité. Il s'agit d'un long parcours puisqu'elle a bénéficié de séances de psychomotricité individuelles de 2004 à 2010.

Au cours de ces années, il n'a pas été constaté de progrès dans les acquisitions motrices de Marion. Les situations proposées de la même manière à chaque séance semblent lui apporter un certain bien-être, se traduisant par une interruption (quelques dizaines de secondes) des stéréotypies main-bouche.

Dans ces instants-là, Marion est vraiment dans la perception de son corps, de la présence de parties molles et d'autres dures (os). Lorsqu'elle est dans cette dynamique, il lui est possible de participer un petit peu aux stimulations.

Au fil des séances, les objectifs en psychomotricité se sont axés davantage autour :

- De l'entretien de la mobilité corporelle et du contrôle postural de Marion.
- De la conscience de son corps et de ses limites en alternant des moments de tension (par les changements de position) et de détente, afin de sentir ce qu'il se passe dans

son corps. Peu à peu, il y a eu moins d'appréhension dans les changements de position.

- Etre davantage en lien avec son environnement, la rendre « présente » aux situations proposées. L'exploration du monde environnant par le regard s'est alors renforcée, de même que les temps de « présence » de Marion face aux stimulations. Pour cela, une partie des séances est consacrée à favoriser le lien entre le regard, la main et l'objet. Il était nécessaire de parvenir à interrompre momentanément ses stéréotypies afin qu'elle s'intéresse tant à son corps qu'à son monde environnant.

En 2010, les séances de psychomotricité en individuel se terminent pour laisser place à des séances en groupe autour d'ateliers communs.

Questionnement :

De par l'histoire de Marion, je me suis demandé quel rapport elle pouvait entretenir avec son corps suite aux différentes interventions chirurgicales qu'elle a subies. En effet, nous pouvons penser que ces opérations invasives sont venues faire 'effraction' au niveau de son corps. Quelles influences ont-elles pu avoir sur son enveloppe corporelle? En quoi le toucher en psychomotricité peut participer à sa réunification ?

Durant mon stage, j'ai eu l'occasion d'accompagner Marion en salle Snoezelen et à la piscine. Ainsi, comment les différentes expériences qu'elle vit peuvent-elles participer à ce sentiment d'intégrité corporelle ?

Nous avons vu que Marion a été opérée à deux endroits différents de son corps. Une première fois au niveau de son ventre lors de la gastrostomie. Elle ne s'alimente plus que de cette manière. Or, nous avons constaté l'importance de ce 'centre' du corps, à partir duquel nous faisons l'expérience d'une sécurité émotionnelle, là aussi, où se cristallisent nos émotions.

Elle a également subi une intervention au niveau dos, par l'introduction d'une tige qui lui permet de se redresser, de s'ériger.

Ma première impression a été de penser que Marion pouvait peut-être, se sentir comme « dépossédée » de son corps.

De ce fait, il semble intéressant d'amorcer un travail autour du toucher qui lui permettrait à terme, l'appropriation de son corps. Il paraît important pour commencer de réunifier cette enveloppe, lui faire prendre conscience de l'unité de son corps, un corps bien à elle et non « étranger ».

Le toucher : Entre 'remodelage' et 'revalorisation' du corps de Marion...

Le cadre de la salle Snoezelen, assurant à la fois détente, calme et confort, paraît particulièrement propice à la situation.

Par la direction de son regard, Marion semble vouloir indiquer être installée sur le matelas à eau chauffant. Elle fait très souvent ce choix en arrivant dans la salle. Cela peut paraître surprenant car le support « instable » du matelas à eau peut être vécu comme très insécure et déstabilisant par certains résidents. Marion elle, ne semble pas manifester d'appréhension particulière ou d'inconfort.

Pour commencer, nous lui proposons souvent des petites percussions sur l'intégralité de son corps.

A FROHLICH a notamment parlé de l'importance de la 'stimulation' vibratoire dans la perception du corps. Les vibrations sont transmises à travers le corps par nos os, atteignant alors l'intérieur de notre corps. Selon lui, elles permettent de renforcer la cohésion entre les différentes parties du corps et donc participent à son unité.

La stimulation vibratoire ouvre la voie à une conscience corporelle profonde à travers la perception d'une stabilité corporelle, de limites corporelles, du volume corporel.

Nous pouvons ainsi penser que les vibrations résonnant à l'intérieur de son corps, lui permettent de réunifier quelque chose de cette intégrité corporelle. Il y a dans le toucher ce sentiment de 'reconnexion' au corps, permettant de se centrer sur soi.

Nous terminons toujours par un toucher plus global permettant alors de réunifier le corps et les sensations.

Par notre toucher en psychomotricité, nous manifestons notre intérêt pour le corps de l'autre, tout en le revalorisant. Notre toucher est guidé par notre intention, celle de faire en sorte que

la personne polyhandicapée reçoive les informations sensorielles dans un premier temps, puis qu'elle se les approprie.

Cela semble pour ma part être une condition nécessaire menant à la prise de conscience d'un corps 'habitable' comme le dirait BULLINGER, et donc à un investissement corporel. En cela, nous pouvons dire que la psychomotricité rend le toucher thérapeutique.

De plus, par ce toucher unifiant le corps, nous pouvons imaginer que Marion le découvre autrement. Ce n'est plus un corps que l'on 'remplit', c'est un corps objet d'attention, de bienveillance.

L'un des objectifs est qu'elle parvienne à trouver un intérêt et un plaisir à investir son corps, pour faire en sorte que les expériences qu'elle vit soient structurantes pour elle.

En salle Snoezelen, le corps à corps n'est pas toujours nécessaire. Cette 'distance' paraît intéressante ici pour permettre à Marion de faire l'expérience d'un corps individualisé, différencié du mien. Cela lui évite alors toute sorte de « confusion » liée à la fusion du corps à corps dans laquelle nous sommes parfois pris (c'est le cas en piscine).

Comme nous l'avons vu, il s'agit de lui faire prendre conscience que son corps est sien, qu'il lui appartient.

L'atelier « piscine »: Quand l'environnement participe à l'unité corporelle...

Une fois toutes les deux semaines, nous emmenons Marion à la piscine. C'est un lieu qu'elle a l'habitude de fréquenter et qu'elle connaît bien. Elle semble prendre plaisir à s'y rendre : en effet, quand je vais la retrouver pour l'emmener, elle se met à sourire.

La séance se déroule en plusieurs temps (déshabillage, mise à l'eau et rhabillage) sur un créneau de deux heures.

Le temps de déshabillage est un temps riche en mobilisations. Le toucher y occupe donc une place majeure. C'est à ce moment que nous leur retirons leurs appareillages, les sortons de leur fauteuil pour les mettre en maillot de bain.

Ce moment est parfois difficile à vivre pour certains jeunes que nous emmenons en piscine, qui sont alors « submergés » par des angoisses.

Cela m'a conduit à me demander si on ne venait pas faire 'effraction' au niveau de leur corps, au niveau de leur 'enveloppe corporelle : si on ne venait pas les 'extraire' de ce qui, au final,

les contenait, et leur assurait une sécurité ? (les vêtements, le contact du fauteuil, le corset-siège).

A ce propos, M. FAIVRE JUSSIAUX s'interroge : « *En tant qu'enveloppe dure moulée aux formes du corps, l'appareillage renforce-t-il les limites corporelles, la sensation de l'appui dorsal, le sentiment d'être contenu, maintenu, soutenu, porté ? Cet appareillage fonctionnerait-il comme un « tuteur contenant » ?* »⁴⁸

Selon moi, les propos de FAIVRE JUSSIAUX méritent réflexion. Même si pour Marion, le temps du déshabillage ne semble pas poser de problème, il me semble intéressant de garder en tête cette idée. C'est pour ma part, cette intention bienveillante qui permet de guider mon toucher, le rendant sans cesse plus contenant.

En outre, il me semble que c'est sur ce point en particulier que le psychomotricien doit intervenir dans l'accompagnement d'une personne polyhandicapée. Il s'agit de faire en sorte que ce corps ne soit pas dépendant d'un support pour pouvoir s'éprouver, mais bien qu'il se vive par lui-même comme une entité à part entière.

Or, cela passe par la qualité de notre toucher, qui se doit d'être contenant, enveloppant. La situation l'exige tout particulièrement. En effet, le psychomotricien se doit de transformer ce temps 'délicat' en un temps agréable, dans une atmosphère sécurisée et contenant.

Par ailleurs, ces mobilisations, ce corps à corps intime est nettement propice aux échanges, à la communication non-verbale. Il me semble que le « bain de parole », associé à notre toucher, vient la contenir un peu plus.

- *L'eau : une question d'enveloppe ...*

Dans l'eau, tous les organes des sens sont en éveil. En effet, les sensations sont plus riches que dans le milieu aérien. Le vécu corporel est donc différent.

L'eau s'adapte et s'ajuste tout autour du corps immergé en créant une sorte d'enveloppe. De la même façon qu'à travers notre toucher, on peut penser que cette enveloppe, en remodelant le corps, permet à Marion de ressentir cette unité corporelle.

⁴⁸ FAIVRE-JUSSIAUX M. (2005), *Portrait de groupe avec analyste*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

En l'entourant de nos bras, nous lui assurons ainsi une enveloppe double, contenante. Notre corps fait office de support, ce qui lui procure une sécurité supplémentaire.

Par ailleurs, l'eau a la capacité de faire vivre au sujet l'expérience d'un corps étanche. En effet, la pression de l'eau exercée sur le corps participe à en délimiter les frontières, le dedans et le dehors. Nous pouvons penser que l'eau offre à Marion la possibilité de prendre conscience d'une intériorité corporelle.

C. POTEL, à propos de l'eau: « *elle porte et enveloppe (...) elle touche et caresse, dessine les limites du corps dans un contact sensoriel où la peau a la première place. Elle se fait écho du mouvement et cet écho de l'eau témoigne de la présence du corps, de soi, de l'autre* »⁴⁹.

Dans cette situation avec Marion, nous sommes dans une expérience de corps à corps (ou pourrions-nous dire même peau à peau), chacune étant au plus près l'une de l'autre. La modification des équilibres dans l'eau entraîne une stimulation des phénomènes d'adaptation et de régulation tonique, favorisant alors le dialogue tonico-émotionnel. Le contact des corps 'découverts' permet de percevoir encore plus facilement les tensions du corps de Marion, entraînant un ajustement de nos propositions.

Par son engagement corporel, le psychomotricien offre à la personne polyhandicapée l'occasion de construire des expériences corporelles, lui permettant d'établir un lien entre le somatique et le psychique.

Or rappelons comment le bébé se 'nourrit' de ces temps de portage, de dialogue tonique, de mise en sens qui lui permettent de s'approprier son corps et de l'investir. Ce processus se met progressivement en place à travers les différentes situations qu'il vit, le développement de sa sensori-motricité.

Dans cette proximité physique, Marion peut poser son regard sur l'autre pendant un long instant. Cela semble témoigner de sa volonté de communiquer mais aussi de sa qualité de présence. Dans ces moments-là, qui me semblent précieux, il lui arrive même de cesser ses stéréotypies (quelques secondes, voire minutes). Durant ces instants, elle paraît très réceptive à ce qu'elle est en train de vivre, centrée sur son corps.

⁴⁹ POTEL C, *Le corps et l'eau une médiation en psychomotricité*, Erès, 2009, préface

Vers une 'appropriation' de son corps...

Quelques semaines plus tard en snoezelen, nous observons que Marion initie sur le matelas à eau des petits mouvements de balancement au niveau du bassin, puis s'arrête. Ceux-ci permettent de faire onduler le matelas à eau, remaniant alors son équilibre. Plusieurs fois pendant la séance elle fera ce mouvement. Nous pouvons penser que par cette action, elle expérimente le « cause à effet ». Un mouvement engendre telle réaction du milieu.

BULLINGER explique que le bébé s'habitue à une même configuration sensori-motrice. En effet, à force de répéter une action il est capable de se représenter l'effet de cette action sans avoir à la réaliser. Cette habitude est une première activité psychique car elle permet de construire les premières représentations.

Nous pouvons donc constater que Marion se situe parfaitement dans cette période sensori-motrice. Elle découvre son corps par les sensations qui lui parviennent, lui permettant ainsi de l'investir. Un jour, elle se met à rassembler ses pieds contre elle en se tournant légèrement sur le côté. Cette position m'évoque alors celle de l'enroulement fœtal qui semble provoquer chez Marion une sorte d'apaisement. En effet, pour la première fois, elle ferme ses yeux ...

Ces réponses motrices m'ont laissé penser que Marion était réceptive à ce que j'avais pu lui proposer auparavant. Cet éveil du corps peut laisser traduire un certain 'retour' de ses perceptions.

- *L'expérience de la balancelle ...*

Les semaines suivantes, installée sur la balancelle, Marion cherche à reproduire les mouvements du bassin qu'elle faisait sur le matelas à eau, comme pour retrouver la même sensation. Tout en me regardant, elle esquisse un léger sourire. Par ce comportement, j'en déduis qu'elle prend plaisir à devenir 'maitre' de son corps. C'est aussi l'occasion de découvrir que sur ce support, son action n'entraîne pas tout à fait les mêmes sensations...

Dans la balancelle, Marion est « lovée » à l'intérieur comme dans une coquille. Cela donne l'impression qu'elle est « contenue » dans cet espace. Il y a ce qu'il se passe à l'intérieur de la balancelle, et moi à l'extérieur, toujours présente pour l'accompagner dans son exploration sensorielle. Par notre mise en mot, nous lui permettons d'enrichir son vécu corporel, de donner sens à cette expérience.

Au fil des séances, il semble que Marion s'intéresse davantage à son corps. Un jour, alors qu'elle cesse ses stéréotypies main-bouche, elle en profite pour passer ses mains devant son visage et semble les regarder, attentive. Elle reproduira ce geste plusieurs fois. Cela a permis d'orienter le travail autour du rassemblement de ses mains, les faire se toucher, et ainsi renforcer cette attention portée à son corps.

- *L'expérience du module en mousse en piscine*

Petit à petit nous avons encouragé Marion à participer un maximum à ses expériences, à la rendre 'actrice' de la situation. Par exemple en piscine, il nous arrive de quitter le « confort » du corps à corps pour l'installer sur un module en mousse percé en son milieu. Cela lui permet d'être en quelque sorte 'livrée' à elle seule. Bien sûr, pour ne pas couper complètement le contact, nous la soutenons toujours par notre parole, qui l'accompagne au fil de son exploration.

Cependant au bout d'un moment, Marion paraît fatiguée. Même si elle ne semble pas manifester d'appréhension particulière face à la nouveauté, nous voyons que cela lui coûte beaucoup en énergie. Elle ne bouge plus beaucoup, semble se refermer. Son regard paraît vide, elle ne sourit plus. Cela peut se comprendre, elle n'est pas tout à fait « portée » comme c'est le cas dans nos bras. La sécurité n'est pas assurée de la même façon par la continuité du contact corporel.

Le lien que nous maintenons par la parole et le visuel semble ne pas lui être suffisant pour parvenir à se détendre complètement. Cela peut laisser penser que Marion a encore besoin pour le moment de vivre les expériences dans une proximité corporelle, qui lui confère peut-être la sécurité nécessaire lui permettant d'être plus disponible et réceptive à ce qu'elle vit.

Conclusion

L'accompagnement de Marion au cours des derniers mois m'a semblé très riche. En effet, j'ai pu constater une évolution dans son cheminement vers l'appropriation de son corps.

Dans un premier temps, nous avons tenté d'unifier cette enveloppe corporelle par un toucher global, en s'inspirant des principes de la stimulation basale. En effet, la fragilité de cette enveloppe me semblait avoir été 'altérée' par les opérations subies.

Par l'intérêt et le plaisir qu'elle a pu manifester, j'ai ressenti peu à peu un mieux-être émaner de Marion.

Un toucher bienveillant, appuyé et accompagné par notre parole, semble donc être thérapeutique pour Marion. Il serait intéressant de continuer les séances de cette manière afin de la guider et de renforcer ce chemin qu'elle semble prendre vers l'« habitation » de son corps.

Synthèse de ma rencontre avec Pablo et Marion :

A travers ces deux présentations cliniques, j'ai souhaité montrer combien le toucher était important dans l'accompagnement en psychomotricité d'une personne polyhandicapée. Nous avons vu que les objectifs finaux se rejoignaient souvent, mais que les chemins empruntés pour y parvenir n'étaient pas les mêmes. En effet, il s'agissait pour Pablo et Marion de parvenir tous deux à 'habiter' leur corps, le percevoir différemment, mais les problématiques de départ étaient bien différentes.

Pour chacun d'eux, le toucher a été source de découvertes et d'expériences nouvelles, de relation, assurant aussi leur sécurité tant physique que psychique. C'est pour moi l'ensemble de ces conditions qui ont contribué à rendre le toucher psychomoteur thérapeutique pour eux.

Chacune de ces rencontres m'a semblé très différente, nécessitant une approche et un ajustement corporel différent, faisant de cet accompagnement une expérience d'autant plus riche et constructive pour moi.

Conclusion

A travers ce mémoire j'ai tenté de mettre en avant l'intérêt d'utiliser la médiation du toucher auprès des personnes polyhandicapées. En effet, celle-ci m'a semblé utile tant pour aller à leur rencontre que pour tenter de les conduire vers un « mieux être ».

Ainsi, je me suis intéressée de plus près au toucher en psychomotricité, à la forme qu'il prenait et aux enjeux qu'il soulevait.

Lors de l'accompagnement de ces personnes, j'ai dû faire face à diverses émotions: j'ai avant tout été 'touchée' par elles, parfois 'gênée' ou 'maladroite' dans la façon de les aborder. J'ai également été mise en difficulté face à cette relation corporelle, à cette grande proximité indispensable. En effet, il ne m'a pas toujours été simple d'être à la fois prise dans une relation « corps à corps », tout en restant 'agent' de la relation.

Cependant, je suis parvenue peu à peu à m'adapter à ce milieu, à trouver ma place et mon rôle de future psychomotricienne auprès d'elles.

Par ce travail, nous avons montré que le toucher semble être au même titre que le psychomotricien, un partenaire indispensable et indissociable de la relation.

De plus, le toucher se mêle peu à peu à une dimension d'exploration, de vécu et de ressenti : autant d'aspects auxquels ces personnes, souvent très démunies n'ont pas accès seules.

Nous avons vu que par cette médiation, il nous était possible de réorganiser de grands 'pans' de la vie de la personne polyhandicapée : l'image corporelle, le schéma corporel, l'investissement corporel...

De ce fait, la médiation du toucher en psychomotricité à travers l'accompagnement étayant du psychomotricien, me semble thérapeutique pour la personne polyhandicapée.

Dans ce mémoire, j'ai choisi de m'intéresser à la médiation du toucher tout en sachant qu'il s'agit d'une médiation parmi beaucoup d'autres en psychomotricité.

Ce stage m'a apporté des éléments nouveaux permettant de nourrir mon identité professionnelle. Cela dit, je reste consciente que ma formation se poursuivra et se complètera au fil de mes années d'expérience en tant que psychomotricienne.

Références bibliographiques:

AJURIAGUERRA J., *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson, 1970

ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995

BINEL G., *Prématurité et rupture du lien mère-enfant : La naissance inachevée*, Gaëtan Morin, 2000

BONNETON-TABARIES F, LAMBERT-LIBERT A., *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 2^{ème} éd, MED-LINE, 2009

BRUNET F, BLANC C, ANNE-CATHERINE M., *Polyhandicap, activités motrices et sensorielles*, éd. Actio, 2009

BUCHER H., *Le plaisir d'être comme thérapie*, Masson, 1995

BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, 2^{ème} éd, Erès, 2005

COLONNA-CESARI C., *Le massage intégral du bébé et de l'enfant*, Diffusion Traditionnelle, éd. Asnières, 1990

CORRAZE J., *Les communications non-verbales*, Paris, 5^{ème} éd, Presses Universitaires de France, 2001

COURJOU E., *Comprendre et pratiquer le toucher relationnel*, Dunod, Paris, 2007

DALLA PIAZZA S, GODFROID B., *La personne polyhandicapée, son évaluation et son suivi*, De Boeck, 2004

DA SILVA LOUREIRO M.B (2008)., « L'importance du toucher dans la mémoire corporelle », *Evolutions psychomotrices*, 20 (81)

DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil, 1984

FIELD T., *Les bienfaits du toucher*, éd. Payot, 2006

FRÖHLICH A., *La stimulation basale, le concept*, éd. SZH/SPC, 2000

GEORGES-JANET L (2003)., « Le monde du corps », *Les rencontres du credas, des passerelles pour plus de compétences*.

HALL E.T., *La Dimension cachée*, éd. Seuil, Paris, 1971

JOLY F., « Le bébé psychomoteur Julian de Ajuriaguerra et la conception psychomotrice du développement précoce », *Sa Majesté le bébé*, Toulouse, éd. ERES, «1001 bébés», 2007, pp 137-152

LARIAU T., « Rencontres avec le polyhandicap », *Psychologues et psychologie*, (135)

- LEBOYER F.**, *Shantala : un art traditionnel, le massage des enfants*, Seuil, Poitiers, 1976
- LESAGE B.** (2005), « Le corps en place et la place du corps dans la relation avec la personne polyhandicapée », *Les Cahiers de l'Actif*, (348-349), pp 61-68
- LESAGE B.**, « Abords des personnes polyhandicapées » *Les Cahiers de l'Actif*, (286-287)
- MONTAGU A.**, *La peau et le toucher : un premier langage*, Seuil, 1979
- MUNOZ G.** (2003), « Adultes polyhandicapés : quand la rencontre ne va pas de soi » *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, (133), pp 62-69
- ORAIN S.** (2008), « Le Snoezelen », *Gérontologie et société*, (126).
- POTEL C.**, *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Erès, 2012
- POTEL C.**, *Le corps et l'eau, une médiation en psychomotricité*, Erès, 2009
- PRAYEZ P, SAVATOFISKY J.**, *Le toucher apprivoisé, pour une approche différente du patient*, Lamarre, 2009
- PRAYEZ P.** (2006), « Le toucher, le tact et la 'juste' distance », *JALMALV* (85) pp. 12-18
- ROUFF K.** (2001), « Comment travailler avec les enfants polyhandicapés ? », *Lien Social*, (562), pp 4-8
- RUPIED A.** (2006), *Il était une fois le toucher, comment l'histoire se raconte au fil de la rencontre*, Mémoire universitaire : Psychomotricité, ISRP, Paris, 91 p.
- SAULUS G** (1989)., *Approche philosophique et épistémologique du polyhandicap*, Actes du Colloque APF HANDAS, « les enfants, les adultes polyhandicapés, qui sont-ils ? », Paris, Palais de l'Unesco
- VAIVRE-DOURET L.**, (2003), « La peau : un organe vital », *La qualité de vie du nouveau-né- corps et dynamique développementale*, Odile Jacob, Paris, pp. 105-111
- VINIT F.**, *Le toucher qui guérit, du soin à la communication*, Paris, Belin, 2007.
- WINNICOTT D.W.**, *Processus de maturation chez l'enfant – Développement affectif et environnement*, Payot, Paris, 1970
- ZRIBI G.**, *Polyhandicaps et handicaps graves à expression multiple : concepts, prises en charge, accompagnement, solutions*, EHESP, 2013

Table des matières

Remerciements.....	1
Avant-propos	2
Sommaire.....	3
Introduction.....	4
<i>Partie théorique</i>	
I. Le toucher dans le développement de l'enfant.....	6
1. Généralités sur le toucher	6
1.1 Définition.....	7
1.2 Une multitude de touchers.....	7
1.3 Le toucher thérapeutique	8
2. La peau	8
2.1 Rappel physiologique	8
2.2 Ses différentes fonctions.....	9
2.3 Les effets du toucher sur la peau	10
3. Le toucher dans la construction identitaire de l'enfant.....	11
3.1 Ontogénèse du toucher : Autour de la naissance.....	11
3.2 Les interactions corporelles à la base de la construction psychique de l'enfant : d'une « sécurité » physique à affective	12
3.2.1 Le holding.....	12
3.2.2 Le handling.....	13
3.2.3 Le dialogue tonique	14
3.3 Les interactions affectives	15
3.3.1 Le syndrome de l'hospitalisme.....	15
3.3.2 L'attachement.....	15
3.4 Le Moi-peau : De l'enveloppe corporelle à l'enveloppe psychique.....	16
3.5 Quand le toucher contribue à la sensori-motricité.....	19
II. Le polyhandicap, quelle place pour le toucher ?	21
1. Présentation du polyhandicap.....	21
1.1 Du handicap au polyhandicap... Terminologies et définitions	21
1.2 Historique du polyhandicap.....	22
1.3 Définitions du polyhandicap.....	23
1.4 Etiologies et prévalence.....	24
2. La symptomatologie du polyhandicap.....	25
2.1 Les déficiences motrices : un état de dépendance	25
2.2 La déficience intellectuelle.....	25
2.3 Les troubles sensoriels.....	26

2.4	Les troubles associés	26
3.	La place du toucher dans le monde du polyhandicap.....	29
3.1	Toucher et état de dépendance	29
3.2	Etre touché : un acte quotidien.....	29
III.	La place du toucher dans l'accompagnement de la personne polyhandicapée en psychomotricité.....	31
1.	La nécessité d'un cadre thérapeutique stable	31
1.1	Un espace approprié	31
1.2	Les qualités du psychomotricien	32
2.	Etre en lien par le toucher : l'expression d'un partage.....	33
2.1	Le corps, un espace de rencontre.....	33
2.1.1	La corporéité dans la relation	34
2.1.2	Une approche sensible.....	35
2.1.3	Les enjeux autour de la relation corporelle	36
2.2	L'émergence d'un dialogue structurant.....	39
2.2.1	La communication non verbale	39
2.2.2	Le dialogue tonique : entre corporel et affectif	40
2.2.3	Une relation d'accordage, des partenaires actifs	40
3.	Le toucher en psychomotricité	43
3.1	Le toucher comme enrichissement du vécu corporel de la personne polyhandicapée	43
3.1.1	Par les informations tactiles.....	43
3.1.2	Par l'accompagnement du mouvement ou kinesthésie.....	45
3.2	Le toucher, un outil participant à l'émergence de la conscience de soi ?.....	47
3.2.1	Etat des lieux : le schéma corporel chez la personne polyhandicapée	47
3.2.2	L'image du corps chez la personne polyhandicapée	48
3.2.3	Un toucher « étayant ».....	50
	<i>Partie clinique</i>	
I.	Le cadre institutionnel	52
1.1	L'association	52
1.2	Principes généraux du projet global d'accompagnement de la personne polyhandicapée.....	53
II.	Approche et conception du soin en psychomotricité à l'ARIMOC: Quelques cadres d'intervention.....	54
2.1	Une approche intégrative selon A. FROHLICH : Le concept de la stimulation basale	54
2.2	L'approche Snoezelen	56
2.3	L'atelier piscine	57
III.	Présentation des cas cliniques.....	59
3.1	Pablo.....	59
3.1.1	Présentation générale.....	59
3.1.2	Anamnèse et dynamique familiale	60

3.1.3	Prises en charge, projets, et synthèses	61
3.1.4	L'accompagnement en psychomotricité	62
3.2	Marion	69
3.2.1	Présentation générale.....	69
3.2.2	Anamnèse	69
3.2.3	Ses prises en soin.....	71
3.2.4	L'accompagnement en psychomotricité	71
Conclusion.....		81
Références bibliographiques.....		82
Table des matières		84