



HAL
open science

Le bilan psychomoteur dans le cadre du polyhandicap

Marine Cantin

► **To cite this version:**

Marine Cantin. Le bilan psychomoteur dans le cadre du polyhandicap. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01592800

HAL Id: dumas-01592800

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01592800>

Submitted on 25 Sep 2017

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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de formation en Psychomotricité

91, boulevard de l'Hôpital

75 364 Paris Cedex 14



LE BILAN PSYCHOMOTEUR DANS LE CADRE DU POLYHANDICAP

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de psychomotricien

Mémoire présenté par : Marine CANTIN

Maître de mémoire : Caroline SANDER

Session : Juin 2017

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier ma maître de mémoire, Caroline Sander, ainsi que ma maître de stage pour m'avoir guidée dans l'élaboration de ce mémoire et pour m'avoir fait partager leur pratique de la psychomotricité auprès des enfants et des adultes polyhandicapés.

Je voudrais également remercier tous les maîtres de stage que j'ai rencontrés tout au long de ma formation pour m'avoir fait découvrir et apprécier ce métier et pour toutes les connaissances qu'ils m'ont apportées.

Pour finir, je voudrais remercier ma famille pour son soutien continu tout au long de mes études et sa relecture attentive de ce mémoire. Merci également à Louise, Manon et Alix pour ces trois dernières années.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
PARTIE THÉORIQUE.....	11
A - LE CONCEPT DE POLYHANDICAP	12
<i>I - Historique du polyhandicap</i>	<i>12</i>
<i>II - Le concept de polyhandicap selon George Saulus.....</i>	<i>15</i>
<i>III - Les étiologies du polyhandicap</i>	<i>15</i>
1) Les causes prénatales.....	15
2) Les causes périnatales.....	16
3) Les causes postnatales	16
4) La recherche de l'étiologie	16
B - SÉMILOGIE DU POLYHANDICAP	17
<i>I - Les troubles moteurs.....</i>	<i>17</i>
1) La paralysie cérébrale	17
2) Les différentes formes d'atteintes motrices	17
a) Le syndrome pyramidal.....	17
b) Le syndrome extrapyramidal	18
c) Le syndrome cérébelleux	19
d) Le syndrome vestibulaire	19
3) Le tonus et la posture.....	20
a) Les troubles du tonus.....	20
b) La régulation tonique.....	20
c) Les troubles posturaux.....	22
4) La motricité globale.....	22
5) Les coordinations fines et oculo-manuelles	23
<i>II - Les troubles orthopédiques.....</i>	<i>23</i>
1) L'origine et les conséquences des troubles orthopédiques	23
2) Les principales déformations orthopédiques.....	24
3) Les appareillages orthopédiques.....	24
a) Les différents types d'appareillage	24
b) Les arthrodèses vertébrales.....	25
<i>III - La déficience intellectuelle</i>	<i>25</i>
1) Définition de la déficience intellectuelle	25
2) L'évaluation cognitive chez les personnes polyhandicapées	26
3) La déficience intellectuelle dans le cadre du polyhandicap	27
4) Les conséquences de la déficience intellectuelle sévère ou profonde.....	27
<i>IV - Les troubles psychiques</i>	<i>28</i>
1) Le développement psychique	28
2) Les angoisses archaïques.....	28

3) Les stades psychocomportementaux de George Saulus	29
a) Le profil I	29
b) Le profil II	29
c) Le profil III	30
<i>V - Les troubles somatiques</i>	30
1) Les troubles alimentaires	30
a) Les troubles de la déglutition	30
b) La dénutrition et la déshydratation	31
c) La gastrostomie	31
d) Les reflux gastro-œsophagiens	31
e) Les troubles du transit	31
2) Les troubles respiratoires	31
3) Les troubles cutanés	32
4) L'épilepsie	32
a) Définitions	32
b) Les causes de l'épilepsie	33
c) Le traitement de l'épilepsie	34
<i>VI - Les troubles sensoriels</i>	34
1) Les troubles de la vision	34
2) Les troubles de l'audition	35
3) L'impact des troubles sensoriels sur le plan psychomoteur	35
4) Les difficultés de gestion des flux sensoriels	35
<i>VII - Les autres troubles psychomoteurs</i>	36
1) La structuration spatio-temporelle	36
a) L'espace	36
b) Le temps	36
2) Les représentations corporelles	37
a) Le schéma corporel	37
b) L'image du corps	37
3) La communication et la relation	37
C - LE BILAN PSYCHOMOTEUR	39
<i>I - Définition du bilan psychomoteur</i>	39
<i>II - Le déroulement du bilan psychomoteur</i>	39
1) L'entretien	39
2) L'examen psychomoteur	39
a) L'évaluation psychomotrice	40
b) L'observation psychomotrice	40
3) La conclusion	40
<i>III - Les objectifs du bilan psychomoteur</i>	40
1) Créer un premier lien thérapeutique	41
2) Réaliser un examen psychomoteur	41
3) Cerner la problématique psychomotrice	41

IV - La création d'un cadre thérapeutique	42
V - La réalisation d'un nouveau bilan psychomoteur	42
PARTIE CLINIQUE	43
A - PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE DE STAGE	44
I - Présentation de la maison d'accueil spécialisée	44
II - L'équipe pluridisciplinaire	44
III - Le déroulement d'une journée type	45
1) L'accueil.....	45
2) Les temps de prise en charge et d'activité	45
3) Le temps du repas	45
4) La fin de journée	46
IV - Le projet thérapeutique	46
1) Le bilan des professionnels	46
2) La réunion de projet.....	46
3) La réunion de synthèse	47
4) Le bilan intermédiaire	47
V - Les documents administratifs	47
1) Le dossier médical	47
2) Le classeur de transmission.....	47
B - LE BILAN PSYCHOMOTEUR DE SAMUEL	48
I - Présentation du patient	48
1) Renseignements administratifs.....	48
2) Renseignements médicaux	48
3) Suivi médical	49
4) Parcours institutionnel.....	49
5) Prise en charge	49
II - L'indication de prise en charge en psychomotricité	50
III - La première rencontre.....	50
IV - La première séance du bilan psychomoteur	51
V - La deuxième séance du bilan psychomoteur	52
VI - Observation dans l'unité de vie.....	53
VII - La troisième séance du bilan psychomoteur.....	53
VIII - La quatrième séance du bilan psychomoteur	54
IX - Le compte-rendu du bilan psychomoteur	55
1) Comportement.....	55
2) Tonus et posture	55
3) Motricité globale.....	56
4) Coordinations fines et oculo-manuelles.....	56
5) Sensoriel.....	57

6) Espace et temps	57
7) Schéma corporel	58
8) Latéralité	58
9) Compétences cognitives	58
10) Communication	59
11) Conclusion	59
C - LE BILAN PSYCHOMOTEUR D'ARTHUR	60
<i>I - Présentation du patient</i>	<i>60</i>
1) Renseignements administratifs	60
2) Renseignements médicaux	60
3) Suivi médical	61
4) Parcours institutionnel	61
5) Prise en charge	61
<i>II - L'indication de bilan psychomoteur</i>	<i>62</i>
<i>III - Les premières rencontres avant le bilan psychomoteur</i>	<i>62</i>
<i>IV - La première séance de bilan psychomoteur</i>	<i>63</i>
<i>V - La deuxième séance du bilan psychomoteur</i>	<i>64</i>
<i>VI - La troisième séance du bilan psychomoteur</i>	<i>64</i>
<i>VII - La quatrième séance du bilan psychomoteur</i>	<i>65</i>
<i>VIII - La cinquième séance du bilan psychomoteur</i>	<i>66</i>
<i>IX - Le compte-rendu du bilan psychomoteur</i>	<i>66</i>
1) Comportement	66
2) Tonus et posture	66
3) Motricité globale	67
4) Coordinations fines et oculo-manuelles	67
5) Sensorialité	67
6) Espace et temps	68
7) Schéma corporel et image du corps	68
8) Latéralité	69
9) Compétences cognitives	69
10) Communication	69
11) Conclusion	69
DISCUSSION	70
A - LES MODALITÉS DU BILAN PSYCHOMOTEUR	71
<i>I - Les différents temps du bilan psychomoteur</i>	<i>71</i>
1) La préparation du bilan psychomoteur	71
2) La première rencontre	71
3) L'observation psychomotrice	72
4) Le compte-rendu	72
<i>II - Quels outils utiliser ?</i>	<i>73</i>

III - La grille d'observation.....	73
1) Le processus de création de la grille d'observation	73
2) Description de la grille d'observation.....	74
3) L'utilisation de la grille d'observation	74
4) Remarques sur l'utilisation de la grille d'observation	75
IV - La réalisation d'un nouveau bilan psychomoteur.....	75
1) La temporalité.....	75
2) La forme.....	75
3) Les cas particuliers	76
V - Le cadre spatio-temporel du bilan psychomoteur.....	76
1) L'espace de l'observation psychomotrice	76
2) La temporalité du bilan psychomoteur	77
VI - Conclusion.....	78
B - LES FONCTIONS DU BILAN PSYCHOMOTEUR.....	79
I - Observer les compétences psychomotrices.....	79
II - Cerner la problématique psychomotrice.....	80
III - Apporter un regard complémentaire	80
IV - Conclusion.....	81
C - LES DIFFICULTES ET LES LIMITES DE L'OBSERVATION PSYCHOMOTRICE	82
I - La communication.....	82
II - Les troubles sensoriels	83
III - Les difficultés en tant qu'observateur.....	83
1) L'attention de l'observateur.....	83
2) Les limites physiques de l'observateur	84
IV - Mes propres difficultés	85
V - Conclusion.....	85
D - LA POSTURE DU PSYCHOMOTRICIEN	86
I - L'attitude du psychomotricien	86
1) L'engagement psychocorporel du psychomotricien	86
2) La disponibilité du psychomotricien.....	87
II - Le contre-transfert corporel.....	87
1) Définition du concept de « contre-transfert corporel ».....	87
2) Permettre le processus de symbolisation	88
III - Conclusion	88
E - LE BILAN PSYCHOMOTEUR COMME MÉDIATION A LA RENCONTRE.....	89
I - La rencontre	89
1) La rencontre dans le cadre du bilan psychomoteur	89
2) La rencontre d'une personne polyhandicapée.....	90
II - Les enjeux de la rencontre	90
1) Se rencontrer : entrer en relation	90

2) Se rencontrer : communiquer	91
a) La communication non-verbale	92
b) Le dialogue tonico-émotionnel	93
<i>III - La rencontre dans le cadre du bilan psychomoteur</i>	<i>93</i>
1) Une rencontre thérapeutique	93
2) Une rencontre dans un contexte particulier	94
3) Conclusion.....	94
CONCLUSION	95
BIBLIOGRAPHIE.....	96
ANNEXES	99
ANNEXE I GRILLE D'OBSERVATION	100
ANNEXE II GRILLE D'OBSERVATION DE SAMUEL.....	110
ANNEXE III GRILLE D'OBSERVATION D'ARTHUR	120

INTRODUCTION

A la fin de ma première année de psychomotricité, j'ai réalisé un stage dans une maison d'accueil spécialisée (MAS) accueillant de jeunes adultes polyhandicapés. Ce stage a été une expérience très enrichissante qui m'a amenée à beaucoup de questionnements.

Le polyhandicap appartient au groupe des multihandicaps, c'est-à-dire « l'association de deux ou de plusieurs handicaps » (SPINGA J-A., ZUCMAN E., 1989, page 2). C'est « une association non fortuite de déficiences » (SAULUS G., 2008, page 155). Il s'agit d'un « handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience intellectuelle sévère » (SPINGA J-A., ZUCMAN E., 1989, page 2). Les principales déficiences sont neuro-motrices et intellectuelles. Elles sont dues à des lésions cérébrales sévères apparaissant généralement pendant la période prénatale ou la petite enfance.

Lors de ce stage en MAS, face aux multiples déficiences des personnes polyhandicapées, je me suis posé beaucoup de questions sur la manière de d'entrer en relation et de communiquer avec elles car je ne me rendais pas compte de ce qu'elles percevaient réellement. J'ai également été impressionnée par les compétences psychomotrices que possédaient ces jeunes adultes bien qu'ils soient très entravés d'un point de vue neuro-moteur et intellectuel.

C'est pourquoi, lors de ma troisième année, j'ai choisi de réaliser un nouveau stage avec des personnes polyhandicapées afin de m'intéresser au bilan psychomoteur. Dans le cadre du polyhandicap, je trouve ce temps important car il permet d'appréhender l'organisation psychomotrice du patient et donc de mettre en évidence ses compétences.

Néanmoins, ce temps de bilan psychomoteur ne peut être réalisé tel que je l'ai appris lors de ma formation, avec des tests standardisés. En effet, ces tests ne sont pas adaptés au handicap des jeunes adultes qui sont accueillis dans ma structure de stage.

Je me suis alors demandé :

Quelles sont les modalités et les fonctions du bilan psychomoteur chez les personnes polyhandicapées ?

Pour répondre à cette question, dans une première partie théorique, je commencerai par définir le concept de polyhandicap. J'exposerai ensuite l'ensemble des déficiences qui peuvent être rencontrées chez les personnes polyhandicapées. Enfin, je décrirai le déroulement et les objectifs du bilan psychomoteur.

Dans une seconde partie, je présenterai tout d'abord la structure dans laquelle s'est déroulé mon stage. Je présenterai ensuite le bilan psychomoteur de deux jeunes adultes polyhandicapés.

Dans une troisième partie, je présenterai la grille d'observation que j'ai réalisée et j'essaierai de répondre aux questions que je me suis posé lors de la rédaction de ce mémoire. Tout d'abord, je réfléchirai aux modalités et aux fonctions du bilan psychomoteur chez les personnes polyhandicapées. J'évoquerai ensuite les difficultés que j'ai rencontrées et les limites de l'observation que j'ai perçues. Je me questionnerai ensuite sur la posture du psychomotricien lors du bilan psychomoteur. Enfin, je me demanderai si le bilan psychomoteur peut être une médiation à la rencontre.

PARTIE THÉORIQUE

A - LE CONCEPT DE POLYHANDICAP

I - Historique du polyhandicap

La notion de polyhandicap est apparue tardivement. Avant les années 1964, les personnes présentant une lésion cérébrale ayant pour conséquence une déficience motrice et intellectuelle étaient qualifiées d'« encéphalopathes ». A partir de 1964, le terme d'« encéphalopathe » est remplacé par celui « d'arriéré profond ». Alors que les méthodes de rééducation commencent à se développer pour les enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale, notamment grâce au médecin Guy Tardieu, l'accès aux soins pour les enfants souffrant d'un handicap neurologique sévère est très restreint. Aucune prise en charge médicale ou paramédicale n'est proposée à ces enfants et leurs frais médicaux ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale. En 1960, l'association « Les Tout-Petits » crée, en région parisienne, la première pouponnière spécialisée pour les enfants auparavant appelés « encéphalopathes ».

Progressivement, à partir des années 1964, grâce à l'influence de médecins tels qu'Elisabeth Zucman ou Stanislas Tomkiewicz à l'Hôpital de La Roche Guyon, des consultations spécialisées et des prises en charge commencent à se mettre en place afin de favoriser le développement des enfants « arriérés profonds ». La reconnaissance du droit de ces enfants à bénéficier de soins adaptés commence à émerger dans la communauté médicale.

A la fin de l'année 1964, Andrée Barrère, Monique Demerson, Elisabeth Zucman et Stanislas Tomkiewicz ainsi que les professeurs Clément Launay, Alexandre Minkowski et Stéphane Thieffry créent le Comité d'Etudes et de Soins aux Arriérés Profonds (CESAP) de la région Parisienne avec l'aide de l'Assistance Publique de Paris. Ces professionnels avaient pour objectif de venir en aide aux enfants « arriérés profonds » et à leurs familles en leur proposant des consultations spécialisées.

Elisabeth Zucman précise les objectifs de ce comité :

« protéger la santé des enfants arriérés profonds et assurer au mieux le développement de leurs potentiels ; soulager les familles et respecter leur place de parents ; revaloriser les uns et les autres par la qualité des services : pluridisciplinarité des équipes, densité des professionnels pour assurer une présence proche, formation continue et soutien d'une libre parole ; enfin, adopter une stratégie raisonnable : commencer par la création de services puisque, contrairement aux établissements, ils ne nécessitent pas les

investissements financiers énormes que nous ne possédions d'ailleurs pas. Les créer autant que possible dans les normes qui permettraient leur agrément, selon les textes de 1956, et donc leur financement par la Sécurité sociale. » (ZUCMAN E., 2007, pages 54 et 55).

Les premiers services de soins à domicile et établissements spécialisés pour les enfants « arriérés profonds » vont ainsi progressivement voir le jour grâce au CESAP¹.

En avril 1969, suite « aux connotations négatives » (Ibid, page 76) du terme « arriérés profonds », Elisabeth Zucman emploie pour la première fois le mot « polyhandicap » pour désigner les enfants atteints d'un handicap moteur et mental dans son article « La guidance parentale » paru dans la revue *Réadaptation* (ZUCMAN E., 1969).

En 1975, l'article 46 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 prévoit la création d'« établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.» (Loi n°75-534, Article 46, JORF du 30 juin 1975). Le terme « polyhandicap » n'apparaît pas encore dans ce texte officiel, mais cette loi permet aux adultes polyhandicapés d'être accueillis dans des structures spécialisées et de bénéficier de soins adaptés.

En 1984, les recherches du Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), auxquelles ont notamment participé Stanislas Tomkiewicz et Elisabeth Zucman, ont permis de définir trois types de multihandicap : le polyhandicap, le plurihandicap et le surhandicap. Le polyhandicap a ainsi été défini comme un « handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde » (ZUCMAN E., SPINGA JA., 1989, page 2).

Dans les textes officiels, le terme « polyhandicap » apparaît pour la première fois dans le décret n°89-798 du 27 octobre 1989. Ce décret permet de préciser les conditions d'accueil, d'éducation et de soins pour les enfants polyhandicapés. Il permet également aux personnes polyhandicapées d'obtenir un statut médico-juridique. L'annexe XXIV ter de ce même décret définit le polyhandicap comme un « handicap grave à expressions multiples associant déficience motrice et déficience mentale sévère à profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. » (Annexe XXIV

¹ Aujourd'hui, le CESAP est l'abréviation de Comité d'étude, d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées.

ter du décret n°89-798 du 27 octobre 1989). Aujourd'hui, la définition de ce décret est toujours utilisée d'un point de vue administratif. Ainsi, lorsque la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) décide de l'orientation d'une personne polyhandicapée, elle choisit une structure médico-sociale régie par l'annexe XXIV ter.

En 1993, le CTNERHI propose une définition du polyhandicap : « association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond (QI<50) entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée » (ZUCMAN E., 2000, pages 8 et 9).

En 2005, attaché à la loi du 11 février 2005, paraît le « Plan action polyhandicap » (BASLE G., 2005) rédigé par le groupe polyhandicap France (GPF). Il a pour objectif de mieux comprendre le polyhandicap et de répondre aux besoins des enfants, adolescents et adultes polyhandicapés en améliorant notamment leur prise en charge dans le secteur médico-social. Cet écrit donne aussi une nouvelle définition du polyhandicap :

« déficiences graves et durables dues à des causes variées, le plus souvent pré et périnatales mais aussi acquises ou liées à des accidents ou à des affections progressives et dégénératives, chez lesquels [les enfants et adultes polyhandicapés] la déficience mentale sévère est associée à des troubles moteurs et très souvent à d'autres déficiences, entraînant une restriction extrême de leur autonomie, nécessitant à tout âge de la vie un accompagnement permanent et qualifié associant éducation, soins, communication et socialisation ainsi qu'un accompagnement proche, dense et individualisé. » (BASLE G., 2005, page 3).

Cette première partie témoigne du long chemin parcouru pour arriver à la reconnaissance des besoins et des soins nécessaires aux enfants, adolescents et adultes désormais qualifiés de polyhandicapés. De plus, la diversité des définitions existantes montre à quel point ce concept a été difficile à définir. Néanmoins, ces définitions s'accordent toutes sur deux points : le polyhandicap se traduit par une dépendance pour tous les actes de la vie quotidienne et est caractérisé par l'association d'une déficience motrice et d'une déficience intellectuelle sévère. La difficulté à définir le polyhandicap semble être liée à l'association des déficiences qui sont multiples, interactives et diverses, ce qui aboutit à des tableaux cliniques variés. Ainsi, le concept de polyhandicap n'est pas aisé à délimiter. Cela peut expliquer l'évolution des définitions de la notion de polyhandicap au cours du temps et selon les auteurs.

II - Le concept de polyhandicap selon George Saulus

Selon George Saulus, le polyhandicap est un multihandicap, c'est-à-dire une association de déficiences et d'incapacités. Il définit le polyhandicap par « l'association de quatre types de déficiences qui engendrent un handicap grave : une déficience du fonctionnement électrique du cerveau ; des déficiences de fonctions physiologiques de base, digestive et respiratoire en particulier ; une déficience tonico-motrice sévère ; une déficience psychologique sévère, à la fois cognitive et psychoaffective » (SAULUS G., 2008, page 156). Il précise également que ces déficiences sont « en interactions permanentes » (SAULUS G., 2008, page 162).

L'apparition de ces quatre types de déficience, consécutive à une atteinte anatomique et/ou fonctionnelle de l'encéphale, doit également répondre à plusieurs conditions pour relever du polyhandicap. Les lésions cérébrales responsables de ces déficiences doivent être massives, précoces et non évolutives.

Lorsque l'atteinte n'est pas précoce, mais qu'elle entraîne les mêmes signes de déficience, il s'agit d'un multihandicap qui s'apparente au polyhandicap. De même, les personnes présentant une paralysie cérébrale, qu'il s'agisse d'infirmité motrice cérébrale (IMC) ou d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC)², ne sont pas considérées comme polyhandicapées « en raison de la gravité insuffisante de la déficience psychologique qu'elles comportent » (SAULUS G., 2008, page 157).

III - Les étiologies du polyhandicap

D'après le « Plan action polyhandicap » de 2005, la prévalence du polyhandicap est comprise entre 1,8 et 2,5 cas pour 1 000 (BASLE G., 2005, page 3).

Les étiologies du polyhandicap sont très variées. En effet, le polyhandicap résulte d'un dysfonctionnement cérébral dont les causes sont multiples. On classe celles-ci en fonction du moment de survenue des lésions cérébrales.

1) Les causes prénatales

Les causes prénatales sont à l'origine de 50 % des situations de polyhandicap (GEORGES-JANET L., 1996, page 201). Parmi celles-ci, on distingue les malformations

² L'infirmité motrice cérébrale et l'infirmité d'origine cérébrale seront définies à la page 17.

cérébrales, les anomalies génétiques, les maladies métaboliques, les embryo-fœtopathies et les causes vasculaires.

2) Les causes périnatales

Les causes périnatales sont à l'origine de 15 % des situations de polyhandicap (Ibid). Il peut s'agir soit d'une anoxo-ischémie, de complications lors de la réanimation néonatale, de la prématurité, soit d'une dysmaturité.

3) Les causes postnatales

Les causes postnatales sont à l'origine de 5 % des situations de polyhandicap (Ibid). Elles regroupent les pathologies cérébro-vasculaires, les infections cérébro-méningées et les traumatismes cérébraux (accidents de la voie publique, accidents domestiques, etc) pouvant entraîner de graves lésions cérébrales.

4) La recherche de l'étiologie

Dans 30 % des cas, l'étiologie du polyhandicap reste inconnue (Ibid).

La recherche de l'étiologie du polyhandicap est souvent un chemin difficile et très long. De plus, l'éthique médicale veut que la réalisation d'exams invasifs, dans le cadre de la recherche étiologique, soit limitée. Toutefois, l'étiologie aide à la mise en place d'une thérapie adaptée à la pathologie du patient. Elle permet également d'évaluer le risque de polyhandicap pour les éventuelles futures grossesses. Enfin, il a parfois été observé que l'annonce d'un diagnostic précis permettait aux parents de s'investir de manière plus importante dans la prise en charge de leur enfant.

Cette première partie m'a permis de retracer l'historique de la notion de polyhandicap, de définir ce concept et d'en préciser les étiologies. Je vais maintenant présenter les déficiences les plus fréquentes chez les personnes polyhandicapées et leur impact sur le plan psychomoteur.

B - SÉMIOLOGIE DU POLYHANDICAP

I - Les troubles moteurs

Le degré d'atteinte motrice est variable selon les patients car il dépend de la sévérité des lésions cérébrales touchant les systèmes responsables de la motricité. L'atteinte motrice peut être d'une ou de plusieurs formes. Dans le cadre du polyhandicap, les troubles moteurs sont généralement importants et se traduisent fréquemment par l'absence de marche autonome.

1) La paralysie cérébrale

La paralysie cérébrale désigne les personnes présentant « une atteinte motrice en lien avec une atteinte cérébrale non évolutive, quelles que soient leurs capacités intellectuelles et l'étiologie de l'atteinte cérébrale » (BERARD C., 2008, page 15). Cette atteinte motrice se caractérise par « un ensemble de troubles du mouvement et/ou de la posture et de la fonction motrice » (Ibid, page 15). Le terme « paralysie cérébrale » regroupe les appellations « Infirmitté motrice cérébrale » (IMC) et « Infirmitté motrice d'origine cérébrale » (IMOC). Guy Tardieu avait en effet différencié les atteintes motrices isolées (IMC) de celles associées à une déficience intellectuelle (IMOC).

En fonction de la localisation de la lésion cérébrale, les parties du corps touchées varient. Lorsqu'un seul membre est atteint, il s'agit d'une monoplégie. La paralysie d'un hémicorps est appelée hémiplégie. L'atteinte des membres inférieurs est nommée paraplégie ou diplégie. Enfin, la tétraplégie ou quadriplégie correspond à une paralysie des quatre membres.

L'atteinte motrice peut prendre plusieurs formes, suivant la localisation de l'atteinte. Elle peut entraîner un syndrome pyramidal (forme spastique), un syndrome extrapyramidal (forme athétosique) ou un syndrome cérébelleux (forme ataxique).

2) Les différentes formes d'atteintes motrices

a) Le syndrome pyramidal

Le syndrome pyramidal est la conséquence d'une atteinte de la voie cortico-spinale qui permet la commande motrice volontaire. Il se caractérise par un déficit moteur, des troubles du tonus musculaire et une anomalie des réflexes ostéo-tendineux. (C.E.N., 2005)

- Le déficit moteur se traduit par un trouble de la commande motrice volontaire dont la topographie est variable comme pour la paralysie cérébrale. Il peut engendrer une monoplégie,

une hémiparésie, une paraparésie ou une tétraparésie. Ce déficit prédomine au niveau des muscles extenseurs pour les membres supérieurs, au niveau des fléchisseurs pour les membres inférieurs et sur le territoire facial inférieur pour la face.

- Les troubles du tonus comprennent l'hypotonie, aussi appelée déficit flasque, ou l'hypertonie pyramidale aussi appelée spasticité³.
- L'anomalie des réflexes ostéo-tendineux provoque des réflexes vifs, diffus et polycinétiques.

b) Le syndrome extrapyramidal

Le syndrome extrapyramidal est lié à l'atteinte des noyaux gris centraux. Il comprend le syndrome parkinsonien et les mouvements involontaires. (C.E.N., 2005)

Les mouvements anormaux sont fréquents chez les personnes polyhandicapées contrairement au syndrome parkinsonien. Ils se caractérisent par une activité motrice indépendante de la volonté du patient. Ils peuvent être présents lors d'une action ou au repos, être locaux ou généralisés, permanents ou transitoires.

Les mouvements anormaux les plus fréquents sont les tremblements, les myoclonies, la dystonie, la chorée, les tics, et les dyskinésies.

- Les tremblements sont des « oscillations rythmiques volontaires que décrit une partie du corps autour de sa position d'équilibre » (C.E.N., 2005, page 225). Ils peuvent apparaître au repos, lors du maintien d'une attitude ou lors d'un mouvement volontaire.
- Les myoclonies sont des « secousses musculaires brusques » (C.E.N., 2005, page 231). Elles peuvent survenir au repos ou lors de manifestations épileptiques.
- La dystonie est une « contraction musculaire involontaire, prolongée, responsable d'une posture anormale et/ou de mouvements répétitifs » (C.E.N., 2005, page 230). Elle apparaît lors du maintien d'une attitude ou lors de mouvements volontaires.
- La chorée est un « mouvement arythmique, non stéréotypé, brusque, aléatoire, souvent à type de rotation ou de flexion/extension » (C.E.N., 2005, page 229). Elle peut toucher le visage, le cou, le tronc ou les membres. Elle survient au repos et à l'action.

³ Les termes d'hypotonie et d'hypertonie pyramidale seront définis à la page 20.

- Les tics sont des « mouvements soudains, brefs, intermittents, stéréotypés, [...] répétitifs » (C.E.N., 2005, page 232). Ils peuvent être moteurs ou vocaux. Les tics peuvent être contenus plus d'une minute.

- Les dyskinésies sont des « mouvements choréïques et/ou dystoniques » (C.E.N., 2005, page 232). Elles peuvent apparaître au niveau des membres, de la musculature axiale et faciale et sont généralement provoquées par un traitement à base de neuroleptiques.

c) Le syndrome cérébelleux

Le syndrome cérébelleux est une atteinte du cervelet ou des voies cérébelleuses. Il entraîne une ataxie cérébelleuse, des troubles de l'exécution des mouvements volontaires rapides, une hypotonie, des troubles de la parole et de l'écriture et un nystagmus. (C.E.N., 2005)

- L'ataxie cérébelleuse se traduit par des troubles de l'équilibre et de la marche. Le polygone de sustentation est élargi et des oscillations sont souvent présentes. La démarche est ébrieuse et les arrêts brusques entraînent un déséquilibre.

- Les troubles de l'exécution des mouvements volontaires rapides sont caractérisés par une hypermétrie, une asynergie et dans certains cas un tremblement d'action.

- L'hypotonie prédomine au niveau axial et au niveau des mains et des pieds.

- Les troubles de la parole se caractérisent par une dysarthrie. L'hypotonie et l'hypermétrie entravent l'écriture dont les lettres sont démesurées, inégales et espacées.

- Un nystagmus est une oscillation involontaire du globe oculaire.

d) Le syndrome vestibulaire

Le syndrome vestibulaire est lié à une lésion du système vestibulaire. Il se caractérise par un nystagmus, une ataxie vestibulaire et des vertiges. (C.E.N., 2005)

- Le nystagmus apparaît le plus souvent lors de la poursuite oculaire.

- L'ataxie vestibulaire se traduit par une inclinaison latérale lente de l'axe du corps, voire une station debout impossible. La démarche est ébrieuse avec des inclinaisons latérales.

- Les vertiges se caractérisent par une impression de déplacement du corps dans l'espace pouvant s'accompagner de signes végétatifs (nausées, pâleur, sueurs ...).

3) Le tonus et la posture

a) Les troubles du tonus

Les troubles du tonus résultent des lésions cérébrales que présentent les personnes polyhandicapées. Le tonus est défini par :

« l'état de légère contraction musculaire qui n'aboutit pas au mouvement mais assure la résistance à la pesanteur, qui fixe les articulations dans une position déterminée et donc maintient la posture lors de l'exécution d'un mouvement. Cette contraction est isométrique (la tension augmente mais la longueur du muscle ne change pas), permanente et involontaire.» (ALBARET J-M, GIROMINI F., SCIACOM P., 2011, page 25).

Les troubles du tonus les plus fréquents sont l'hypotonie et l'hypertonie pyramidale.

- L'hypotonie correspond à une « diminution de la résistance du muscle à son allongement passif » (CARRIC JC., 2001, page 83). Elle se traduit par une hyperextensibilité et l'augmentation du ballant lors de la mobilisation passive et rapide d'un membre. Elle entraîne une insuffisance posturale.
- L'hypertonie pyramidale ou spasticité se caractérise par une « augmentation de la résistance du muscle à son allongement » (CARRIC JC., 2001, page 81). Cette résistance est élastique et s'accroît avec le mouvement passif et la vitesse. Au niveau des membres supérieurs, la spasticité prédomine dans les muscles fléchisseurs tandis qu'au niveau des membres inférieurs, elle atteint les muscles extenseurs. L'hypertonie pyramidale engendre des contractions musculaires et des rétractions tendineuses.

Les troubles du tonus ont des répercussions sur les possibilités de régulation tonique et sur la fonction posturale.

b) La régulation tonique

La régulation tonique correspond à l'ajustement du tonus entre les deux pôles extrêmes que sont l'hypotonie et l'hypertonie. Selon André Bullinger, il existe quatre niveaux de régulation du tonus : l'état de vigilance, le contrôle des flux sensoriels, le milieu humain et les représentations mentales (BULLINGER A., 2004).

- L'état de vigilance correspond à l'état comportemental de l'enfant dont dépendent ses interactions avec l'environnement. Selon Thomas Berry Brazelton, il existe cinq niveaux de

vigilance : le sommeil profond, le sommeil léger, la somnolence, l'éveil calme, l'éveil actif et les pleurs (BRAZELTON T-B., KEVIN NUGENT J., 2001, page 19). Chaque état comportemental se caractérise par une nuance tonique particulière. Chez les personnes polyhandicapées, ces nuances toniques sont plus difficiles à mettre en œuvre à cause des troubles du tonus qui ont tendance à diminuer les possibilités de variation ou d'ajustement tonique.

- Le contrôle des flux sensoriels se caractérise par des manifestations corporelles. La perception d'un flux sensoriel entraîne quatre réactions successives : l'alerte qui se traduit par une mise en tension de l'organisme, l'orientation vers le stimulus, l'évaluation de la distance du stimulus puis l'exploration de celui-ci. Chez les personnes polyhandicapées, les troubles de la motricité et la déficience intellectuelle entravent fréquemment ces étapes. Ainsi, le contrôle des flux sensoriels peut se caractériser uniquement par une réaction d'alerte.

- Le milieu humain correspond aux interactions entre l'enfant et son milieu. A travers le dialogue tonico-émotionnel, les manifestations toniques de l'enfant, ressenties par l'adulte, vont s'ajuster et prendre sens. Chez les personnes polyhandicapées, les troubles du tonus entravent souvent le dialogue tonico-émotionnel dans la petite enfance. Par ailleurs, la déficience intellectuelle empêche ces personnes d'avoir accès au sens donné à leurs manifestations tonico-émotionnelles.

- Le dernier niveau de régulation tonique correspond aux représentations mentales. Elles désignent les moyens intériorisés par l'enfant pour réguler son tonus. Elles vont permettre à l'enfant d'anticiper ce qui va se passer, d'identifier les flux sensoriels et d'accéder à un équilibre sensori-tonique. Cet équilibre est défini par Andre Bullinger comme « une composante de l'activité psychique qui assure les conditions optimales d'interactions entre un organisme et son milieu » (BULLINGER A., 2004, page 93).

Chez les personnes polyhandicapées, l'accès aux représentations mentales est généralement difficile à cause de la déficience intellectuelle. L'équilibre sensori-tonique est donc souvent imparfait, ce qui va avoir un impact sur les possibilités d'interaction des personnes polyhandicapées avec le milieu qui les entoure.

c) Les troubles posturaux

La posture correspond au « maintien du corps dans une position donnée grâce à une activité musculaire permanente qui s'oppose au jeu des articulations » (ALBARET J-M, GIROMINI F., SCIACOM P., 2012, page 40).

La maîtrise posturale nécessite un équilibre entre les muscles fléchisseurs et les muscles extenseurs. Chez les personnes polyhandicapées, celle-ci est entravée par les troubles du tonus. L'hypotonie ne permet pas les redressements par manque de force musculaire et la spasticité tend à imposer une activité excessive des muscles extenseurs du buste.

La posture est également régulée par les flux sensoriels qui transmettent des informations sur la position du corps dans l'espace ce qui permet d'ajuster le niveau tonique. Les modalités sensorielles intervenant dans la régulation posturale sont les flux visuels, vestibulaires, proprioceptifs et tactiles. Les difficultés d'intégration sensorielle que peuvent présenter les personnes polyhandicapées impactent alors la maîtrise posturale.

4) La motricité globale

Tout d'abord, le tonus et la maîtrise posturale sous-tendent le mouvement. Ainsi, les troubles du tonus et de la maîtrise posturale des personnes polyhandicapées impactent la motricité globale.

L'exécution des mouvements sera moins précise et plus difficile à réaliser. Les postures anormales liées aux troubles du tonus vont perturber l'acquisition des schèmes moteurs de base que sont les schèmes spinaux d'enroulement et d'extension et les schèmes de torsion de la colonne vertébrale. Ces schèmes moteurs seront plus difficiles à mettre en place ce qui va avoir des répercussions sur la motricité globale.

Les troubles du tonus rendent également le fonctionnement des articulations moins aisé et provoquent le plus souvent des déformations orthopédiques. Celles-ci ont tendance à diminuer les possibilités motrices des personnes polyhandicapées.

Par ailleurs, les lésions des systèmes moteurs sont souvent à l'origine de troubles de la commande motrice volontaire et de la persistance de certains réflexes archaïques. Il existe également fréquemment des difficultés d'organisation motrice liées à des difficultés de planification des mouvements.

L'ensemble de ces troubles va engendrer des difficultés à se mouvoir et à expérimenter son corps dans l'espace.

5) Les coordinations fines et oculo-manuelles

Les troubles du tonus et de l'organisation motrice rendent souvent compliquée la préhension chez les personnes polyhandicapées. Tout d'abord, les troubles du tonus ne laissent pas toujours la possibilité d'ouvrir la main. Ensuite, souvent, les troubles du tonus et posturaux ne permettent pas de construire un axe corporel solide, « point d'appui pour des fonctions instrumentales » (BULLINGER A., 2004, page 141). Les fonctions instrumentales s'en trouvent alors appauvries car l'insuffisance posturale complique l'exécution de gestes précis. Enfin, le défaut de planification des mouvements rend l'approche et la manipulation difficiles à effectuer.

La fréquente non-intégrité du système sensori-moteur et la déficience intellectuelle fragilisent également l'acquisition des praxies. Les troubles sensoriels, notamment une déficience visuelle ou une hypersensibilité tactile, peuvent aussi interférer avec les manipulations. La motricité fine peut aussi être parasitée par des mouvements anormaux résultant d'un dysfonctionnement du système extrapyramidal.

Ainsi, il est fréquent que les personnes polyhandicapées rencontrent des difficultés d'instrumentation, c'est-à-dire à « faire de ses systèmes sensori-moteurs des outils pour comprendre et agir sur son milieu » (BULLINGER A., 2004, page 49).

II - Les troubles orthopédiques

1) L'origine et les conséquences des troubles orthopédiques

Les troubles orthopédiques sont liés aux troubles du tonus provoqués par l'atteinte neurologique. En effet, l'hypotonie ou la spasticité sont à l'origine de troubles musculo-squelettiques.

La spasticité entraîne des rétractions musculaires. Celles-ci vont perturber la croissance des muscles et des os et engendrer des déformations orthopédiques.

L'hypotonie entraîne la prise de postures pouvant provoquer des déformations orthopédiques.

2) Les principales déformations orthopédiques

Les principales déformations orthopédiques sont les scolioses, les luxations de hanches et les déformations des chevilles et des pieds. (BREARD C., 2008)

- Les scolioses sont « une déviation de la colonne vertébrale dans les trois plans de l'espace » (BERARD C., 2008, page 103). Dans la majorité des cas, elles sont d'origine neurologique. Les scolioses sont dues à l'asymétrie du tonus musculaire de part et d'autre de la colonne vertébrale et aux rétractions musculaires qui sont ainsi engendrées. Les scolioses font partie des déformations orthopédiques graves car elles ont un impact sur la capacité respiratoire. De plus, les scolioses thoraco-lombaires importantes entraînent une rotation et/ou une inclinaison du bassin.

- Les luxations de hanche se manifestent par une excentration de la tête fémorale. Les luxations de hanche peuvent être provoquées par une coxa valga, un bassin asymétrique, un effacement du toit du cotyle ou une hypertonie touchant les muscles tels que les adducteurs, les droits internes, les psoas ou les droits antérieurs. La luxation de hanche entraîne parfois de vives douleurs.

- Les déformations des chevilles et des pieds sont très fréquentes et résultent comme dans le cas de la scoliose et de la luxation de hanche, de troubles du tonus d'origine neurologique. Les principales déformations des pieds sont les varus et le valgus lorsque l'arrière-pied se dirige respectivement en dedans ou en dehors. Les pieds en talus ou en équin sont liés, pour le premier, à un excès de flexion dorsale et pour le deuxième, à un excès de flexion plantaire. Les déformations des chevilles et des pieds peuvent être traitées lorsque la marche est acquise ou lorsqu'elles compromettent les possibilités de verticalisation.

3) Les appareillages orthopédiques

a) Les différents types d'appareillage

Les appareillages ont pour but de prévenir ou de ralentir les troubles orthopédiques liés aux déséquilibres musculaires. Ils ont également pour rôle de permettre ou d'améliorer une fonction comme la station assise, la station debout ou les déplacements.

Traiter les déformations orthopédiques, c'est préserver les possibilités motrices des personnes polyhandicapées, diminuer le risque de douleur et d'atteinte vitale et ainsi assurer une qualité de vie la meilleure possible.

Les appareillages les plus fréquemment rencontrés auprès des personnes polyhandicapées sont les orthèses, les chaussures orthopédiques, les coques de maintien, les coques de verticalisation, les sièges moulés ainsi que les corsets de scoliose.

Des aides techniques fonctionnelles non orthopédiques peuvent également être proposées. Elles ont pour objectif d'optimiser les possibilités fonctionnelles des patients. Il s'agit notamment des aides à la déambulation (flèche, motilo, cadre de marche), de fauteuils roulants, de poussettes spécialisées ou d'appareils d'aide aux transferts.

b) Les arthrodèses vertébrales

Lorsque les scolioses sont importantes, un appareillage interne peut être proposé : il s'agit d'une arthrodèse vertébrale qui remplace le corset de scoliose.

Les arthrodèses vertébrales ont pour rôle de bloquer définitivement une ou plusieurs articulations intervertébrales. Cela permet de réduire la scoliose vertébrale et d'empêcher son aggravation. Dans le cadre du polyhandicap, l'arthrodèse s'étend généralement des dernières vertèbres cervicales jusqu'aux premières vertèbres sacrées, selon les besoins. Elle est composée de deux tiges indépendantes reliées aux vertèbres par des vis ou des crochets. Depuis quelques années, la greffe osseuse est utilisée pour fixer le matériel.

Des arthrodèses vertébrales dites évolutives sont également mises en place depuis quelques années. Le principe est semblable mais la taille des tiges peut être augmentée. Cela permet de proposer ce type d'appareillage avant la fin de la croissance osseuse. Une première opération chirurgicale est programmée afin de mettre en place le matériel. Puis, tous les dix-huit mois, une opération chirurgicale est réalisée afin d'agrandir les tiges et de permettre la croissance ostéo-articulaire.

III - La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle est l'un des principaux signes cliniques du polyhandicap.

1) Définition de la déficience intellectuelle

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, le retard mental ou déficience intellectuelle est « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet

caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales. »⁴

La déficience intellectuelle est objectivée par des tests standardisés mesurant le quotient intellectuel. Un quotient intellectuel compris entre 50 et 69 correspond à une déficience légère. Lorsqu'il se situe entre 35 et 49, il s'agit d'une déficience intellectuelle moyenne. Entre 20 et 34, celle-ci est sévère. Lorsque le quotient intellectuel est inférieur à 20, on qualifie la déficience intellectuelle de profonde.

2) L'évaluation cognitive chez les personnes polyhandicapées

La déficience intellectuelle des personnes polyhandicapées est qualifiée de sévère ou profonde, ce qui correspond à un quotient intellectuel inférieur à 35. Dans le cadre du polyhandicap, la déficience intellectuelle est difficilement objectivable par des tests de quotient intellectuel. Ces tests nécessitent des compétences verbales, neuro-motrices et sensorielles qui ne sont pas compatibles avec les atteintes des personnes polyhandicapées.

Le Profil de compétences cognitives du jeune polyhandicapé (P2CJP) a donc été mis au point (PATTE K., 2014). Le P2CJP est un outil visant à établir un profil cognitif de l'enfant polyhandicapé. Il a été validé avec une population composée d'enfants polyhandicapés âgés de trois à dix-sept ans. Le temps moyen de passation est d'une heure par enfant et par observateur. Le P2CJP consiste à réaliser une observation clinique dans le but d'évaluer plusieurs critères. Cette observation est réalisée par un psychologue mais également par d'autres professionnels qui connaissent l'enfant et par ses parents. L'observation du patient peut être directe ou indirecte. L'observation et le remplissage des grilles peuvent se faire en plusieurs étapes.

Ce test est composé d'une grille de réactivité et d'une grille d'évaluation cognitive.

- La grille de réactivité permet d'observer les compétences communicationnelles et réactionnelles de l'enfant afin d'appréhender ses modalités de réaction et d'interaction. Les items sont répartis selon quatre dimensions : les manifestations oropharyngées, les mobilités faciales, les manifestations de mobilité ou d'immobilité corporelles et les manifestations tonico-émotionnelles. Une note est attribuée à chaque item selon que la réaction n'est jamais observée ou bien rarement, parfois, souvent ou systématiquement observée.

⁴ Site de l'OMS : <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index4.html>, Date de visite : 17 novembre 2016.

- La grille d'évaluation cognitive évalue les compétences cognitives. Elle n'aboutit pas à un quotient intellectuel ou un âge mental, mais à un profil cognitif. Les items de cette grille sont répartis en huit sous-échelles : les capacités sensorielles, les capacités attentionnelles, la mémoire, les capacités verbales et communicatives, le raisonnement, les capacités spatiales, l'apprentissage et les capacités socio-émotionnelles. Une note est attribuée à chaque item selon le même principe que pour la grille de réactivité. Les scores bruts recueillis pour chaque sous-échelle sont convertis en scores normés allant de 1 à 10. Ceux-ci sont ensuite placés sur un graphique dessinant le profil cognitif du patient.

L'ensemble des grilles remplies donne des profils différents de l'enfant selon les observateurs, ce qui aboutit à une discussion entre les différents professionnels et les parents. Cela permet de savoir quelles compétences l'enfant montre selon les situations.

Actuellement, une version du P2CJP adaptée aux adultes est en cours d'élaboration.

3) La déficience intellectuelle dans le cadre du polyhandicap

Selon George Saulus, la déficience intellectuelle des personnes polyhandicapées est liée à l'atteinte neurologique massive qui entrave le fonctionnement du cerveau ainsi qu'aux difficultés de gestion des flux sensoriels (SAULUS G., 2008).

Selon André Bullinger, le milieu alimente l'activité cognitive (BULLINGER A., 2004). Chez les personnes polyhandicapées, les expériences sensori-motrices qui sont à la base de la construction de la pensée sont limitées par leurs troubles moteurs et sensoriels. Les difficultés de gestion des flux sensoriels et de pare-excitation entravent l'exploration des objets et la prise de sens des éprouvés corporels. L'extraction d'invariant à partir de ces expériences est donc plus compliquée, ce qui a un impact sur l'émergence de représentations mentales.

4) Les conséquences de la déficience intellectuelle sévère ou profonde

Selon le DSM V⁵, les déficiences intellectuelles sévères ou profondes se traduisent par des acquisitions conceptuelles restreintes (A.P.A, 2016). Les fonctions cognitives telles que la mémoire et l'attention sont altérées. L'accès au langage est peu fréquent et le niveau de compréhension est limité. La communication est essentiellement non-verbale. La participation à des activités sociales, de loisir ou professionnelles est souvent entravée. Enfin, ces degrés de

⁵ Le DSM est l'abréviation de *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder*. C'est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux rédigé par l'Association américaine de psychiatrie.

déficiences intellectuelles entraînent une dépendance importante dans les actes de la vie quotidienne.

IV - Les troubles psychiques

1) Le développement psychique

Le développement du psychisme commence par l'émergence d'un éprouvé entitaire, c'est-à-dire, selon George Saulus, « l'éprouvé d'une entité psycho-corporelle douée d'une certaine stabilité » (SAULUS G., 2008, page 177). Chez les personnes polyhandicapées, les déficiences sévères et multiples entravent cette étape de développement primordiale.

D'après Didier Anzieu, « toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle » (ANZIEU D., 1985, page 119). L'enveloppe corporelle se construit à partir des sensations reçues à la surface de la peau, notamment à travers les soins maternels.

Parallèlement, les interactions de l'enfant avec son entourage ainsi que les expériences sensori-motrices, vont permettre la naissance de la subjectivité grâce, selon André Bullinger, aux « interactions que l'organisme entretient avec son milieu » (BULLINGER A., 2004, page 23).

Chez les personnes polyhandicapées, les difficultés d'intégration sensorielle vont entraver l'émergence d'une enveloppe corporelle contenant et unifiée. Par ailleurs, la déficience intellectuelle et les troubles moteurs vont parfois limiter l'accès à la subjectivité.

2) Les angoisses archaïques

Une défaillance de l'enveloppe corporelle peut engendrer l'apparition d'angoisses psychiques archaïques.

Selon Eric Pireyre, les angoisses archaïques apparaissent chez le nourrisson avant l'émergence du langage (PIREYRE E., 2011). Elles se caractérisent par des éprouvés corporels menaçant l'intégrité corporelle. Ces angoisses sont normalement contenues par l'environnement, notamment par les soins maternels décrits par Donald Winnicott sous les termes de « Holding » et de « Handling » (WINNICOTT, 1971, page 204).

Selon Léa Ramirez, ces angoisses archaïques disparaissent normalement lors du développement grâce au refoulement et aux représentations (RAMIREZ L., 2015). Elles deviennent pathologiques lorsqu'elles persistent.

Il existe plusieurs types d'angoisses archaïques : les angoisses d'effondrement qui sont les plus archaïques, les angoisses de chute, les angoisses de morcellement et les angoisses de vidage et d'intrusion. (PIREYRE E., 2011).

Philippe Chavaroche précise que les modes de défense contre ces angoisses sont le repli autistique, les stéréotypies, l'agressivité, et la projection (CHAVAROCHE P., 2002, page 23). Ces comportements sont parfois rencontrés chez les personnes polyhandicapées.

3) Les stades psychocomportementaux de George Saulus

George Saulus distingue trois stades psychocomportementaux selon la qualité de la constitution du Moi et l'importance des troubles cognitifs et psycho-affectifs (SAULUS G., 2008).

a) Le profil I

Le profil I est caractérisé de « syndrome tonico-moteur ». Il se traduit par une irritabilité des flux sensoriels en lien avec des difficultés de pare-excitation qui ont un impact sur l'efficacité de la fonction alpha⁶. Les flux sensoriels sont indifférenciés et la réponse se traduit uniquement par une réaction d'alerte, correspondant le plus souvent à une hypertonie généralisée en hyper-extension. La motricité est désorganisée, massive, globale et indifférenciée. Elle est uniquement tournée vers le corps propre et non vers l'environnement et ne permet pas l'émergence d'une motricité plus complexe. Les réactions tonico-émotionnelles sont importantes et constituent le seul moyen d'expression. L'intention de communication est peu marquée et les émotions de plaisir et de déplaisir peu différenciées. Le profil I se caractérise enfin par des angoisses corporelles majeures dues à des difficultés d'émergence d'un éprouvé entitaire en lien avec les difficultés de gestion des flux sensoriels. On observe également une non-acquisition des compétences cognitives premières et une fluctuation de la vigilance.

b) Le profil II

Le profil II correspond au stade psychocomportemental succédant au stade I. Des capacités de discrimination des flux sensoriels se mettent en place ce qui permet l'extraction d'invariants qui vont nourrir l'activité psychique et cognitive. La motricité est intentionnelle et dirigée vers l'environnement qui devient un nouveau centre d'intérêt. Le corps devient un

⁶ La fonction alpha est un concept introduit par Wilfred Ruprecht Bion en 1979. Elle désigne la capacité de la mère à transformer les éprouvés corporels en contenus psychiques assimilables par l'enfant afin d'alimenter la vie psychique de celui-ci. (BION WR., 1979)

instrument d'action sur l'environnement. Les émotions de plaisir et de déplaisir sont différenciées et les réactions toniques les accompagnant sont plus modérées. Une intention de communiquer est présente et la présence d'une tierce personne est remarquée et appréciée. Le sourire adressé apparaît. D'un point de vue cognitif, la mémoire devient plus efficace et des activités de comparaison deviennent possibles. L'attention sélective est acquise. Au niveau psychique, des angoisses de morcellement persistent généralement.

c) Le profil III

Le profil III de George Saulus, succède au stade II et représente le niveau le plus élevé de développement dans le cadre du polyhandicap. L'extraction d'invariants est bien mise en place. Elle permet des capacités d'apprentissage. La permanence de l'objet est acquise et les liens de causalité sont perçus. Au niveau cognitif, les capacités d'attention sélective, de comparaison et d'attention se renforcent. L'attention conjointe se met en place. Un début d'activité symbolique peut apparaître. Au niveau émotionnel, des capacités de partage émotionnel et d'accordage affectifs émergent. Un début de communication par désignation peut se mettre en place ainsi qu'un code pour dire « oui » ou « non » et la capacité de choix.

V - Les troubles somatiques

Les troubles somatiques sont fréquents chez les personnes polyhandicapées. Les troubles alimentaires, respiratoires, cutanés ou encore l'épilepsie sont les troubles le plus souvent rencontrés. (DEROUILLE C., 2013)

1) Les troubles alimentaires

Les troubles alimentaires les plus fréquemment retrouvés chez les personnes polyhandicapées sont les troubles de la déglutition, la dénutrition et/ou la déshydratation, les reflux gastro-œsophagiens et les troubles du transit.

a) Les troubles de la déglutition

Les troubles de la déglutition se caractérisent par une incoordination globale de la déglutition entraînant des fausses routes. Ils peuvent avoir des origines multiples notamment un trouble du réflexe de déglutition, une hypotonie de la sphère buccale ou encore des troubles des praxies oro-faciales. Les repas durent très longtemps et sont très coûteux en énergie pour la personne polyhandicapée. De plus, les fausses routes favorisent les infections respiratoires chroniques.

Les troubles de la déglutition peuvent être améliorés par une meilleure position lors des repas, en particulier celle de la tête, et par une adaptation des textures.

b) La dénutrition et la déshydratation

La dénutrition et la déshydratation sont dues à des difficultés de prise alimentaire. Les troubles de la déglutition sont parfois tels qu'ils ne permettent plus un apport calorique et hydrique suffisant.

c) La gastrostomie

Lorsque les troubles de la déglutition de la personne polyhandicapée deviennent trop importants et mettent en jeu le pronostic vital (infections respiratoires fréquentes, dénutrition, déshydratation), une gastrostomie peut être envisagée. Elle consiste en l'« ouverture chirurgicale de la paroi antérieure de l'estomac (en général au niveau de la poche à air) avec abouchement à la paroi abdominale antérieure, permettant ainsi l'apport direct de nourriture » (KERNBAUM S., 1975, page 422). L'estomac est ainsi relié à une sonde dans laquelle peut être introduite une alimentation sous forme liquide.

d) Les reflux gastro-œsophagiens

Les reflux gastro-œsophagiens sont très fréquents et sources de douleurs importantes. Ils sont souvent à l'origine de vomissements et d'œsophagites. Ils peuvent être traités de manière médicamenteuse ou par un geste chirurgical.

e) Les troubles du transit

Les troubles du transit sont en général dus à l'immobilité fréquente des personnes polyhandicapées, à une hydratation insuffisante ou encore à la prise de certains traitements médicamenteux. De meilleurs apports alimentaires et une hydratation suffisante peuvent les améliorer. La verticalisation grâce aux coques de verticalisation favorise également le transit.

2) Les troubles respiratoires

Les troubles respiratoires sont caractérisés le plus souvent par une insuffisance respiratoire due à la faiblesse des muscles respiratoires, aux infections respiratoires chroniques, ainsi qu'aux déformations orthopédiques touchant la cage thoracique.

Les infections respiratoires chroniques sont liées aux fausses routes qui ont lieu lors de la déglutition ou aux fausses routes salivaires. De plus, les muscles expirateurs sont souvent faibles rendant la toux difficile.

Les déformations du rachis entraînent parfois des compressions pulmonaires diminuant alors la capacité respiratoire.

3) Les troubles cutanés

Les personnes polyhandicapées peuvent souffrir de troubles cutanés dont les plus fréquents sont les escarres. Ceux-ci sont liés à leur faible mobilité ou à un état trophique qui n'est pas optimal provoquant alors une fragilité cutanée. Une salivation importante est aussi la cause d'irritations cutanées.

Les déformations orthopédiques favorisant un appui supérieur sur certaines parties du corps peuvent aussi être responsables de troubles cutanés. Enfin, pour les personnes portant des appareillages, l'état cutané est à surveiller car les attelles ou corsets génèrent parfois des blessures.

4) L'épilepsie

Parmi les personnes polyhandicapées, 40 à 50 % souffriraient d'épilepsie (GEORGES-JANET L., 1996, page 203).

a) Définitions

L'épilepsie est une « maladie chronique définie par : la survenue d'au moins une crise épileptique ; une prédisposition cérébrale durable à générer des crises [...] ; des conséquences neurobiologiques, neuropsychologiques, sociales et psychiatriques » (C.E.N, 2005, page 187).

La crise d'épilepsie est un « ensemble de manifestations cliniques brutales, imprévisibles, transitoires, qui résultent de l'hyperactivité paroxystique d'un réseau de neurones corticaux ou cortico-sous-corticaux hyperexcitable et de son éventuelle propagation » (C.E.N, 2005, page 186). Elle peut se caractériser par « une modification rapide de l'état de conscience et/ou des phénomènes moteurs et/ou sensitifs, sensoriels, psychiques, végétatifs, et/ou cognitifs » (C.E.N, 2005, page 186).

On distingue les crises épileptiques généralisées, les crises épileptiques partielles et les états de mal épileptique. (C.E.N., 2005)

- Les crises généralisées touchent l'ensemble du cortex cérébral. Elles se manifestent par une perte de connaissance de courte durée et des signes moteurs comme des contractions toniques, des myoclonies ou des absences.
- Les crises partielles affectent une partie limitée du cortex cérébral et n'entraînent pas d'altération de la conscience. Les signes cliniques dépendent de la région cérébrale touchée : signes moteurs, sensitifs ou sensoriels, végétatifs, ou encore psychiques. Il arrive qu'elles s'étendent ensuite à l'ensemble du cerveau.
- L'état de mal épileptique se caractérise par « la répétition rapprochée de crises récurrentes, avec persistance pendant la phase intercritique d'une altération de la conscience et/ou de signes neurologiques traduisant un épuisement neuronal des aires corticales spécifiques impliquées dans les décharges électriques » (C.E.N, 2005, page 208). L'état de mal épileptique peut être convulsivant ou non. Il s'agit d'une urgence médicale.

Les personnes polyhandicapées peuvent présenter un ou plusieurs types de crises épileptiques. La fréquence des crises épileptiques est variable en fonction des personnes selon que l'épilepsie est stabilisée ou non par un traitement médicamenteux.

b) Les causes de l'épilepsie

Les causes de l'épilepsie sont multiples (C.E.N., 2005). Dans le cadre du polyhandicap, l'épilepsie est le plus souvent symptomatique, c'est-à-dire liée à l'existence d'une lésion cérébrale. Les syndromes épileptiques dont les plus connus sont le syndrome de West ou le syndrome de Lennox-Gastaut font partie de l'épilepsie symptomatique.

L'épilepsie peut également être indépendante d'une lésion neurologique. Il s'agit d'une épilepsie idiopathique. Une origine génétique est généralement trouvée.

L'épilepsie dont on ne connaît pas la cause est dite cryptogénique.

Certains facteurs favorisent l'apparition d'une crise d'épilepsie : un mauvais suivi du traitement antiépileptique, le manque de sommeil, le stress, les émotions violentes et une stimulation sensorielle excessive, notamment lumineuse.

Chez les personnes polyhandicapées, l'ensemble de ces causes peut exister et se combiner rendant leur traitement souvent complexe. Les facteurs favorisant les crises d'épilepsie chez certains patients doivent être identifiés afin de les éviter autant que possible.

c) Le traitement de l'épilepsie

Les personnes polyhandicapées bénéficient la plupart du temps d'un traitement à base d'un ou plusieurs antiépileptiques afin de réduire, voire de faire disparaître, les crises épileptiques. Dans certains cas, l'épilepsie est dite pharmaco-résistante, c'est-à-dire que les traitements médicamenteux ne permettent pas de contrôler la maladie épileptique. Le patient continue ainsi à faire, plus ou moins régulièrement, des crises d'épilepsie.

VI - Les troubles sensoriels

1) Les troubles de la vision

Les troubles de la vision touchent environ 40 % des personnes polyhandicapées (GEORGES-JANET L., 1996, page 204). Ils peuvent concerner l'acuité visuelle, l'oculomotricité ou encore le traitement cérébral des informations visuelles. Leur objectivation par des examens médicaux est possible, mais nécessite parfois une anesthésie générale.

- Les troubles de l'acuité visuelle les plus fréquemment rencontrés sont la myopie, l'hypermétropie, et l'astigmatisme. Ils sont liés à des anomalies des structures du globe oculaire permettant la réception des stimuli visuels. Ils sont généralement traités par des verres correcteurs.

- Les troubles oculomoteurs sont dus à des anomalies du contrôle des muscles oculomoteurs. Les pathologies les plus fréquentes sont la diplopie, le strabisme, le nystagmus, ou encore les troubles de la poursuite visuelle.

- Chez les personnes polyhandicapées, les lésions cérébrales peuvent toucher les lobes occipitaux et entraîner des perturbations de la conduction de l'influx nerveux véhiculant les informations visuelles transmises par la rétine. On parle d'atteinte neuro-visuelle. Elle se traduit par une perte totale ou partielle de la vue selon l'atteinte cérébrale.

D'autres atteintes visuelles comme les cataractes, les malformations oculaires ou les atteintes rétiniennes sont parfois rencontrées chez les personnes polyhandicapées, de manière plus fréquente que dans la population générale.

2) Les troubles de l'audition

Chez les personnes polyhandicapées, les troubles de l'audition sont moins fréquents que les troubles visuels. Ils sont cependant plus compliqués à diagnostiquer. (GEORGES-JANET L., 1996).

On distingue les surdités en fonction de la nature de l'atteinte auditive et du degré de perte auditive.

- Les surdités de transmission résultent de l'atteinte de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne tandis que les surdités de perception sont la conséquence d'une atteinte de l'oreille interne ou des voies auditives nerveuses. Le message sonore est diminué et déformé par des distorsions sonores temporelles et fréquentielles. Il existe également des surdités mixtes.

- L'évaluation du degré de la perte auditive est réalisée grâce à une audiométrie tonale. Une audition normale ou subnormale se traduit par un seuil auditif qui se situe entre 0 et 20 décibels. Une surdité légère correspond à une perte auditive de 20 à 40 décibels. Une surdité moyenne est définie par une perte auditive comprise entre 40 et 70 décibels. Une surdité sévère est caractérisée par une perte auditive qui se situe entre 70 et 90 décibels. Enfin, la surdité profonde se traduit par une perte auditive supérieure à 90 décibels.

3) L'impact des troubles sensoriels sur le plan psychomoteur

D'après André Bullinger, l'absence d'un flux sensoriel entrave le phénomène de co-variation qui consiste à mettre en relation plusieurs flux sensoriels pour créer des représentations mentales (BULLINGER A., 2004). Ainsi, les difficultés de traitement des informations sensorielles entravent la création de représentations mentales. De plus, ces déficits sensoriels ont un impact sur la manipulation des objets et l'appréhension de l'environnement. Il en résulte un appauvrissement des expériences sensori-motrices.

4) Les difficultés de gestion des flux sensoriels

Des difficultés de gestion des flux sensoriels sont souvent présentes chez les personnes en situation de polyhandicap. Les principaux flux sont les flux gravitaires, tactiles, olfactifs, sonores et visuels. Les personnes polyhandicapées peuvent réagir de manière exagérée à la perception d'un flux, on parlera alors d'hyper-sensibilité. Au contraire, elles peuvent être hypo-sensibles à certains flux. Cela dépend de la sensibilité du capteur et de la capacité de contrôle des flux sensoriels.

La non-maîtrise d'un flux se caractérise par l'impossibilité pour les personnes polyhandicapées à s'habituer à un flux en lien avec la précarité de leur équilibre sensori-tonique et de leur déficience intellectuelle. Les personnes polyhandicapées sont alors souvent désorganisées par leurs perceptions sensorielles. Ceci se traduit par une auto-stimulation lorsque le flux sensoriel est trop faible, tandis qu'une sur-stimulation provoque une décharge tonique. Ces difficultés vont avoir un impact sur la fonction cognitive.

VII - Les autres troubles psychomoteurs

1) La structuration spatio-temporelle

« La structuration spatio-temporelle est une donnée majeure d'une adaptation favorable de l'individu. Elle lui permet non seulement de se mouvoir et de se reconnaître dans l'espace, mais aussi d'enchaîner ses gestes, de coordonner son activité et d'organiser sa vie quotidienne. » (COSTE JC., 1977, page 72).

a) L'espace

La motricité est à l'origine de la représentation de l'espace. A la naissance, le bébé a une perception de l'espace morcelée. D'après les travaux d'André Bullinger, c'est le passage d'une posture asymétrique à une autre qui permet l'unification des espaces droit et gauche et l'émergence de l'espace de préhension (BULLINGER A., 2004). Parallèlement, la construction de l'axe corporel permet d'acquérir des repères spatiaux.

Chez les personnes polyhandicapées, les troubles tonico-posturaux et moteurs diminuent les possibilités d'exploration de l'espace ce qui a des répercussions sur la perception spatiale et l'investissement de l'environnement.

Par ailleurs, souvent, la déficience intellectuelle des personnes polyhandicapées ne permet pas l'accès à la représentation spatiale. Ces personnes peuvent rester centrées sur les sensations procurées par les mouvements et n'ont pas toujours accès à l'effet spatial du geste.

b) Le temps

La structuration temporelle s'acquiert grâce à la perception rythmique et à la motricité. Chez les personnes polyhandicapées, la déficience intellectuelle et les difficultés de perception peuvent entraver la compréhension des premiers rythmes tels que veille/sommeil, faim/satiété, inactivité/action et présence/absence. La perception de la temporalité du geste est également

impactée par les troubles moteurs. Enfin, l'accès aux représentations mentales et au langage étant restreint, l'orientation et la structuration temporelles sont rarement acquises.

2) Les représentations corporelles

a) Le schéma corporel

Le schéma corporel est la représentation que chacun de se fait de son corps à partir des informations sensorielles et sensitives (CARRIC J-C, 2001). Les flux visuels, vestibulaires et proprioceptifs et tactiles générés par le mouvement donnent des informations sur la position du corps dans l'espace. Selon André Bullinger, les expériences sensori-motrices permettent d'avoir une première représentation de l'organisme en action (BULLINGER A., 2004).

Chez les personnes polyhandicapées, les troubles moteurs diminuent les mouvements volontaires. Ils sont souvent coûteux, voire minimes. Les sensations du corps en mouvement nourrissant le schéma corporel sont donc diminuées et l'exploration visuelle du corps souvent limitée. Les difficultés d'intégration des perceptions corporelles participent également à l'appauvrissement du schéma corporel.

Par ailleurs, la déficience intellectuelle des personnes polyhandicapées et la fréquente absence de langage entravent l'apprentissage des somatognosies et l'émergence d'une représentation mentale du corps.

b) L'image du corps

L'image du corps est la représentation psychique du corps. D'après Jean-Claude Carric, il s'agit d'une représentation du corps liée aux affects et aux émotions (CARRIC JC., 2001, page 85). Selon Françoise Dolto, celle-ci est inconsciente mais peut devenir consciente sous certaines conditions (DOLTO F., 1984). Chez les personnes polyhandicapées, les représentations mentales sont compliquées à élaborer. Il est donc difficile de savoir si elles ont une représentation psychique de leur corps.

3) La communication et la relation

Souvent, la déficience intellectuelle importante ne permet pas l'accès au langage verbal. Ces personnes s'expriment donc difficilement. La communication est généralement non-verbale. De plus, elle est souvent limitée par les troubles du tonus et les difficultés motrices qui ne permettent pas toujours de réaliser des gestes significatifs. Des méthodes de communication

sont parfois mises en place par les orthophonistes ou les ergothérapeutes. Il peut s'agir de pictogrammes, de photos, du oui-paupières, etc.

Cette seconde partie m'a permis de présenter les différentes déficiences des personnes polyhandicapées et de préciser leur impact sur le plan psychomoteur. Je vais désormais définir ce qu'est un bilan psychomoteur et décrire son déroulement et ses objectifs.

C - LE BILAN PSYCHOMOTEUR

I - Définition du bilan psychomoteur

Le décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice précise que le psychomotricien est habilité à réaliser des bilans psychomoteurs sur prescription médicale.

De nombreux termes sont utilisés pour désigner le bilan psychomoteur : examen psychomoteur, évaluation psychomotrice, observation psychomotrice... Le bilan psychomoteur désigne la situation pendant laquelle le psychomotricien réalise un examen psychomoteur précédé par un entretien et terminé par une conclusion.

II - Le déroulement du bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur comprend plusieurs temps : un entretien, un examen psychomoteur et un temps de conclusion. Il se déroule généralement sur deux ou trois séances.

1) L'entretien

L'entretien permet de faire l'anamnèse du patient, du périnatal à aujourd'hui. L'histoire de son développement psychomoteur, des troubles et de leur évolution sera abordée. Les antécédents personnels et médicaux pourront aussi être demandés. Le but est de connaître au mieux le patient, son environnement, ses difficultés. Enfin, le motif de consultation en psychomotricité et l'origine de la demande pourront être précisés.

Lors de l'entretien, les questions peuvent être adressées au patient ou à ses parents ou son tuteur selon ses capacités.

L'entretien peut également permettre d'observer le patient lors d'une activité spontanée, seul, ou en relation avec ses parents ou le psychomotricien en dehors de toute situation d'examen psychomoteur.

2) L'examen psychomoteur

L'examen psychomoteur consiste à étudier l'ensemble des fonctions psychomotrices d'un patient afin de vérifier leur normalité ou d'observer des anomalies ou des retards dans le but d'établir un diagnostic psychomoteur.

Les domaines testés lors du bilan psychomoteur sont : la fonction motrice, les praxies et les gnosies, le schéma corporel, la latéralité, la structuration spatiale et temporelle ainsi que les capacités tonico-émotionnelles (VAIVRE-DOURET L., 2015).

Cet examen psychomoteur peut se réaliser, selon les capacités du patient, de deux manières : par une évaluation psychomotrice ou par une observation psychomotrice.

a) L'évaluation psychomotrice

L'évaluation psychomotrice se caractérise par la passation de tests standardisés évaluant différents domaines psychomoteurs. L'objectif de ces tests est de comparer les compétences psychomotrices d'une personne à une norme établie selon un âge.

b) L'observation psychomotrice

L'observation psychomotrice consiste, elle, à rechercher un certain nombre de compétences chez un sujet. L'ensemble des domaines psychomoteurs est également étudié dans le but de comprendre l'organisation psychomotrice du patient. Les résultats de cette observation ne sont pas toujours comparés aux résultats attendus pour l'âge du sujet.

3) La conclusion

La conclusion du bilan psychomoteur se caractérise par la rédaction d'un compte-rendu par le psychomotricien ayant réalisé le bilan psychomoteur. Celui-ci est placé dans le dossier médical du patient.

Le compte-rendu consiste à décrire les compétences psychomotrices qui ont pu être observées puis à les analyser pour déterminer la problématique psychomotrice du patient. En fonction des résultats de l'examen psychomoteur, une prise en charge en psychomotricité peut être proposée. Un projet thérapeutique sera alors élaboré et les modalités de la prise en charge (lieu, durée, fréquence, objectifs) seront déterminées. Le psychomotricien peut également orienter le patient et sa famille vers d'autres professionnels afin de réaliser des bilans complémentaires.

III - Les objectifs du bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur a pour objectif de créer un premier lien thérapeutique, de réaliser un examen psychomoteur et de cerner la problématique psychomotrice du patient.

1) Créer un premier lien thérapeutique

Le bilan psychomoteur permet de recevoir le patient pour la première fois en psychomotricité. Selon Christian Ballouard, le bilan psychomoteur est « un moteur de cette prise de contact qui pose les éléments de la relation » (BALLOUARD C., 2003, page 24).

Les premières séances du bilan psychomoteur permettent de créer une alliance thérapeutique avec le patient. L'alliance thérapeutique est un concept introduit par Sigmund Freud en 1913 (FREUD S., 1913). Selon Ludovic Gadeau, il s'agit « d'un lien spécifique premier pouvant maintenir le patient attaché à son thérapeute et à son traitement » (GADEAU L., 2002, page 137). Didier Houzel, qui a également défini cette notion, précise que l'adhésion du patient au processus thérapeutique « permet au patient d'entrevoir un autre mode de fonctionnement » (HOUZEL D., GEISMANN C., 2000, page 154).

Ainsi, selon Catherine Potel, le bilan psychomoteur « poserait les bases du lien relationnel qui va soutenir le patient dans une dynamique de changement » (POTEL C., 2010, page 229).

2) Réaliser un examen psychomoteur

L'examen psychomoteur permet de faire un état des lieux des compétences du patient et de comprendre son organisation psychomotrice. C'est un moment de relation duelle privilégié qui permet d'avoir une attention particulière au patient et d'effectuer une évaluation ou une observation fine de ses potentialités et de ses difficultés.

Christian Ballouard écrit : « le bilan psychomoteur permet au sujet de montrer et/ou de signifier au thérapeute ses difficultés et ses possibilités, ses échecs et ses réussites » (BALLOUARD C., 2003, page 25). Cela permet de déterminer ses potentialités.

Lors de l'examen, le patient montre ce qu'il a envie de montrer et cela dépend principalement de l'alliance thérapeutique qui s'est créée et du cadre du bilan qui doit être contenant et sécurisant afin de permettre au patient d'exprimer ses compétences.

3) Cerner la problématique psychomotrice

Selon Jean-Michel Albaret et Régis Soppelsa, lors de la rencontre avec un patient dans le cadre d'un examen psychomoteur, deux questions sont à se poser : « Que sait-il faire ? » et « Pourquoi n'y arrive-t-il pas ? » (POTEL C., 2010).

Ainsi, le bilan psychomoteur va permettre de connaître les domaines dans lesquels le patient a des difficultés et de cerner son organisation psychomotrice afin de déterminer un diagnostic psychomoteur. A partir de ce diagnostic, des axes thérapeutiques de prise en charge pourront être élaborés.

IV - La création d'un cadre thérapeutique

La création d'un cadre thérapeutique contenant et sécurisant est importante, notamment dans le cadre d'un bilan psychomoteur. Selon Catherine Potel, le cadre thérapeutique est « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (POTEL C., 2010, page 321). Ce cadre thérapeutique matérialise l'espace et le temps de rencontre. Il a pour fonction de contenir ce qui est vécu d'un point de vue psychocorporel et d'instaurer des limites entre un dedans et un dehors. Ainsi, un cadre sécurisant et contenant peut offrir au patient un lieu propice aux expériences sensori-motrices et l'élaboration psychocorporelle. Dans le cas du bilan psychomoteur, il peut favoriser l'expression des compétences du patient.

V - La réalisation d'un nouveau bilan psychomoteur

La réalisation d'un nouveau bilan psychomoteur permet de retracer l'évolution du patient. Pour George Saulus, c'est également un moyen d'améliorer la prise en charge du patient, de prendre du recul sur les modalités de prise en charge et leurs pertinences et de se poser des questions à propos du patient (SAULUS G., 2007).

Dans le cadre d'une évaluation psychomotrice, le retest des tests psychomoteurs doit être espacé d'au moins six mois.

Généralement, un nouveau bilan psychomoteur est réalisé tous les ans ou lorsqu'il semble pertinent d'arrêter la prise en charge psychomotrice.

PARTIE CLINIQUE

A - PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE DE STAGE

I - Présentation de la maison d'accueil spécialisée

La maison d'accueil spécialisée (MAS) dans laquelle j'ai réalisé mon stage long de troisième année a une capacité d'accueil totale de quarante-quatre résidents polyhandicapés. Ces adultes sont présents, par roulement, trois semaines en externat, de 9h15 à 16h15, et une semaine en internat. En effet, la MAS dispose d'un internat pouvant accueillir onze patients.

Les résidents sont répartis sur quatre unités de vie. Onze résidents sont présents sur chaque unité. Les groupes sont constitués selon l'orientation du projet personnalisé du patient. Chaque unité est différenciée par une couleur (rouge, bleue, verte et violette) et par son projet (autonomie, stimulation basale, sensori-motricité et stimulation sensorielle). Les groupes d'internat sont, eux, composés de résidents des différentes unités afin qu'ils soient homogènes.

II - L'équipe pluridisciplinaire

Une équipe pluridisciplinaire travaille dans cette maison d'accueil spécialisée afin de proposer une prise en charge adaptée aux résidents, de jour comme de nuit.

Sur chaque unité sont présents en journée un éducateur spécialisé, un moniteur éducateur et deux aides médico-psychologiques. Cette équipe propose des activités éducatives et assure les soins de la vie quotidienne.

Les soins médicaux sont réalisés par un médecin généraliste présent 8h30 par semaine et par deux infirmières.

Pendant la journée, les résidents peuvent bénéficier de prises en charge individuelles ou groupales par un psychologue, une kinésithérapeute travaillant à 80 %, deux psychomotriciennes, deux ergothérapeutes présents à mi-temps et un ostéopathe travaillant également à mi-temps.

L'équipe de nuit, composée d'une infirmière et d'une aide médico-psychologique, assure les soins des résidents internes.

L'équipe pluridisciplinaire est dirigée par une directrice et deux chefs de service. L'institution comprend également une comptable, une assistante des ressources humaines, un technicien et deux secrétaires médico-sociales.

III - Le déroulement d'une journée type

1) L'accueil

Les résidents externes arrivent à 9h15. Ils sont véhiculés depuis leur domicile à la MAS par des chauffeurs. Chaque chauffeur est en charge de quatre à cinq patients. A 9h15, les équipes viennent les accueillir à la sortie des véhicules pour les emmener vers leurs unités respectives. Dans leur unité, ils reçoivent une collation et l'équipe éducative consulte les classeurs servant aux transmissions entre les résidents et leurs familles⁷.

Les jeunes adultes internes arrivent dans leur unité à 10h et suivent ensuite la même journée que les résidents externes.

2) Les temps de prise en charge et d'activité

Entre 9h30 et 11h30 puis entre 13h30 et 16h, chaque patient, selon son projet thérapeutique et son emploi du temps, est pris en charge par l'équipe paramédicale ou participe aux activités proposées au sein de son unité. Ces activités peuvent être menées par l'équipe éducative (conte sensoriel, atelier motricité, percussion, pétanque adaptée,...) ou co-animées par des membres de l'équipe paramédicale ou des intervenants extérieurs (conte animé, stimulation basale,...).

3) Le temps du repas

Les jeunes adultes prennent leur repas avec les différentes équipes. En effet, du fait de leur handicap, les résidents ont pour la plupart besoin d'un accompagnement individualisé lors des repas. Ainsi, chaque professionnel est en charge d'un ou plusieurs adultes selon leur autonomie. Les différents professionnels déjeunent donc en même temps que les jeunes adultes, ce qui permet de faire du temps du repas, un moment convivial et de partage.

Les résidents pouvant prendre leur repas de manière autonome mangent dans la salle de restauration de l'internat, tandis que ceux ayant besoin d'un accompagnement déjeunent dans les salles à manger du rez-de-chaussée.

⁷ Le fonctionnement des classeurs de transmission sera expliqué à la page 47.

4) La fin de journée

A la fin de la journée, les jeunes adultes reçoivent une collation et les classeurs de transmission sont remplis par l'équipe éducative.

A 16h, les résidents internes rentrent à l'internat tandis que les externes sont préparés pour être ramenés à leur domicile par les chauffeurs conduisant des véhicules adaptés.

IV - Le projet thérapeutique

Chaque année, le projet thérapeutique des résidents est mis à jour afin de veiller à ce que la prise en charge proposée par la maison d'accueil spécialisée soit adaptée aux besoins du jeune adulte. Pour cela, plusieurs temps de réunion de l'équipe pluridisciplinaire sont organisés.

1) Le bilan des professionnels

Chaque résident possède deux référents éducatifs et un référent dans chaque profession médicale et paramédicale. Ainsi, chaque psychomotricienne est référente d'un certain nombre de patients qu'elle ne prend pas forcément en séance. Elle doit suivre le projet individualisé et l'évolution du résident au sein de la structure afin de faciliter une éventuelle prise en charge en psychomotricité si le besoin est ressenti par l'équipe pluridisciplinaire.

Une fois par an, chaque professionnel référent rédige un compte-rendu de sa prise en charge avec le jeune adulte qui sera lu lors de la réunion de projet du patient concerné. Ce compte-rendu a pour objectif d'informer l'équipe pluridisciplinaire de l'évolution du résident et du travail réalisé.

2) La réunion de projet

La réunion de projet est une réunion annuelle organisée pour chaque résident. Elle permet la rédaction d'un projet de soins individualisé. Celui-ci énonce les objectifs des ateliers et des prises en charge auxquels le résident participera au cours de l'année suivante.

Cette réunion a pour but d'aboutir à de nouveaux moyens pour faire progresser le résident et d'évaluer les ateliers et les prises en charge qui semblent pertinents ou au contraire ceux qui ne seront pas poursuivis l'année suivante. Cette réflexion autour du jeune adulte est réalisée avec l'ensemble de ses professionnels référents.

3) La réunion de synthèse

Lors de la réunion de synthèse, le projet thérapeutique individuel est présenté au résident concerné ainsi qu'à son tuteur légal et à sa famille par la directrice de l'établissement, le médecin généraliste, une infirmière et son éducateur référent.

Cette réunion a lieu environ deux semaines après la réunion de projet. Elle permet d'obtenir l'accord du résident et de son tuteur pour la mise en place du projet individualisé rédigé. Des modifications de celui-ci peuvent être faites avant qu'il soit signé puis mis en œuvre par l'équipe pluridisciplinaire.

4) Le bilan intermédiaire

Le bilan intermédiaire a lieu six mois après la réunion de projet. Cette réunion a pour but d'évaluer la pertinence du projet individualisé mis en place afin d'éventuellement le modifier.

V - Les documents administratifs

1) Le dossier médical

Le dossier médical est le lieu de recueil et de conservation des informations relatives aux soins dispensés par les professionnels de soins. Il contient les compte-rendus des consultations médicales ou des actes médicaux effectués ainsi que les correspondances entre les professionnels de santé. Ce dossier contient également l'ensemble des compte-rendus des prises en charge éducatives et paramédicales, le parcours institutionnel du jeune adulte ainsi que les projets thérapeutiques mis en œuvre depuis son entrée dans l'établissement.

2) Le classeur de transmission

Le classeur de transmission est un moyen de communication entre les familles des résidents et les différents professionnels de l'institution. Il contient des documents administratifs et médicaux. Chaque jour, l'équipe éducative y décrit les activités auxquelles le jeune adulte a participé. Sont également renseignés, les soins du quotidien réalisés (toilettes, repas, suivi du transit, soins infirmiers). Ce classeur est remis à chaque résident tous les soirs afin que la famille puisse le consulter et le remplir à son tour.

B - LE BILAN PSYCHOMOTEUR DE SAMUEL

I - Présentation du patient

1) Renseignements administratifs

Samuel est né le 23 décembre 1994. Il est donc âgé de 22 ans lorsque je le rencontre dans le cadre du bilan psychomoteur. Il vit au domicile de sa mère qui l'élève seule.

2) Renseignements médicaux

Les troubles de Samuel sont apparus dans la petite enfance. La grossesse s'est déroulée normalement et Samuel est né à terme. Cependant, une stagnation du périmètre crânien a été observée entre les âges de quatre et six mois.

Le diagnostic posé est « polyhandicap avec retard psychomoteur et syndrome pyramidal ».

En janvier 1999, on diagnostique à Samuel alors âgé de 4 ans, la maladie de Kawasaki⁸. Les examens révèlent une thrombose⁹ majeure, un hydrocholécyste¹⁰, des complications d'anévrisme¹¹ de la coronaire droite et une coronaire gauche d'aspect irrégulier. Samuel suit un traitement à base d'aspirine et passe une échographie du cœur tous les ans.

En novembre 2000, une imagerie cérébrale montre une atrophie cortico-sous-corticale diffuse sans anomalie spécifique. En 2004, Samuel présente une crise d'épilepsie généralisée tonico-clonique sans récurrence dans un contexte d'apyrexie¹². En 2007, un électro-encéphalogramme révèle un tracé trop lent sans anomalie. En 2009, un complément d'exploration génétique est réalisé, mais n'apporte pas de réponse. En 2010, Samuel fait des malaises non épileptiques récidivants.

⁸ La maladie de Kawasaki est une « maladie du jeune enfant (surtout avant 5 ans) réalisant un syndrome inflammatoire fébrile avec adénopathies, éruption scarlatiniforme, conjonctivite et érythème » (KERNBAUM S., 1975, page 543).

⁹ Une thrombose est « la formation d'un caillot (thrombus) dans l'appareil circulatoire, pendant la vie » (KERNBAUM S., 1975, page 950).

¹⁰ Un hydrocholécyste est une « grosse vésicule biliaire de stase à contenu muqueux clair, liée à une obstruction du canal cystique » (KERNBAUM S., 1975, page 489).

¹¹ Un anévrisme est une « tumeur vasculaire circonscrite, remplie de sang, de caillots organisés ou non, se développant sur le trajet d'une artère, par dilatation de ses parois, et communiquant avec sa lumière » (KERNBAUM S., 1975, page 56).

¹² L'apyrexie est « l'absence de fièvre ». (KERNBAUM S., 1975, page 82).

En 2011, une scoliose thoraco-lombaire modérée à 10° de convexité gauche est observée ainsi qu'une rétraction bilatérale des tendons d'Achille et une rotation externe importante des deux hanches.

Au niveau de son développement psychomoteur, la marche à quatre pattes est acquise à 10 mois et Samuel est capable de marcher avec soutien à l'âge de 10 ans. Il ne prononce pas de mots, mais chantonne parfois selon sa maman.

3) Suivi médical

Au niveau alimentaire, Samuel n'a pas de troubles de la déglutition. Il se nourrit d'aliments en petits morceaux. Il peut saisir les aliments avec ses doigts ou porter la fourchette à sa bouche. Samuel présente un sommeil léger mais n'a pas de difficultés d'endormissement. Pour se déplacer, il est installé dans un fauteuil roulant manuel de type Riocross.

4) Parcours institutionnel

Samuel a été suivi dans un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) à partir de 1995. Il est ensuite admis dans des structures pour enfants de l'association du CESAP de 2003 à 2008.

En 2009, après plusieurs mois à domicile, il est admis dans une structure pour adolescents polyhandicapés dans laquelle il est interne pendant une semaine toutes les trois semaines. Il y restera jusqu'en mars 2014.

En octobre 2014, Samuel est admis en foyer d'accueil médicalisé (FAM) mais il sera retiré de l'établissement en mars 2015 pour suspicion de négligence et restera au domicile jusqu'à son entrée à la MAS.

La visite d'admission à la Maison d'Accueil Spécialisée a eu lieu en novembre 2013 et Samuel est entré dans l'établissement le 6 septembre 2016.

5) Prise en charge

Le projet thérapeutique de Samuel a été réalisé en février 2017.

Sur le plan éducatif, Samuel est accueilli sur l'unité verte, dont l'accompagnement est axé sur la découverte sensorielle. Les objectifs de prise en charge n'ont pas encore été définis car l'équipe éducative souhaite encore affiner ses observations. Samuel est décrit comme un jeune homme curieux et observateur qui s'exprime par des vocalises, des cris et des mimiques.

Il peut dire « maman » et faire « non » de la tête. Il ne porte pas beaucoup d'intérêt aux autres résidents mais peut interpeller ses encadrants. Il différencie les hommes et les femmes et reconnaît son chauffeur. Il aime les lacets et les scratches. Il est sensible et perméable à l'ambiance générale. Il se repère sur l'unité et repère les moments clés de la journée pendant lesquels ses vocalises et ses cris sont nombreux.

Il participe à de nombreux ateliers au sein de son unité : une activité snoezelen-basale, une activité détente, un groupe d'exploration sensorielle avec ma maître de stage et ses encadrants et un temps karaoké. Il participe également à un groupe zoothérapie et à une activité judo à l'extérieur de l'institution. Lorsqu'il est interne, des séances de balnéothérapie lui sont proposées.

Samuel est également pris en charge par d'autres professionnels. Il a bénéficié d'un bilan psychomoteur et une observation sur le temps du repas a été réalisée par le psychologue. L'intervention du psychologue avait pour but de trouver des solutions pour que Samuel soit plus serein lors des repas. Il déjeune donc désormais au sein d'une unité avec l'un de ses encadrants ou avec ma maître de stage. L'objectif est de lui donner des repères et d'éviter les moments d'excitation liés aux mouvements.

II - L'indication de prise en charge en psychomotricité

Le bilan psychomoteur est réalisé dans le but de mieux connaître Samuel. Il a pour objectif d'observer ses compétences psychomotrices afin de déterminer si une prise en charge en psychomotricité pourrait lui être bénéfique¹³.

III - La première rencontre

La première rencontre avec Samuel a lieu sur son unité un matin. Avec ma maître de stage, nous allons dans les différentes unités dire bonjour à chaque résident. Lorsque je dis bonjour à Samuel, il est souriant et me serre la main.

Une deuxième rencontre avec Samuel a également eu lieu sur son unité. Il était assis au sol en position tailleur et l'équipe éducative souhaitait le remettre dans son fauteuil. J'ai alors pu observer son comportement lors des transferts. Samuel ne participe pas, il se laisse porter en maintenant ses jambes en position tailleur.

¹³ La grille d'observation de Samuel est située en annexe à la page 110. (Cf supra Annexe II)

IV - La première séance du bilan psychomoteur

Cette première séance a pour objectif d'observer les activités et les objets qui intéressent Samuel. Lorsque nous venons le chercher sur son unité, il est dans son fauteuil roulant. Il est souriant et pousse de grands cris en soulevant son bassin dans un mouvement d'hyper-extension du tronc quand nous lui parlons. Quand nous sortons de l'unité, Samuel devient plus calme et regarde autour de lui. Une fois dans la salle de psychomotricité, il se montre très observateur.

Après un temps d'observation pendant lequel je commente ce qu'il regarde, je lui propose de sortir du fauteuil pour s'asseoir au sol. Je commence par lui demander de soulever ses pieds des cale-pieds. Il ne comprend pas la consigne bien que je sois accroupie au niveau de ses pieds. Puis, avec ma maître de stage, nous l'aidons à se lever en le maintenant au niveau des membres supérieurs. En station debout, son équilibre est précaire et nécessite que je me place dans son dos, les mains posées en haut de son tronc pour l'aider à rester stable. Samuel a un flexum de genoux bilatéral et ses talons ne touchent pas le sol, mais son axe est maintenu bien droit. Il peut avancer en projetant ses pieds vers l'avant, l'un après l'autre. Son centre de gravité est postériorisé. Pour s'asseoir au sol, Samuel se laisse partir en arrière sans plier ses jambes.

Assis sur le tapis, il prend immédiatement la position tailleur et regarde autour de lui. Il regarde l'armoire et essaie d'avancer sur les fesses en position tailleur en projetant son buste vers l'avant tout en gardant ses mains sur ses jambes. Il n'arrive pas à avancer de cette manière sur le tapis. Face à cette difficulté, il ne manifeste pas d'émotions et ne cherche pas de solution. Je lui propose alors un ballon. Il le regarde, le touche du bout des doigts puis se détourne. Il ne manifeste pas d'intérêt pour celui-ci.

Avec ma maître de stage, nous finissons par enlever le tapis sur lequel Samuel est assis afin qu'il puisse se déplacer sur les fesses. Il se dirige alors vers l'armoire. Devant l'armoire, il sort des objets mais ne les manipule pas. A plusieurs reprises, il tourne sur lui-même sur les fesses.

Je lui propose ensuite un tambour. Samuel tape dessus alternativement avec sa main droite et sa main gauche. Il peut attraper une baguette mais ne l'utilise pas pour taper sur le tambour. Il n'imité pas. Samuel cherche à nouveau à vider l'armoire. Il tend le bras vers l'armoire qui est fermée. Il essaie de l'ouvrir en tirant sur les poignées des portes.

Je propose alors à Samuel une boîte contenant différentes matières. Il semble intéressé. Il attrape les objets, les touche puis s'en détourne. Il ne les manipule pas. Il présente une préhension de bonne qualité avec chacune de ses mains. Il peut attraper les objets en utilisant la pince fine et les passer d'une main à l'autre. Il semble apprécier les papiers qui font du bruit quand ils sont froissés.

A la fin de la séance, nous invitons Samuel à se mettre debout pour aller dans son fauteuil. Il se laisse porter en position tailleur. Une fois dans son fauteuil, nous l'accompagnons dans son unité. Dans le couloir, il manifeste son mécontentement en retroussant sa lèvre inférieure et en tapant avec sa main gauche sur son fauteuil.

V - La deuxième séance du bilan psychomoteur

La deuxième séance de bilan psychomoteur de Samuel a lieu une semaine après la première. Elle a pour objectif d'observer la motricité fine et l'exploration sensorielle des objets.

Lorsque je viens le chercher dans son unité avec ma maître de stage, Samuel est dans son fauteuil roulant. Dans le couloir qui mène jusqu'à la salle de psychomotricité, il vocalise beaucoup. Il semble anxieux quand nous entrons dans la salle de psychomotricité. Samuel a de nombreuses réactions tonico-émotionnelles au cours desquelles il crie, sourit, se met en hyper-extension dans son fauteuil et soulève son tee-shirt.

Lorsqu'il semble plus calme, je place une table adaptée devant son fauteuil. Il me regarde l'air méfiant. Je place une balle avec des fils de couleurs sur la table. Après beaucoup d'encouragements, Samuel approche ses mains et la touche du bout des doigts. Je lui propose d'autres balles aux textures différentes. Il ne les touche pas et fait « non » de la tête.

Je place ensuite un bâton de pluie debout sur la table après l'avoir retourné plusieurs fois devant lui. Sur imitation, Samuel fait tomber le bâton de pluie en le poussant du bout des doigts. Après avoir félicité Samuel, je l'encourage à recommencer. Au second essai, il ne pousse pas assez fort pour que le bâton tombe mais il anticipe le bruit important en fermant les yeux.

Je présente ensuite à Samuel un bâton vibrant avec une tête de crocodile. Je l'allume puis l'éteins. Il regarde, le saisit et à son tour l'allume et l'éteint en faisant pivoter le bout du crocodile avec ses mains. Voyant qu'il est intéressé par les manipulations complexes, ma maître de stage lui propose deux pièces à visser. La coordination bi-manuelle est très compliquée.

Samuel tire les pièces mais ne les visse pas. Il ne me regarde pas quand je lui montre comment faire. Il finit par lâcher les objets sur ses genoux.

En fin de séance, ma maître de stage joue d'un instrument de musique appelé Senza. Samuel est attentif et oriente son regard vers la source sonore. Il peut également délier son index pour appuyer sur les touches et jouer quelques notes.

VI - Observation dans l'unité de vie

Avant de réaliser la troisième séance du bilan psychomoteur, j'ai passé un temps dans l'unité de Samuel pendant une activité karaoké. L'ensemble des résidents de l'unité sont rassemblés autour de l'ordinateur et les chansons défilent.

Samuel pousse des cris forts, aigus, à de multiples reprises. Il est distrait par le moindre mouvement dans l'unité et très sensible aux émotions des personnes qui l'entourent. Il présente de nombreuses réactions tonico-émotionnelles et semble être en permanence dans un état de vigilance.

VII - La troisième séance du bilan psychomoteur

La troisième séance a lieu une semaine après la précédente. Elle a pour objectif d'observer les compétences motrices globales de Samuel.

Avec ma maître de stage, nous aidons Samuel à s'installer au sol. Soutenu au niveau des membres supérieurs, il pousse sur ses pieds, se lève, puis fait quelques pas jusqu'au tapis.

Sur le tapis, Samuel s'assoit en tailleur. Il regarde beaucoup autour de lui. Face au miroir, il ne réagit pas. Je m'allonge alors au sol et je lui demande de m'imiter. Après beaucoup d'encouragements, Samuel se place sur son côté droit. Il peut se placer en décubitus ventral et dorsal après plusieurs inductions au niveau de son bassin. Les retournements du ventre au dos sont réalisés de manière autonome. Sur le dos, Samuel replie ses jambes en tailleur dès que je cherche l'extension de celles-ci.

Lorsque Samuel est sur le ventre, je lui propose des appuis au niveau de ses pieds afin qu'il puisse essayer de ramper. Samuel essaie de pousser sur mes mains avec ses pieds mais il n'avance pas. Après beaucoup d'essais et de lutte au sol avec Samuel, je réussis à lui faire prendre la position quatre pattes. Cette position a été compliquée à mettre en place car Samuel

allait à l'encontre de mes inductions. En position quatre pattes, Samuel redresse sa tête pour regarder devant lui et bien qu'il y ait un objet qu'il convoite devant lui, il n'avance pas.

J'annonce la fin de la séance à Samuel alors que nous sommes toujours au sol. J'approche son fauteuil roulant du tapis. Samuel se met alors sur le ventre puis à quatre pattes de manière autonome. Soutenu au niveau des membres supérieurs en position genoux dressés, il utilise la position chevalier servant et pousse sur ses pieds. Une fois assis dans son fauteuil, il peut pousser sur ses pieds et ses bras pour s'asseoir bien au fond de celui-ci.

VIII - La quatrième séance du bilan psychomoteur

Cette séance a lieu un mois après la précédente à cause des vacances scolaires. Elle a pour objectif d'observer les réactions de Samuel à différentes stimulations sensorielles, de voir s'il reconnaît son image dans le miroir et s'il a acquis la permanence de l'objet.

Samuel est assis dans son fauteuil roulant. Je lui propose de sentir des odeurs. Lorsque j'approche le pot de son visage, Samuel tourne sa tête, se met en hyperextension dans son fauteuil et fait « non » de la tête. Je sens l'odeur alors qu'il me regarde et je lui propose à nouveau l'odeur mais il réagit de la même manière. Il semble angoissé quand j'approche un objet de son visage donc je décide d'arrêter.

Je sors une balle colorée à poils longs. Samuel saisit la balle quand elle est posée sur une chaise à côté de son fauteuil et non quand je la lui tends. Il la touche puis la lâche sur ses genoux. Je passe ensuite une balle à picot sur le bas de ses cuisses. Il ne réagit pas et semble distrait par ce qu'il voit par la fenêtre. Les rideaux fermés, je continue avec la balle à picot. Samuel est à nouveau disponible et regarde mes mains mais n'a pas de réaction particulière. Je réalise ensuite des pressions tout le long de ses jambes. Il répond en contractant la partie touchée. Je fais de même dans son dos. Il se montre attentif. Quand je lui demande de bouger une partie du corps spécifique, il bouge ses épaules et à la consigne de pousser ma main, Samuel pousse sur ses pieds.

Pour savoir si Samuel a accès à la permanence de l'objet, nous avons emmené sa peluche en séance. Je demande à Samuel de me la donner en tendant le bras vers lui. Il pose sa peluche sur ses genoux et me regarde. Je prends la peluche et la pose sur la chaise placée à côté de son fauteuil. Je recouvre la peluche avec mon écharpe sous son œil attentif. Je lui demande alors où est sa peluche. Il regarde la chaise, soulève mon écharpe avec sa main gauche et attrape sa peluche. Je recommence plusieurs fois puis je place également un tissu de la même couleur que

mon écharpe sur la chaise, Samuel commence par pousser le tissu par terre puis soulève mon écharpe pour attraper sa peluche.

Ensuite, nous aidons Samuel à se mettre debout devant le miroir. Samuel tourne la tête pour regarder sur les côtés et semble fuir son image dans le miroir. Il crie et soulève son tee-shirt de nombreuses fois.

Pour terminer la séance, je propose à Samuel de taper sur un gros cylindre que je place à côté de son fauteuil. Il tape dessus avec sa main gauche puis avec sa main droite quand le cylindre est à sa droite. Samuel frappe des rythmes différents à chaque fois, mais ne reproduit pas les miens.

IX - Le compte-rendu du bilan psychomoteur

1) Comportement

Lors des quatre séances de bilan, Samuel s'est montré très vigilant. La relation duelle ainsi que la situation de bilan psychomoteur lui ont semblé angoissantes. Ses réactions tonico-émotionnelles ont été nombreuses. Elles se caractérisent par des cris aigus, un sourire et une hyperextension du tronc. Elles se manifestent au moindre changement d'émotion, à la nouveauté, en relation duelle, et lors des moments d'anxiété. Lors des deux premières séances, au sol, Samuel a également fait des tours sur lui-même comme pour se rassurer.

Pendant le bilan, Samuel s'est montré inhibé face aux propositions psychomotrices et peu persévérant lorsqu'il s'est trouvé en difficulté. Il reste plutôt passif. Il ne cherche pas de solution et ne demande pas d'aide.

2) Tonus et posture

Samuel possède un tonus axial et périphérique au repos et postural normal. Son tonus d'action est souvent élevé. La régulation tonique est possible.

Au niveau postural, les redressements de la tête et du buste sont acquis ainsi que la station assise sans appui. La position debout est possible avec un double maintien pour l'aider à garder son équilibre. Son buste est maintenu bien droit. J'observe un flexum de genoux bilatéral et une position sur la pointe des pieds due à une rétraction des tendons d'Achille.

Positionné en décubitus dorsal et ventral, Samuel ne reste pas longtemps dans ces positions qui semblent angoissantes pour lui. Sur le dos, il persiste un flexum de genoux bilatéral. Sur le ventre, l'appui sur les avant-bras et le redressement de la tête sont possibles.

3) Motricité globale

Samuel possède une motricité globale volontaire.

Installé au sol, Samuel se met spontanément en position assise, les jambes en tailleur. Les changements de position peuvent être réalisés après beaucoup d'induction de ma part. Les retournements du ventre au dos sont acquis. Samuel s'allonge plus souvent sur son côté droit. Le passage des positions de décubitus à la station assise et réciproquement sont maîtrisés.

Le passage de la station assise au sol à la station debout nécessite l'aide d'une tierce personne. Samuel n'a pas de technique pour effectuer ce changement de position. Il se laisse porter jusqu'à avoir les pieds au sol. En position debout, pour s'asseoir, Samuel ne plie pas ses jambes et se laisser aller vers l'arrière. Lorsque Samuel est assis dans son fauteuil, il peut pousser sur ses pieds pour se mettre au fond de celui-ci ou se lever s'il est maintenu au niveau des membres supérieurs.

La marche est possible avec un double soutien. Samuel peut maintenir son buste droit mais son équilibre est précaire. Son centre de gravité est placé très à l'arrière par rapport à ses jambes. Il réalise de petits pas en projetant alternativement ses pieds vers l'avant.

Samuel est capable de se déplacer sur les fesses en position tailleur. Il projette son buste vers l'avant et avance sans l'aide ni de ses mains ni de ses jambes. Ce mode de locomotion n'est pas très efficace car Samuel se déplace lentement et se trouve rapidement bloqué lorsque le sol ne glisse pas. Enfant, Samuel a marché à quatre pattes mais il n'utilise plus ce moyen de déplacement actuellement. Il peut se mettre à quatre pattes mais n'avance pas. En décubitus ventral, avec des appuis au niveau des pieds, Samuel ne rampe pas. Il peut faire des petits sauts de lapin à genoux en projetant son buste comme lorsqu'il avance en position tailleur¹⁴.

4) Coordinations fines et oculo-manuelles

Samuel a une préhension volontaire de bonne qualité. Il est capable de saisir les objets en prise palmaire et supérieure. Il parvient également à délier son index. L'ajustement du geste à la distance n'est cependant pas optimal.

¹⁴ Ces sauts ont été observés par ma maître de stage lors du groupe « exploration sensorielle ».

La manipulation des objets est pauvre. Au cours du bilan, Samuel a manifesté peu d'intérêt pour les objets. Il s'est également parfois montré craintif. Il a tendance à attraper les objets qui l'intéressent puis à s'en détourner rapidement. Il peut néanmoins saisir un objet, le passer d'une main à l'autre et le lâcher de manière volontaire. Samuel peut également se déplacer et diriger ses mains vers l'objet.

Du point de vue des coordinations fines, Samuel peut tirer, pousser, et taper. Il essaie également de visser des objets mais la coordination bi-manuelle est difficile et il ne regarde pas ce que je lui montre ce qui ne lui permet pas d'imiter.

5) Sensoriel

Au niveau visuel, Samuel ne manifeste pas d'intérêt marqué pour les objets lumineux ou colorés. La fixation et la poursuite oculaire sont de bonne qualité.

Au niveau auditif, Samuel est intéressé par les objets sonores. Il devient plus attentif et curieux. Il peut orienter son regard vers la source sonore lorsque celle-ci se situe à sa gauche ou à sa droite. Lorsque celle-ci se trouve au-dessus ou derrière lui, Samuel la cherche mais ne la trouve pas.

Au niveau de l'odorat, Samuel refuse de sentir. Il se met en hyperextension, détourne la tête et fait « non » de la tête. Il semble angoissé lorsque j'approche un pot odorant de son visage.

Au niveau du toucher, Samuel montre peu de réactions au passage de la balle à picot sur ses jambes. Il est plus réactif aux pressions. Il répond en contractant la partie du corps touchée.

Au niveau vestibulaire, dans la sangle de transfert, Samuel n'est pas très à l'aise. Il se tient à la sangle. Sur le gros ballon, Samuel n'a pas de réactions parachutes. Seules quelques rééquilibrations toniques ont été observées¹⁵.

Au niveau vibratoire, Samuel manifeste son intérêt pour le tuyau vibrant. Il manifeste cependant peu de réactions lorsque celui-ci est posé sur lui. Il ne réagit pas du tout aux vibrations dans le dos.

6) Espace et temps

Au niveau spatial, Samuel a investi son espace droit et gauche et il est vigilant à l'espace qui se situe derrière lui.

¹⁵ Ces observations ont été réalisées par ma maître de stage lors du groupe « exploration sensorielle ».

Il est difficile de savoir si Samuel se repère dans l'établissement. Il réagit quand il entre ou sort d'une pièce par des réactions tonico-émotionnelles et est très observateur lorsqu'il découvre un espace nouveau comme la salle de psychomotricité. Cette observation a été plus longue et plus marquée lors des deux premières séances ce qui pourrait vouloir dire que Samuel a reconnu la salle lors des rendez-vous suivants.

Au niveau temporel, Samuel peut frapper des rythmes sur un tambour ou sur un gros cylindre. Il ne reproduit pas les rythmes que je réalise.

7) Schéma corporel

De manière générale, les stimulations corporelles ne semblent pas angoissantes pour Samuel. Il se montre attentif et semble avoir conscience de son corps à l'exception de son dos. Ses membres supérieurs ne sont pas investis dans sa motricité.

Debout devant le miroir, Samuel ne se regarde pas dans le miroir. Il semble fuir son propre regard et détourne son attention vers les objets situés à côté. Lorsqu'il se regarde, il lève son tee-shirt pour montrer son ventre en poussant quelques cris.

8) Latéralité

Samuel ne semble pas latéralisé. Il utilise aléatoirement sa main droite ou gauche lors des activités de préhension sans nette différence qualitative. Il ne croise pas son axe du corps et utilise sa main droite quand l'objet est situé dans son espace droit et inversement.

9) Compétences cognitives

Samuel a acquis la permanence de l'objet. Il peut chercher sa peluche cachée sous un tissu à plusieurs reprises.

Samuel peut reconnaître des objets qui l'intéressent. Ainsi, il se dirige ou attrape un des instruments de musique qu'il utilise lors d'un groupe de stimulation sensorielle qui a lieu dans son unité. Il reconnaît à deux reprises cet instrument et sourit quand il l'attrape.

L'attention de Samuel est très labile. Il peut se déconcentrer plusieurs minutes et sembler absent, absorbé par autre chose, mais revenir lorsqu'on l'appelle par son prénom.

Samuel est capable d'anticiper l'effet de ses gestes. Il peut fermer les yeux alors qu'il pousse un bâton de pluie pour le faire tomber de la table.

Samuel comprend quelques consignes telles que « bouger », « donner » et « pousser ».

10) Communication

Samuel communique peu par le regard. Il regarde les objets et ce qu'il fait mais a beaucoup de mal à regarder les adultes. Il émet des sons, surtout des cris plus ou moins forts.

Samuel ne possède pas le langage oral. Il communique par des sourires et peut dire « non » en tournant la tête de gauche à droite. Il manifeste ses émotions et son angoisse par des réactions tonico-émotionnelles. Lors de la première séance, lorsque nous sommes sortis de la salle, il a montré son mécontentement en frappant de la main son fauteuil et en retroussant sa lèvre inférieure vers le bas. Il peut s'opposer à une stimulation en détournant la tête et faisant « non » de la tête.

Samuel peut manifester ses envies et ses choix en se dirigeant vers l'objet ou en tendant le bras vers l'objet convoité. Il possède le sourire réponse.

Samuel réagit à son prénom et peut interpeller son entourage par des cris.

11) Conclusion

Samuel montre un développement psychomoteur discordant. Il possède de nombreuses possibilités dont l'expression est souvent gênée par une hypervigilance et une attention très labile. Il est très éparpillé car il est happé par le moindre mouvement de son environnement, ce qui a un impact sur ses compétences psychomotrices. La relation à autrui est également source d'anxiété. Ainsi, un environnement très épuré est nécessaire pour avoir accès à ses pleines capacités.

Une prise en charge en psychomotricité serait pertinente afin d'aider Samuel à réguler ses émotions et ses angoisses. Il pourrait gagner en confiance et oser faire des expériences sensori-motrices. Enfin, les séances de psychomotricité permettraient de travailler sur l'acquisition d'un mode de déplacement plus efficace.

C - LE BILAN PSYCHOMOTEUR D'ARTHUR

I - Présentation du patient

1) Renseignements administratifs

Arthur est né le 9 février 1996. Il est donc âgé de 20 ans lorsque je le rencontre dans le cadre du bilan psychomoteur.

Arthur vit chez sa maman. Ses parents sont séparés, mais il voit son père régulièrement chez sa mère. Il a une sœur de 19 ans et un frère de 12 ans.

Une mesure de mise sous tutelle exercée par une tutrice externe est appliquée pour Arthur.

2) Renseignements médicaux

Les troubles d'Arthur sont apparus à l'âge de sept ans. Avant cet âge, il a présenté un développement psychomoteur normal. Il a été scolarisé jusqu'au CP. Arthur a parlé le français et le turc couramment.

Les premiers symptômes sont une hypertonie et une dystonie. Arthur perd ensuite progressivement la marche et le langage. Le diagnostic posé est « encéphalopathie extrêmement évolutive associant une tétraplégie spastique rétractile avec hypotonie axiale et dystonie »¹⁶.

En 2010, Arthur subit une opération pour recentrer ses hanches associant une ténotomie des abducteurs et des injections de toxine botulique. En septembre 2012, Arthur est arthrodésé des vertèbres C5 à S1 dans le cadre d'une scoliose thoraco-lombaire. Il portera un corset gardois pendant les six mois suivant l'opération et sera admis dans un centre de rééducation de septembre à décembre 2012. En 2014, Arthur fait de nombreuses fausses routes et présente une intolérance alimentaire totale. Il aura à plusieurs reprises des sondes naso-gastriques puis une gastrostomie sera réalisée. En octobre 2014, des injections de toxine botulique sont effectuées dans les mollets afin de diminuer la spasticité de ses jambes.

¹⁶ Selon la définition du polyhandicap de George Saulus (Cf infra à la page 15), Arthur est donc considéré comme « apparenté au polyhandicap ».

3) Suivi médical

Au niveau alimentaire, Arthur est nourri par gastrostomie exclusive au sein de l'établissement. Lorsqu'il est chez lui, sa maman lui donne parfois quelques cuillères de nourriture par voie orale, mais cela provoque fréquemment des fausses routes. Arthur présente des reflux gastro-œsophagiens pour lesquels il est traité.

Sur le plan respiratoire, les fausses routes salivaires provoquent des quintes de toux importantes.

Arthur dort en position semi-assise et des changements de position ont lieu au cours de la nuit afin de veiller à son confort. Son sommeil semble de bonne qualité.

Au niveau orthopédique, Arthur est placé dans un fauteuil roulant manuel avec un corset siège. Des chaussons orthopédiques sont en cours de réalisation.

4) Parcours institutionnel

Arthur a été pris en charge dans un institut d'éducation motrice (IEM) jusqu'à juillet 2012. De septembre 2012 à décembre 2012, il est admis dans un centre de rééducation suite à la pose d'une arthrodeuse. Il est ensuite resté pendant quatre ans chez lui avec sa maman.

La visite d'admission à la Maison d'Accueil Spécialisée a eu lieu en avril 2016 et Arthur est entré dans l'établissement le 10 octobre 2016.

5) Prise en charge

Le projet thérapeutique d'Arthur a été réalisé en mars 2017.

Sur le plan éducatif, Arthur est accueilli sur l'unité rouge, dont l'accompagnement est axé sur la stimulation basale. Lors de son arrivée à la MAS, l'équipe éducative le décrit comme assez renfermé, avec peu de mimiques faciales. La position allongée, imposée par l'absence de corset siège adapté pour Arthur, a rendu difficile la rencontre, et n'a pas facilité l'ouverture relationnelle. Depuis janvier 2017, installé dans sa nouvelle installation en position assise, Arthur est décrit comme observateur et il se montre plus réactif. La recherche d'un code de communication est en cours afin de lui permettre de s'exprimer. L'équipe éducative travaille autour de la mise en confiance et de l'amélioration des échanges pour mieux comprendre ses besoins et ses désirs.

Arthur participe à de nombreux ateliers au sein de son unité : relaxation et détente, perception vibratoire, percussions, conte sensoriel, atelier senteurs et l'atelier corps dans l'espace co-animé par ses encadrants, ma maître de stage et moi-même. Lors de l'internat, des séances de balnéothérapie lui sont proposées.

Arthur est également pris en charge par d'autres professionnels. Il effectue une séance de kinésithérapie motrice par semaine à l'extérieur de l'établissement. Une prise en charge en psychomotricité va être démarrée. Une visite à domicile par un ergothérapeute de la MAS a été effectuée suite à l'acquisition de son nouveau fauteuil roulant. Enfin, Arthur est suivi par une diététicienne et des soins infirmiers lui sont prodigués de manière régulière dans le cadre de sa gastrostomie.

II - L'indication de bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est réalisé dans le but d'observer les compétences psychomotrices d'Arthur et d'apprendre à le connaître, afin de déterminer si une prise en charge en psychomotricité pourrait lui être bénéfique¹⁷.

Le bilan psychomoteur est également effectué dans le cadre d'un projet d'appareillage pour proposer à Arthur une nouvelle installation adaptée à ses besoins. Son corset siège actuel est en effet trop petit et le blesse. Cette installation n'est donc utilisée que pour les trajets entre son domicile et la MAS dans les véhicules de transport. Une fois dans son unité, il est installé en décubitus dorsal sur un plan bobath.

Cette installation allongée n'est pas adaptée à une vie sociale et empêche Arthur de participer aux activités proposées sur son unité de vie. Arthur est peu en relation avec autrui et avec son environnement.

Recevoir Arthur en bilan a demandé une certaine organisation car il a fallu s'accorder avec ses horaires de repas. Nourri par gastrostomie à un débit faible afin d'éviter les reflux gastro-œsophagiens, Arthur est alimenté de 11h à 15h.

III - Les premières rencontres avant le bilan psychomoteur

Ma première rencontre avec Arthur a eu lieu sur son unité de vie. Il est installé en décubitus dorsal sur un plan bobath. Il porte des lunettes de soleil pour le protéger de la lumière

¹⁷ La grille d'observation d'Arthur est située en annexe à la page 120. (Cf supra Annexe III)

des néons. Lorsque je m'approche de lui, Arthur ferme les yeux. Il est passif et ne réagit pas à ma présence. Je me présente mais il garde les yeux fermés.

Le matin de notre première séance, j'accueille Arthur à la sortie du véhicule. Sa tête est inclinée sur le côté droit, son regard est dans le vide et son visage est inexpressif. Je l'amène sur son unité de vie où je suis rejointe par ma maître de stage. Nous nous présentons. Arthur est peu réactif à notre présence.

Nous lui annonçons que nous allons venir le chercher pour aller en salle de psychomotricité faire un bilan psychomoteur. A la fin de cette phrase, Arthur ferme puis rouvre les yeux. Je me demande alors s'il utilise le oui-paupière.

IV - La première séance de bilan psychomoteur

Dans le couloir menant à la salle de psychomotricité, Arthur est passif et semble peu intéressé par l'environnement qui l'entoure. Dans la salle, Arthur redresse sa tête et semble plus présent. Je tourne doucement son fauteuil en verbalisant ce qu'il voit afin qu'il découvre la pièce.

Je me place sur un tabouret à côté de lui. Ma maître de stage commence par lui expliquer que nous allons commencer par un bilan sensoriel et lui précise que je vais lui proposer différentes choses à sentir, toucher, voir, entendre. Arthur redresse la tête et me sourit.

Avant de commencer, nous souhaitons savoir s'il sait dire oui avec les yeux afin que nous nous comprenions plus facilement. Nous lui demandons alors de nous montrer comment il dit oui. Le « oui » d'Arthur n'est pas fiable. Nous ne sommes pas sûres que l'ouverture et la fermeture des paupières soient utilisées volontairement dans ce sens par Arthur.

Je commence par tester son odorat afin de voir s'il manifeste des sensations de plaisir ou de déplaisir. Quand Arthur sent les différentes odeurs, ses narines se mettent à bouger et sa respiration s'accélère. Quand l'odeur lui plaît, il sourit après un temps de latence de quelques secondes. Lorsque qu'il la trouve désagréable, il grimace. Sa bouche se contracte et il tourne la tête. Certaines odeurs ne provoquent pas de réaction.

Après l'odorat, je lui propose des stimulations tactiles sur le dos de la main. Je commence par lui présenter une balle en caoutchouc. Il sourit et manifeste son intérêt. Je la déplace alors dans son champ visuel pour savoir s'il peut la suivre du regard. Cela est possible mais Arthur garde la tête inclinée sur son côté droit lorsque la balle sort de son champ visuel.

Lorsque je lui passe la balle en caoutchouc sur le dos des mains, il n'a pas de réaction tonique ni de mimique bien qu'il soit présent par le regard. De la même façon, il ne réagit pas au passage d'une balle à picot. Le passage d'une balle douce sur sa main droite provoque de tous petits mouvements du pouce et de l'index. Je passe alors cette balle uniquement dans la zone située entre le pouce et l'index afin de voir s'il est capable de bouger ses doigts pour l'attraper mais il n'y arrive pas.

Pour finir, je lui demande s'il peut bouger sa main droite. Après un temps de latence important, Arthur soulève légèrement sa main de sa cuisse. Il ne peut faire de même avec sa main gauche. Il finit par contracter entièrement son corps. Cela semble coûteux.

V - La deuxième séance du bilan psychomoteur

La deuxième séance du bilan psychomoteur a lieu une semaine après la première. Elle a pour objectif de finir le bilan sensoriel d'Arthur.

Sur le trajet entre son unité et la salle de psychomotricité, Arthur regarde autour de lui. Placé devant la porte de la salle, il sourit.

Je propose à Arthur des objets vibrants que je pose sur ses mains et ses bras. Il sourit à la vue des objets et sa respiration est plus lente. Je place ensuite un tuyau vibrant sur sa jambe gauche, ce qui le fait sourire. Je lui demande s'il peut bouger sa jambe. J'observe alors un discret mouvement d'extension du pied gauche. Le tuyau sur sa jambe droite, il ne manifeste pas de réaction. Bien qu'Arthur soit concentré, il ne peut bouger sa jambe droite. Sur consigne, il peut bouger ses deux jambes en contractant tout son corps, puis il soupire.

Pour finir, ma maître de stage joue d'un instrument de musique appelé Senza. Il est réactif. Il place sa tête dans l'axe de son corps et oriente son regard vers l'instrument. Quand le son vient de derrière lui, Arthur est très attentif, il ouvre de grands yeux.

VI - La troisième séance du bilan psychomoteur

Cette séance a lieu un mois après la précédente à cause des vacances scolaires. Elle a pour objectif de connaître les compétences d'Arthur en motricité globale.

Lors du transfert de son fauteuil au sol à l'aide d'une sangle, Arthur ne montre pas d'inquiétude. Dans la sangle, il ferme les yeux et semble apprécier les balancements. Quand les balancements changent, il ouvre les yeux puis les ferme à nouveau.

Arthur est installé au sol en décubitus dorsal, le tronc sur une pente inclinée. L'examen de l'extensibilité montre un flexum de genoux bilatéral plus marqué à gauche. Les hanches sont souples. Ses pieds sont en équin. Au niveau des membres supérieurs, la spasticité est présente essentiellement au niveau des coudes et des doigts et elle est plus marquée à gauche. Les épaules sont souples. La position allongée à 180° est plutôt bien tolérée par Arthur d'un point de vue respiratoire lorsqu'il a un oreiller sous la tête. Je lui demande de passer sur son côté droit. Je réalise des inductions au niveau de son bassin et de ses épaules pour l'aider. Arthur ne participe pas du tout au changement de position. Sur son côté droit, Arthur semble confortable. Il sourit et est attentif lorsque nous lui parlons.

Je lui demande ensuite de retrouver sa position initiale sur le dos. Avec ma maître de stage, nous verbalisons les parties de son corps qu'il peut mobiliser pour revenir sur le dos. Après quelques instants et une légère induction au niveau du bassin, Arthur tend sa jambe gauche et met son bras droit en arrière ce qui lui permet de revenir en décubitus dorsal.

Pour finir, je le place sur son côté gauche. Il ne participe pas au retournement malgré mes encouragements. Il semble moins confortable de ce côté mais il y reste. Positionné de cette manière, il peut se regarder dans le miroir mais ne réagit pas à son image. Pour revenir en décubitus dorsal, Arthur tend sa jambe droite et passe sur le dos sans aide de ma part.

VII - La quatrième séance du bilan psychomoteur

La quatrième séance du bilan psychomoteur a lieu une semaine après la précédente. Elle a pour but d'observer les coordinations fines d'Arthur.

Avec ma maître de stage, nous commençons par installer Arthur dans son nouveau fauteuil avec l'aide de l'ergothérapeute. Arthur est passif, il ferme les yeux et ne semble pas s'intéresser à ce qui est réalisé.

Je l'installe devant une table et je place ses coudes dessus afin qu'il soit dans une position adaptée pour manipuler des objets. Ses mains sont fermées et ses coudes ouverts à 90° environ. Je lui présente une balle. Il sourit. Je la place à quelques centimètres devant ses mains et je l'encourage à la toucher. J'observe deux petits mouvements des mains qui sont réalisés sans dissociation car l'ensemble du corps se contracte. Arthur ne réussit pas à toucher la balle.

Avec sa nouvelle têtère, Arthur tient sa tête bien droite uniquement avec un appui temporal du côté droit. Il présente également une meilleure mobilité de la tête.

Pour finir, ma maître de stage lui présente du sable kinétique. Il ne réagit pas quand celui-ci tombe doucement sur ses mains puis glisse sur la table. Il est difficile de savoir s'il sent le sable. A nouveau, il ne réussit pas à mobiliser ses mains.

VIII - La cinquième séance du bilan psychomoteur

La cinquième et dernière séance du bilan psychomoteur a lieu une semaine après la précédente. Elle a pour objectif de déterminer si Arthur connaît les notions spatiales.

Arthur est installé dans son nouveau fauteuil. Je place une table devant lui, à environ cinquante centimètres. Je positionne une poubelle noire sur la table et j'en dispose une autre identique sous la table. Je demande alors à Arthur de regarder la poubelle placée sous la table. Arthur ne bouge pas sa tête. J'essaie de savoir s'il perçoit les poubelles mais il est peu réactif lorsque je lui demande de les regarder. Il oriente ses yeux lorsque je les déplace sur la table, ce qui crée du bruit. Je pose à nouveau la même question, mais Arthur ne bouge pas la tête. Je n'obtiens pas non plus de réponse pour la poubelle placée sur la table.

Je change alors d'objet. Je dispose de gros classeurs rouges de la même manière que les poubelles. Arthur ne réagit pas non plus. Il sourit lorsque je les approche de lui mais ne peut orienter son regard vers les classeurs lorsqu'ils sont au niveau de la table. J'en conclus que la situation que j'ai mise en place ne permet pas à Arthur de me montrer s'il connaît ou non quelques notions spatiales.

IX - Le compte-rendu du bilan psychomoteur

1) Comportement

Lors du bilan psychomoteur, Arthur s'est montré disponible et ouvert aux propositions. C'est un jeune homme avec peu d'expression faciale. Il est très immobile voire inerte. Arthur a été attentif tout au long du bilan et semble apprécier les moments en relation duelle.

2) Tonus et posture

Sur le plan tonique, Arthur présente une spasticité au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Ses mains sont fermées et ses coudes fléchis. Son bras droit est plus souple au niveau du coude que le bras gauche. Il présente également un flexum de genoux bilatéral plus accentué à gauche et des pieds en varus et équins. Un réflexe de grasping au pied gauche a été observé. Au niveau axial, Arthur est hypotonique. Par ailleurs, son tonus d'action est faible. Arthur n'a pas accès à la régulation tonique.

Au niveau postural, Arthur peut tenir sa tête s'il possède un appui temporal du côté droit. La station debout n'est pas possible. La position allongée en décubitus dorsal est bien tolérée. La position allongée en décubitus ventral n'a pas été abordée au vu de ses reflux gastro-œsophagiens, de son arthrodèse et de la spasticité de ses membres supérieurs. De même, le tiré-assis n'a pas été réalisé au vu de sa corpulence, de ses entraves tonico-motrices et de son arthrodèse.

3) Motricité globale

La motricité d'Arthur est volontaire et se caractérise par des mouvements de très faible amplitude apparaissant sur consigne après un temps de latence important. Les mouvements volontaires sont très coûteux en énergie pour Arthur qui soupire souvent après les avoir réalisés.

Spontanément, Arthur ne mobilise quasiment pas ses membres. Il lui arrive parfois de contracter l'ensemble de son corps notamment lorsqu'il a un réflexe de toux.

Arthur ne participe pas pour se mettre sur le côté lorsqu'il est en décubitus dorsal mais il peut passer de la position sur le côté au décubitus dorsal seul avec un étayage verbal. Sur le côté droit, il tend sa jambe gauche et place son coude gauche vers l'arrière pour se placer en décubitus dorsal. Placé sur le côté gauche, Arthur tend sa jambe droite et revient sur le dos après un temps de latence et un soutien verbal important.

Arthur apprécie la position sur le côté, il est souriant et attentif. Aucun autre changement de position n'est maîtrisé et Arthur n'a pas de mode de déplacement.

4) Coordinations fines et oculo-manuelles

Arthur n'a pas de possibilité de préhension car ses mains sont maintenues en position fermées par une spasticité importante. De petits mouvements du pouce ont été observés lorsque des objets qui l'intéressent sont passés sur ses mains.

Arthur ne manipule pas les objets présentés alors qu'il montre de l'intérêt pour ceux-ci notamment en souriant et en ouvrant grand les yeux. Les mouvements de ses membres supérieurs et notamment de ses mains sont très limités et ne peuvent être dissociés de ceux du reste du corps. Les mouvements partent de l'épaule.

5) Sensorialité

Au niveau visuel, Arthur apprécie les objets très colorés. Il sourit lorsqu'il les voit. Il peut fixer un objet et le suivre des yeux. Il ne tourne pas toujours la tête pour le suivre. Il semble

avoir des difficultés visuelles pour percevoir les objets de son environnement qui ne sont pas lumineux ou très colorés.

Au niveau auditif, Arthur est réactif aux sons d'instruments de musique. Il peut orienter son regard vers la source sonore et est très attentif. Il ne manifeste pas de réactions aux bruits soudains.

Au niveau olfactif, Arthur se montre attentif. Ses narines bougent plus rapidement lorsqu'une odeur lui est proposée. Un temps de latence important est observé entre le moment où l'odeur est présentée à Arthur et le moment où il réagit à celle-ci. Il réagit en souriant lorsque l'odeur lui plaît. Lorsque l'odeur lui est désagréable, il grimace en contractant sa bouche puis il tourne sa tête.

Au niveau tactile, Arthur manifeste peu de réactions aux différentes stimulations tactiles (balle à picot, balle molle, balle douce). Il est inexpressif et aucune réaction tonique n'est observée. Il sourit lorsque la balle douce lui est passée au niveau des mains mais ne réagit pas aux autres médiateurs.

Au niveau vestibulaire, Arthur est serein lorsqu'il est placé dans la sangle pour les transferts. Il ferme les yeux mais est présent et attentif. Il ne montre pas d'anxiété lorsqu'il est balancé dans la sangle, il ferme et ouvre les yeux quand le balancement est modifié.

Au niveau vibratoire, Arthur manifeste peu de réactions sauf lorsque le tuyau vibrant est placé sur sa jambe gauche. Il sourit. Les vibrations semblent être plutôt agréables car sa respiration ralentit et est plus ample.

6) Espace et temps

Lorsqu'il entre dans un espace nouveau, Arthur se montre attentif et observateur. Il redresse sa tête qui est souvent inclinée sur le côté droit et regarde autour de lui. Lors de la deuxième séance de bilan, Arthur a souri lorsqu'il est arrivé devant la salle de psychomotricité. Il semble donc reconnaître la salle.

Les notions spatiales et temporelles n'ont pas pu être évaluées.

7) Schéma corporel et image du corps

Arthur semble avoir une bonne perception de son corps. Il réagit peu aux stimulations corporelles mais est néanmoins très attentif. Il est capable de bouger certaines parties de son corps sur consigne orale. Placé devant le miroir, Arthur ne réagit pas à son image.

8) Latéralité

La latéralité d'Arthur n'a pas pu être évaluée. Cependant, le côté droit semble être plus facile à mobiliser au niveau des membres supérieurs. Au niveau des membres inférieurs, des mouvements volontaires du pied gauche ont été observés contrairement au pied droit.

9) Compétences cognitives

Arthur semble avoir accès à certaines consignes simples et à certains mots clés. Il réagit à certains mots prononcés comme le nom de la ville où il habite ou encore le nom de son ancien établissement. Il peut également bouger certaines parties du corps sur consigne.

10) Communication

Arthur ne possède pas le oui-paupière mais il lui arrive parfois de fermer les yeux pour répondre à certaines questions de manière aléatoire. Il s'exprime essentiellement par des sourires. Arthur montre qu'il est attentif en redressant sa tête et en ouvrant grand les yeux. Quand il est intéressé, il redresse également sa tête.

Arthur ne possède pas le langage oral. Il émet parfois des sons aigus d'intensité très faible. Quand il tousse, sa voix est grave et forte mais en dehors de cette situation, il utilise très peu sa voix.

11) Conclusion

Arthur s'est montré attentif pendant le bilan psychomoteur. Il a été disponible et ouvert à la relation et aux propositions psychomotrices.

Arthur présente une tétraplégie entravant ses compétences motrices et ses possibilités d'expression. Il reste souvent immobile, inexpressif face aux situations qui lui sont proposées. Il est difficile de savoir si cette passivité est due à un manque de conscience de ses potentialités ou s'il éprouve des difficultés à investir son corps. En effet, son schéma corporel et son image du corps ont été transformés face à la régression psychomotrice importante qu'il a subie depuis l'âge de sept ans et aux deux interventions chirurgicales (arthrodèse et gastrostomie) qui ont été réalisées ces dernières années.

Ainsi, une prise en charge en psychomotricité serait pertinente afin d'aider Arthur à investir et se réapproprier son corps, et ainsi mobiliser ses potentialités psychomotrices. Cela lui permettrait de redevenir acteur dans son environnement et de pouvoir s'exprimer davantage dans la relation.

DISCUSSION

A - LES MODALITÉS DU BILAN PSYCHOMOTEUR

I - Les différents temps du bilan psychomoteur

1) La préparation du bilan psychomoteur

Dans ma structure de stage, le psychomotricien n'a pas la possibilité de réaliser un entretien avec la famille du patient. Les informations concernant le résident sont disponibles dans son dossier médical, constitué par l'institution lors de son admission. La consultation de ce dossier m'a permis d'effectuer l'anamnèse des patients.

Il est intéressant d'effectuer une anamnèse pour connaître le diagnostic et le parcours médical et institutionnel de la personne. Néanmoins, fréquemment, les dossiers médicaux ne sont pas transmis d'une structure à l'autre. Il est donc difficile d'obtenir des informations sur le passé du résident. Dans d'autres cas, le patient a passé quelques mois, voire quelques années, à son domicile, le dossier de son ancienne structure n'est donc pas toujours transmis par celle-ci.

De manière générale, la consultation du dossier peut permettre d'obtenir des informations sur d'éventuels appareillages nécessitant des précautions, comme la présence d'une arthrodèse vertébrale ou des problèmes médicaux pouvant survenir pendant la séance de psychomotricité, comme par exemple l'épilepsie.

Il peut également être intéressant de s'entretenir avec d'autres professionnels paramédicaux et médicaux afin d'obtenir des conseils ou des informations sur le résident. Lors du bilan psychomoteur d'Arthur, il a fallu s'adapter avec les impératifs imposés par sa gastrostomie.

2) La première rencontre

Dans le cadre de mon stage, les résidents étaient présents tous les jours. Je pouvais donc rencontrer le patient à plusieurs reprises, à différents moments de la journée, avant de réaliser un bilan psychomoteur. Cela permet de se présenter à la personne, de l'informer que nous souhaitons effectuer un bilan psychomoteur et de lui présenter simplement en quoi celui-ci va consister.

La première rencontre a généralement lieu dans l'unité de vie du patient ou pendant les temps de repas. Dans un premier temps, il me paraît important de se présenter à la personne. Les nombreuses déficiences des personnes polyhandicapées ne leur permettent pas toujours de

se souvenir de notre prénom. Cependant, à travers d'autres moyens, notamment sensoriels, elles vont pouvoir se familiariser avec notre présence ponctuelle dans leur lieu de vie.

Les observations en situation écologique avant ou pendant la réalisation du bilan psychomoteur sont également intéressantes. Cela permet de connaître le comportement du patient pendant les temps de la vie quotidienne ou lors des activités éducatives. Depuis le bilan psychomoteur, j'ai ainsi trouvé Samuel plus serein dans son unité de vie. Les réactions tonico-émotionnelles sont toujours présentes mais les cris sont moins fréquents. Pour Arthur, sa nouvelle installation a changé sa place au sein de son unité. Il est plus réactif et ouvert à la relation. Il participe désormais à l'ensemble des activités proposées dans son unité.

3) L'observation psychomotrice

Les observations psychomotrices¹⁸ que j'ai réalisées se sont généralement déroulées sur quatre séances à raison d'une fois par semaine. Leur durée était comprise entre trente et quarante-cinq minutes en fonction de la capacité d'attention et/ou de la fatigabilité du patient.

Ces temps d'observation ont consisté à créer différentes situations susceptibles de faire émerger les compétences psychomotrices du patient et de comprendre sa manière d'appréhender l'environnement.

Créer ces situations demande beaucoup d'adaptation car celles-ci sont le plus souvent spécifiques au patient. Selon son comportement, ses déficiences et ses capacités, celles-ci vont varier. Ainsi, il n'existe pas une situation type pour observer chaque domaine psychomoteur.

4) Le compte-rendu

Dans le cadre de mon stage, l'anamnèse n'est pas retranscrite dans le compte-rendu du bilan psychomoteur car celui-ci est destiné au dossier médical du patient. Il a pour objectif de laisser une trace du potentiel psychomoteur du patient à un moment donné.

Il me semble important de nuancer certains propos dans le compte-rendu. Il me paraît plus pertinent de dire qu'une compétence n'a pas été observée au cours du bilan psychomoteur plutôt que de dire que celle-ci n'est pas acquise. En effet, le résident peut parfois ne pas montrer certaines de ses capacités.

¹⁸ Le choix de l'observation psychomotrice pour réaliser un examen psychomoteur chez les personnes polyhandicapées sera justifié à la page 73.

Dans d'autres cas, certaines compétences n'ont pas pu être observées car les situations que j'ai créées n'ont pas permis que cette compétence s'exprime. Dans le cas d'Arthur, je n'ai pas réussi à mettre en place une situation lui permettant de me montrer s'il connaissait les notions spatiales par exemple.

II - Quels outils utiliser ?

Il n'existe pas de test standardisé adapté aux personnes polyhandicapées. Les tests standardisés élaborés pour évaluer les différents domaines psychomoteurs sont difficiles à mettre en œuvre dans le cadre du polyhandicap face à leurs nombreuses déficiences¹⁹. En effet, ils nécessitent une bonne compréhension des consignes verbales et des compétences intellectuelles, motrices et sensorielles supérieures à celles des personnes polyhandicapées. Il est donc nécessaire de trouver d'autres outils que les tests standardisés pour réaliser un examen psychomoteur. L'observation psychomotrice semble être le moyen le plus adapté.

Par ailleurs, il me paraît plus pertinent de réaliser lors de l'examen psychomoteur une observation psychomotrice plutôt qu'une évaluation psychomotrice. Utiliser le bilan psychomoteur comme outil de comparaison à une norme ne me semble pas adapté aux personnes en situation de polyhandicap. Cela serait même, selon moi, contraire à l'éthique car ce serait réduire les compétences d'une personne polyhandicapée à un âge développemental, sûrement très éloigné de son âge réel à cause des atteintes massives qu'elle présente. Observer ses compétences pour connaître son potentiel psychomoteur me paraît plus pertinent, plus éthique.

Ainsi, j'ai choisi de réaliser un examen psychomoteur sous forme d'une observation psychomotrice. Il n'existe pas de grille d'observation validée. J'ai donc réalisé une grille d'observation²⁰ pouvant être utilisée avec les enfants et les adultes polyhandicapés.

III - La grille d'observation

1) Le processus de création de la grille d'observation

J'ai souhaité créer une grille d'observation afin de déterminer des axes d'observation et de connaître les compétences psychomotrices du patient à un état initial.

¹⁹ Cf infra à la page 17 pour la sémiologie du polyhandicap.

²⁰ La grille d'observation est située en annexe I à la page 100. (Cf supra Annexe I)

Dans un premier temps, j'ai commencé par déterminer les compétences psychomotrices qu'il me semblait important d'observer. Je les ai ensuite classées par domaine psychomoteur. Je me suis inspirée du développement psychomoteur de l'enfant (ALBARET J-M, GIROMINI F., SCIACOM P., 2011) et de différents outils existants déjà comme le bilan psychomoteur de Michel Crosnier ou la grille d'observation de l'un de mes professeurs et de ma maître de stage.

Dans un second temps, j'ai mis en page la grille d'observation. J'ai choisi de ne pas associer de critères qualitatifs à chaque item. Les observations qualitatives de l'item peuvent être écrites dans la case « observation ». J'ai créé trois types de colonne selon que l'item a été observé, non observé, ou non évalué.

Dans un troisième et dernier temps, j'ai réfléchi à comment créer des situations propices à l'évaluation des items en s'adaptant aux moyens des personnes polyhandicapées pour pouvoir réaliser les bilans psychomoteurs que j'ai présentés en partie clinique. Cette partie a été la plus compliquée à mettre en œuvre.

2) Description de la grille d'observation

Cette grille regroupe un ensemble d'items pour observer les différents domaines psychomoteurs. Les items sont nombreux afin de s'adapter à la diversité des patients en situation de polyhandicap.

Pour certains patients, des items ne seront pas évaluables mais j'ai réalisé cette grille dans le but qu'elle soit utilisable pour le plus grand nombre possible.

3) L'utilisation de la grille d'observation

Lors du bilan psychomoteur, plus précisément, lors de l'examen psychomoteur, je proposais au patient différents objets ou situations me permettant d'observer ses compétences dans différents domaines psychomoteurs.

Lors des bilans que j'ai réalisés, je n'utilisais pas cette grille pendant le déroulement de la passation afin de ne pas couper la relation avec le patient et de rester concentrée sur la situation proposée au patient. Je la remplissais donc à la fin de chaque séance. Néanmoins, celle-ci peut être utilisée pendant la séance en expliquant au patient ce qui est noté.

Cette grille me permettait également de savoir ce que je n'avais pas observé et donc de fixer des axes de travail pour la séance suivante.

4) Remarques sur l'utilisation de la grille d'observation

Cette grille d'observation m'a permis d'observer de nombreux items psychomoteur afin d'appréhender le potentiel psychomoteur du patient. Elle m'a permis d'organiser mon examen psychomoteur. Elle m'a également aidée à rédiger les compte-rendus des bilans psychomoteurs et à élaborer un projet thérapeutique adapté à la problématique psychomotrice du patient.

Néanmoins, certains items pourraient être développés comme l'image du corps et d'autres réduits comme la vision. La mise en page pourrait également être améliorée pour rendre la grille plus facile à remplir.

IV - La réalisation d'un nouveau bilan psychomoteur

La grille d'observation remplie lors du premier bilan psychomoteur permet d'avoir un état initial des compétences psychomotrices de la personne. La réalisation d'un nouveau bilan psychomoteur permet de mettre en évidence l'évolution du patient et permet, sur le long terme, d'écrire son histoire psychomotrice.

1) La temporalité

La réalisation d'un nouveau bilan psychomoteur n'a pas besoin d'être fréquente car dans cette population, les progrès se font généralement lentement. Une durée d'un an me semble adéquate. De plus, ce rythme correspond fréquemment à celui de l'institution (les réunions de projet, les synthèses, ...).

2) La forme

Selon moi, la réalisation d'une nouvelle observation psychomotrice telle qu'elle est réalisée dans le cadre d'un bilan psychomoteur initial, n'est pas forcément nécessaire. Il me semble plus pertinent de compléter une nouvelle grille d'observation à partir des notes prises au cours de l'année. Certains items non observés au cours de la prise en charge peuvent être proposés au patient afin de connaître son évolution mais il ne me semble pas nécessaire de réaliser à nouveau une observation complète de tous les domaines psychomoteurs.

De plus, les notes prises tout au long de la prise en charge peuvent permettre d'avoir une meilleure vision de l'évolution globale de la personne. Parfois, il y a des fluctuations dans l'utilisation des compétences psychomotrices en fonction de l'état somatique du patient, de son investissement ou non des séances de psychomotricité, ou de son état du jour. Le patient peut

ainsi ne pas montrer les mêmes compétences lors de la réalisation de la nouvelle observation alors que celles-ci ont été observées lors des séances de prise en charge.

Par ailleurs, la réalisation d'un bilan psychomoteur est longue. Ainsi, effectuer un nouvel examen psychomoteur chaque année est très chronophage face au nombre de patients généralement suivis.

3) Les cas particuliers

Dans certains cas, la réalisation d'une nouvelle observation psychomotrice complète après un bilan psychomoteur initial peut être nécessaire.

Par exemple, une longue hospitalisation ou des interventions chirurgicales importantes comme la pose d'une arthrodeuse peuvent avoir un impact sur l'organisation psychomotrice du patient. Réaliser un nouveau bilan psychomoteur peut alors être pertinent afin de faire un état des lieux des compétences psychomotrices après cet évènement particulier.

Dans d'autres cas, un bilan psychomoteur initial est réalisé lors de l'entrée du résident dans l'institution, mais il n'est pas suivi d'une prise en charge. Si une prise en charge devait être démarrée quelques années plus tard, il me semble intéressant d'effectuer un nouveau bilan psychomoteur pour observer l'organisation psychomotrice du patient qui a pu évoluer depuis le bilan psychomoteur initial.

V - Le cadre spatio-temporel du bilan psychomoteur

Face aux déficiences des personnes polyhandicapées, le cadre spatio-temporel du bilan psychomoteur doit être adapté.

1) L'espace de l'observation psychomotrice

L'observation psychomotrice est réalisée dans la salle de psychomotricité. Cette salle peut se révéler être très stimulante pour les personnes polyhandicapées car elles ont souvent des difficultés d'attention sélective et également dans certains cas des difficultés de pare-excitation.

Au niveau visuel, la fenêtre et les miroirs de la salle de psychomotricité peuvent être des éléments attirants pour le regard. Dans le cas de Samuel, il a eu des difficultés à se concentrer sur ce que je lui proposais car il regardait par la fenêtre. J'ai donc fermé les rideaux de celle-ci. Avec un autre patient, il était intéressé par le matériel présent dans l'armoire qui était ouverte. Ainsi, alors que je lui avais proposé quelques objets, il m'en pointait d'autres dans l'armoire.

Je lui ai donc expliqué que nous allons les utiliser plus tard et j'ai fermé l'armoire afin de limiter les flux visuels.

Au niveau sonore, j'ai remarqué que les bruits dans le couloir proche de la salle de psychomotricité avaient tendance à distraire les patients. Lors de plusieurs bilans psychomoteurs, certains patients pouvaient arrêter leur activité pour regarder vers la porte car ils entendaient des voix ou du bruit.

Ainsi, il me semble important que l'environnement de l'observation psychomotrice ne soit pas trop stimulant, épuré et si possible plutôt calme. La limitation des flux sensoriels, notamment visuels et sonores, peut aider le patient à fixer son attention sur les situations proposées par le psychomotricien.

2) La temporalité du bilan psychomoteur

Au cours de mon stage à la MAS, j'ai pu assister à l'arrivée d'un nouveau résident. Celui-ci était auparavant accueilli dans un institut médico-éducatif (IME) pour enfants et adolescents polyhandicapés. Ce patient, je l'avais déjà rencontré car j'avais réalisé quelques mois auparavant un stage dans cet IME.

A son arrivée à la MAS, il s'est montré très observateur. Il était très attentif à tout ce qui se passait autour de lui. Je l'ai également trouvé plus vigilant, plus tendu. Au bout de quelques semaines, cet état de vigilance avait disparu et j'ai retrouvé le jeune homme rieur que j'avais rencontré à l'IME.

Ainsi, lors de l'admission d'un patient, il me semble préférable de laisser du temps au résident pour s'adapter à ce nouvel établissement avant de réaliser un bilan psychomoteur. Il me paraît pertinent de laisser quelques semaines au résident pour découvrir les lieux, intégrer le rythme de la structure et apprécier les nouvelles activités qui lui sont proposées dans son unité de vie. Cela permet que le patient soit plus disponible, plus serein pour réaliser le bilan psychomoteur. Ainsi, les patients que j'ai présentés étaient déjà admis dans la structure depuis plusieurs mois.

Néanmoins, certaines situations peuvent nécessiter de réaliser un bilan psychomoteur dès l'arrivée dans la structure. Il peut s'agir par exemple d'un projet d'appareillage qui doit rapidement être mis en place ou d'une personne qui semble en souffrance et pour laquelle une prise en charge en psychomotricité serait éventuellement bénéfique.

Pour Arthur, la réalisation d'un nouveau corset siège devait être commencée rapidement afin que celui-ci puisse bénéficier d'une installation assise lui permettant d'avoir une vie sociale. Ainsi, le bilan psychomoteur a été réalisé dans le but de mieux le connaître, d'appréhender son organisation psychomotrice, afin que l'équipe pluridisciplinaire puisse lui proposer une installation adaptée.

VI - Conclusion

Les modalités du bilan psychomoteur permettent de réunir le cadre et les informations nécessaires au bon déroulement de l'observation psychomotrice. Les différentes étapes du bilan psychomoteur permettent de préparer l'observation psychomotrice et d'en laisser une trace dans le dossier médical. Grâce à la grille d'observation, l'examen psychomoteur est adapté aux compétences des personnes polyhandicapées. Enfin, le cadre spatio-temporel réunit les conditions pour que les patients soient le plus disponibles et le plus concentrés possible sur les propositions psychomotrices.

L'adaptation des modalités du bilan psychomoteur permet que les objectifs de celui-ci soient atteints.

B - LES FONCTIONS DU BILAN PSYCHOMOTEUR

Dans le cadre du polyhandicap, les objectifs du bilan sont les mêmes que ceux énoncés en partie théorique²¹. Il s'agit de rencontrer et de créer un premier lien thérapeutique avec le patient²² et d'observer ses compétences psychomotrices pour cerner sa problématique psychomotrice. Il permet également d'apporter un regard complémentaire sur la personne polyhandicapée.

I - Observer les compétences psychomotrices

Le bilan psychomoteur est un temps de rencontre en relation duelle, permettant une attention particulière au patient et une observation fine de chaque domaine psychomoteur. L'observation psychomotrice peut être réalisée de deux façons. Elle peut être spontanée ou dirigée. Je trouve ces deux manières d'observer complémentaires. C'est pourquoi, j'ai mis en pratique ces deux types d'observation au cours des bilans psychomoteurs que j'ai réalisés.

En salle de psychomotricité, l'observation psychomotrice était dirigée. Je proposais au patient différentes situations lui permettant de montrer ses compétences. Par exemple, pour observer sa motricité fine, je lui présentais différents objets afin de savoir comment il l'utilisait et ce qu'il pouvait mettre en œuvre avec celui-ci. Je réalisais différentes mobilisations pour évaluer son tonus et ses compétences motrices. Je lui proposais différentes expériences, notamment sensorielles, pour appréhender sa manière d'interagir avec son environnement et d'investir son corps.

J'ai également utilisée l'observation spontanée pour observer le comportement des patients dans leur unité de vie. Dans cette situation, je n'intervenais pas auprès du patient mais j'observais sa manière de se comporter dans des situations de la vie quotidienne ou lors des activités proposées par l'équipe éducative. Cela m'a permis d'observer sa manière d'être en groupe et son interaction avec ses encadrants, les résidents de son unité et son environnement.

Dans le cadre du polyhandicap, je trouve que le bilan psychomoteur a un rôle important pour appréhender le potentiel psychomoteur du patient. En effet, j'avais parfois tendance à surestimer ou au contraire à sous-estimer le potentiel psychomoteur du patient avant les séances de bilan psychomoteur.

²¹ Cf infra à la page 40.

²² Cet objectif et l'aspect de la rencontre sera développer à la page 89.

II - Cerner la problématique psychomotrice

Le bilan psychomoteur permet d'appréhender l'organisation psychomotrice du patient. Il permet ainsi d'avoir une image de son potentiel psychomoteur à un état initial. Le bilan psychomoteur initial et les compte-rendus d'évolution permettent d'avoir un aperçu de l'histoire psychomotrice du patient.

Le bilan psychomoteur aide également à l'élaboration d'un projet thérapeutique. L'organisation psychomotrice du patient, appréhendée lors du bilan, permet de déterminer des axes et modalités de prise en charge qui semblent les plus pertinents et les plus adaptés au patient.

Pour Samuel, une prise en charge groupale autour de la conscience corporelle est mise en place depuis son entrée dans l'institution. Ce groupe, appelé « exploration sensorielle », est encadré par son équipe éducative et ma maître de stage. Samuel manifeste un intérêt particulier pour ce groupe et accepte de réaliser des expériences sensorielles. Une prise en charge individuelle ne semble pas adaptée pour le moment. Le groupe lui offre, en effet, un cadre propice aux expériences sensorielles, sans que l'attention ne soit portée exclusivement sur lui, ce qui semble moins angoissant pour Samuel.

Pour Arthur, une prise en charge individuelle va lui être proposée en complément de la prise en charge groupale dont il bénéficie depuis son arrivée à la MAS. Ce groupe « corps dans l'espace » lui permet de réaliser des expériences autour de la sensibilité vestibulaire. Une prise en charge individuelle lui permettra, elle, de réaliser des expériences sensori-motrices à son rythme et de réinvestir son corps dans un cadre plus adapté que celui du groupe.

III - Apporter un regard complémentaire

Le bilan psychomoteur permet d'appréhender le patient à travers notre regard de psychomotricien. Lorsqu'un patient arrive dans une structure, il faut faire connaissance. Le bilan psychomoteur aide à la compréhension de la personne et permet de la découvrir un peu plus.

Par ailleurs, le bilan psychomoteur amène dans certains cas à des discussions d'équipe afin de comparer les observations ou de discuter de certains éléments. Selon George Saulus, le bilan représente « un moyen, toujours à parfaire, de poser de bonnes questions » (SAULUS G., 2007, page 160). Dans le cas de Samuel, des discussions en équipe ont eu lieu afin de trouver

des solutions pour lui permettre d'être plus serein, notamment lors du repas. Pour Arthur, ses compétences motrices, les retournements du côté au dos essentiellement, ont été valorisées auprès de l'équipe éducative afin qu'elles puissent être mises en jeu lors de la vie quotidienne.

Le compte rendu du bilan psychomoteur permet également aux autres professionnels de la structure de connaître les domaines psychomoteurs observés et de savoir ce que le patient a pu montrer dans chaque domaine.

IV - Conclusion

A travers le bilan psychomoteur, une observation psychomotrice est effectuée afin de cerner la problématique psychomotrice du patient pour déterminer des modalités de prise en charge adaptées. Cela permet également d'apporter un regard complémentaire à la compréhension du patient au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

L'observation est le moyen privilégié pour réaliser un examen psychomoteur dans le cadre du polyhandicap. J'ai néanmoins rencontré certaines difficultés et j'ai observé les limites de l'observation psychomotrice.

C - LES DIFFICULTES ET LES LIMITES DE L'OBSERVATION PSYCHOMOTRICE

Les patients polyhandicapés présentent de nombreuses déficiences, notamment intellectuelle, motrice et sensorielle. Ainsi, lorsque j'ai réalisé des bilans psychomoteurs, j'ai rencontré différentes difficultés liées aux spécificités du polyhandicap, qui ont parfois mis en évidence les limites de l'observation psychomotrice.

I - La communication

Lors des bilans psychomoteurs que j'ai réalisés durant mon stage, peu de patients ont compris ou répondu aux consignes verbales que j'énonçais. Ainsi, j'ai dû m'adapter pour qu'ils puissent comprendre ce que je leur proposais. J'ai donc continué à utiliser le langage verbal mais je l'ai accompagné d'une communication non-verbale²³ comme l'imitation, les démonstrations et les inductions.

La plupart des patients que j'ai rencontrés n'avaient pas de langage oral ou de code de communication. Ainsi, leur expression était limitée. J'ai communiqué avec eux grâce à leurs manifestations psychocorporelles et à la manière dont je pouvais les comprendre. Ainsi, l'observation de certaines compétences n'est pas facile. Dans le cas d'Arthur, certaines de ses compétences n'ont pas pu être déterminées car il ne possédait pas de moyen pour exprimer « oui » ou « non ».

Chez les personnes polyhandicapées, la communication passe essentiellement à travers le corps. Ce mode de communication est basé sur les ressentis, la sensibilité et la communication non-verbale du psychomotricien. Ainsi, « le psychisme de l'observateur est engagé » (DELION P., 2008, page 16). En effet, la communication non-verbale est permise par l'engagement psychocorporel du psychomotricien ainsi que par sa disponibilité²⁴. Cette attitude, propre à chacun, témoigne de l'influence de la posture de l'observateur lors de l'observation. L'observation est donc subjective.

²³ Cet aspect sera développé à la page 92.

²⁴ Ces aspects seront développés à la page 86.

Catherine Potel écrit : « il nous faut accepter que l'objectivité froide de l'observateur est un leurre, quitte à abandonner l'espoir d'être suffisamment scientifique, en tout cas selon les critères d'objectivation qui ont cours actuellement. » (POTEL C., 2015, page 63).

II - Les troubles sensoriels

Les patients polyhandicapés présentent fréquemment des troubles sensoriels, notamment visuels. Ces troubles rendent souvent l'observation de certaines compétences difficiles.

Arthur, par exemple, semble présenter une faible acuité visuelle. Ainsi, je n'ai pas réussi à déterminer s'il connaissait quelques notions spatiales. Je souhaitais qu'il fixe l'objet dont je donnais la localisation. J'avais choisi en premier deux poubelles identiques. L'une était posée sur la table et l'autre était placée sous la table. Arthur n'a pu diriger son regard ni vers l'une, ni vers l'autre. J'ai changé d'objet et j'ai placé deux gros classeurs rouges identiques aux mêmes positions. De même, Arthur n'a pu désigner avec ses yeux les classeurs car, comme les poubelles, il semblait avoir des difficultés à les percevoir.

Avec une autre patiente, j'ai rencontré des difficultés à observer ses compétences en motricité fine car elle ne percevait pas les objets que je lui proposais. J'ai donc utilisé des objets sonores pour l'aider à percevoir l'objet et l'encourager à utiliser ses membres supérieurs.

Ainsi, il est parfois difficile de trouver des situations permettant au patient d'exprimer ses compétences au vu des déficiences multiples et sévères que présentent les personnes polyhandicapées. Lorsque le patient ne répond pas à la consigne demandée, différentes hypothèses peuvent être élaborées. La consigne peut ne pas être claire et/ou adaptée aux difficultés du patient. Dans d'autres cas, la situation peut ne pas permettre la réussite. Dans le cas d'Arthur, la consigne, qui était de fixer l'objet dont je donnais la localisation, n'était pas adaptée à ses troubles visuels. Ainsi, la situation que je lui proposais ne pouvait permettre la réussite. Une autre manière de faire aurait peut-être fonctionné.

III - Les difficultés en tant qu'observateur

1) L'attention de l'observateur

Les atteintes neuro-motrices importantes que présentent les personnes polyhandicapées réduisent leurs possibilités de mouvements. Arthur ou d'autres patients que j'ai rencontrés, ont des mouvements de très faibles amplitudes voire ils présentent une inertie importante. Leurs

réactions aux différentes propositions sont parfois infimes. L'observation nécessite donc une attention importante et une observation fine.

Par exemple, lorsque j'ai cherché à observer la motricité d'Arthur, je lui ai demandé de bouger son pied gauche. Après un temps de latence important, j'ai senti son pied se déplacer très légèrement car j'avais ma main toute proche de son pied et que mon regard se portait sur sa jambe afin de détecter ses moindres mouvements.

L'observation doit donc être minutieuse mais également globale. Elle ne doit pas être centrée uniquement sur les parties du corps mises en jeu, ou supposées être mises en jeu, mais sur l'ensemble du corps. Il ne faut pas se fier à ses attentes car les personnes polyhandicapées présentent souvent des difficultés de dissociation des mouvements. Lorsqu'elles essaient de réaliser certains gestes, d'autres parties du corps peuvent être mises en tension pour permettre à la partie du corps visée de se déplacer.

Cette attention soutenue est d'autant plus difficile à maintenir que le psychomotricien lors du bilan psychomoteur est également engagé dans la relation avec le patient. Selon Françoise Giromini, « le psychomotricien va développer une conscience du corps et une expressivité corporelle de plus en plus vastes et de plus en plus variées, il va également développer sa capacité à observer finement les attitudes corporelles, à moduler et à s'adapter à toutes les situations rencontrées. » (GIROMINI F., 2012, pages 257 et 258).

2) Les limites physiques de l'observateur

Certaines compétences des personnes polyhandicapées ne peuvent être mises en jeu qu'avec l'aide d'une tierce personne. Face aux déficiences motrices des personnes polyhandicapées, il est parfois nécessaire de les accompagner dans la réalisation de certains mouvements afin d'observer leur participation.

Par exemple, Samuel peut effectuer quelques pas si on l'aide à maintenir son équilibre. Arthur, lui, peut se retourner du dos au côté si on le place sur le côté. Avec une autre patiente, une fois que j'avais amorcé le mouvement de retournement du dos au côté, elle pouvait le terminer.

Néanmoins, il existe certaines limites dans l'accompagnement que peut proposer le psychomotricien. Tout d'abord, il faut vérifier que d'un point de vue orthopédique et neuro-moteurs, les compétences recherchées ne mettent pas en danger le patient. Par exemple, Arthur présente un équin important au niveau des pieds. Il présente également une hypotonie axiale.

Ainsi, je ne pouvais pas du tout lui proposer de se mettre debout. Cette compétence n'est pas évaluable car il y aurait un risque de chute très important. Cependant, la manœuvre du tiré-assis aurait été intéressante à lui proposer, par exemple. Néanmoins, sa corpulence ne m'a pas permis de réaliser cette manœuvre. Sa taille et son poids sont supérieurs au mien et il présente une hypotonie axiale. Il ne m'était donc pas possible de réaliser cette manœuvre par manque de force musculaire.

IV - Mes propres difficultés

La première difficulté à laquelle j'ai dû m'adapter a été mon vocabulaire. Je demandais souvent au patient de me « dire ». Or, les patients que j'ai rencontrés lors de bilan psychomoteur n'avaient pas accès au langage oral. J'avais également tendance à leur demander s'ils « pouvaient » réaliser quelque chose. Or, lors du bilan psychomoteur, il ne s'agit pas de leur laisser le choix mais de les encourager au maximum pour qu'ils aient envie de faire des efforts pour exprimer les capacités.

La deuxième difficulté que j'ai rencontrée a été de ne pas me mettre trop de limites par rapport à ce que je pouvais proposer aux patients. J'avais tendance à ne pas m'autoriser certaines expériences, notamment motrices, à cause des appareillages. J'ai appris qu'il fallait que je fasse confiance au patient pour exprimer lorsqu'il avait mal ou qu'il n'était pas confortable.

V - Conclusion

Lors de la passation de bilans psychomoteurs avec des patients polyhandicapés, j'ai rencontré différentes difficultés. Certaines déficiences nécessitent, en effet, d'adapter les consignes ou les situations d'observation. Ces particularités du bilan psychomoteur avec ces personnes permettent de déterminer plusieurs limites de l'observation.

Néanmoins, certaines de ces difficultés ou limites peuvent être diminuées grâce à l'adaptation de la posture du psychomotricien. De plus, celles-ci ne sont pas un obstacle à la réalisation d'un bilan psychomoteur.

D - LA POSTURE DU PSYCHOMOTRICIEN

L'observation nécessite une posture particulière du psychomotricien. Il ne doit pas être en retrait car il ne s'agit pas d'une observation spontanée. Le psychomotricien est à la fois actif dans la relation avec le patient et en situation d'observateur.

I - L'attitude du psychomotricien

1) L'engagement psychocorporel du psychomotricien

« La spécificité du psychomotricien réside dans le fait qu'il s'engage corporellement dans la relation avec son patient : le corps est le médiateur principal des échanges en psychomotricité. » (CILIA C., 2014, page 29).

Cet engagement est qualifié de « psychocorporel », c'est-à-dire qu'il implique « à la fois la dimension psychologique et corporelle » (LESAGE B., 2012, page 9). Le corps et le psychisme ne sont pas clivés et les émotions et les affects sont pris en compte.

L'engagement psychocorporel du psychomotricien se traduit dans sa présence corporelle, sa distance au patient, son ajustement tonique, et son attention portée à ses propres éprouvés corporels. Il me semble important d'adapter sa posture. J'ai remarqué qu'en me mettant à la hauteur des patients et en m'approchant de lui, celui-ci était plus réactif à ma présence. En m'approchant d'eux, j'étais également plus sensible à leur communication corporelle, ce qui facilitait également la communication.

Selon Françoise Giromini, « en s'engageant dans une action de rencontre avec l'autre, c'est tout notre être (le corps avec l'âme, le corps avec la psyché, le corps avec la pensée) qui s'implique dans la relation » (GIROMINI F., 2012, page 257).

L'implication corporelle est parfois difficile quand on est décontenancé par les actions du patient. Avec Samuel, son attitude m'a laissée perplexe et j'ai éprouvé des difficultés à lui faire des propositions susceptibles de faire émerger ses compétences. Néanmoins, l'implication corporelle est très importante pour motiver le patient à faire des efforts importants. Avec Arthur, le soutien verbal et les nombreux encouragements lui ont permis de mobiliser ses capacités. Avec un autre patient, j'ai rampé avec lui afin de créer une situation motivante pour qu'il puisse me montrer tout son potentiel.

2) La disponibilité du psychomotricien

La situation d'observateur actif dans la relation nécessite une disponibilité importante du thérapeute. Selon Catherine Potel, le thérapeute doit être disponible à la fois pour recevoir et pour analyser la situation dans laquelle il se trouve (POTEL C., 2015). Cette disponibilité se traduit selon Bernard Golse par le fait d'être « réceptif à l'inattendu » (DELION P., 2008, page 69) et « disponible pour remarquer et prendre en compte des éléments de l'interaction qui ne sont connus à l'avance » (DELION P., 2008, page 69).

Le psychomotricien, par sa disponibilité, « prête en quelque sorte son appareil perceptif, sa sensibilité, sa sensori-motricité, sa corporéité, pour accueillir, pour raisonner aux sensations » (POTEL C., 2015, page 122). Le psychomotricien doit donc être disponible pour recevoir le vécu corporel du patient.

II - Le contre-transfert corporel

La disponibilité et l'engagement psychocorporel du psychomotricien lui permettent de recevoir les manifestations psychocorporelles. Le contre-transfert corporel permet, lui, de leur donner du sens.

1) Définition du concept de « contre-transfert corporel »

Catherine Potel est à l'origine du concept de « contre-transfert corporel ». Celui-ci « associe aux éprouvés « empathiques » émotionnels, les éprouvés sensoriels, vécus et transmis presque parfois par contagion dans le corps du thérapeute, qui y accorde toute son attention pour les penser et les transformer en représentation, d'abord pour lui-même et ensuite pour son patient » (POTEL C., 2015, page 37). Selon Catherine Potel, le contre-transfert corporel est amené par les manifestations psychocorporelles du patient (POTEL C., 2015).

Le psychomotricien a un rôle d'étayage important des éprouvés corporels qui est permis par le contre-transfert corporel. Il doit essayer de trouver du sens aux manifestations psychocorporelles par rapport à ce qu'il connaît de la personne, au contexte et aux événements qui viennent de se produire. Il ne s'agit cependant pas d'être dans l'interprétation des manifestations corporelles, mais de mettre en lien les manifestations du patient avec celles de l'environnement.

Néanmoins, ce rôle d'étayage n'est pas toujours facile à endosser. Dans le cas de Samuel, ses réactions tonico-émotionnelles, fréquentes, témoignant de son angoisse, m'ont

décontenancée, ne sachant pas quoi faire pour atténuer cette anxiété et cette hypervigilance que je ressentais.

2) Permettre le processus de symbolisation

Donner un sens aux manifestations psychocorporelles du patient permet d'amorcer le processus de symbolisation, c'est-à-dire transformer la « matière première » (FREUD S., 1900) qui est « multisensorimotrice, multiperceptive, multipulsionnelle » (ROUSSILLON R., 2011, page 26) en une représentation psychique.

Selon René Roussillon, le psychomotricien doit avoir trois fonctions pour permettre le processus de symbolisation : « la fonction phorique » (ROUSSILLON R., 2011, page 28) qui consiste à porter le contenu du transfert, « la fonction sémaphorique » (Ibid) qui a pour rôle de transformer en une forme assimilable ce même contenu, et enfin « la fonction métaphorique » (Ibid) qui donne du sens à cette matière première, afin qu'elle soit symbolisée.

Ce processus de symbolisation et d'étayage est essentiellement mis en œuvre lors des prises en charge. Néanmoins, il me semble important de l'utiliser également lors de l'observation psychomotrice afin de mettre en mot les difficultés, les capacités et les sensations du patient. Cela permet qu'il se soit pas envahi par ses émotions et sensations et également de soutenir ses expériences corporelles.

III - Conclusion

A travers l'attitude du psychomotricien, c'est-à-dire son engagement psychocorporel et sa disponibilité, la relation et la communication pourront s'établir malgré les atteintes importantes des personnes polyhandicapées.

Cette attitude va également permettre au psychomotricien d'être attentif aux manifestations psychocorporelles et de les recevoir. Grâce au contre-transfert corporel, il pourra leur donner sens et ainsi amorcer un processus de symbolisation.

E - LE BILAN PSYCHOMOTEUR COMME MÉDIATION A LA RENCONTRE

« Une rencontre thérapeutique. Le patient apporte sa partition, écrite par l’histoire de ses peines, de ses angoisses et de ses chagrins, l’histoire des siens. Le thérapeute entend la mélodie, trouve la tonalité, rejoue les notes des refrains. Il apporte aussi des nuances, introduit de nouveaux tempos, crée des effets de surprise. D’autres couplets s’inventent. Pour cela, il doit faire confiance en son instrument, son corps qui résonne et qui pense ».

(POTEL C.,2015, page 75)

I - La rencontre

La rencontre désigne « le fait, pour deux personnes, de se trouver (par hasard ou non) en contact » (MORVAN D., 1996, page 1218). Le verbe « rencontrer » signifie, lui, « se trouver pour la première fois avec quelqu’un » et a pour synonyme, « faire la connaissance de » (MORVAN D., 1996, page 1218). Se rencontrer, c’est donc entrer en relation avec quelqu’un pour apprendre à le connaître. La rencontre peut être volontaire, involontaire, prévue ou imprévue.

1) La rencontre dans le cadre du bilan psychomoteur

Dans le cadre du bilan psychomoteur, la rencontre est intentionnelle puisqu’un cadre spatio-temporel est défini. Celle-ci a également un objectif défini et précis : réaliser un examen psychomoteur. Des rencontres informelles lors des temps de vie, ou plus formelles, lors de l’entretien du bilan psychomoteur, peuvent avoir eu lieu avant la réalisation de l’examen psychomoteur dans le but de se présenter à la personne et de lui préciser les objectifs de notre rencontre.

Le bilan psychomoteur peut donc être entendu comme une rencontre organisée, prévue. D’après Florence Désobea, « la rencontre est le préalable à toute approche de l’enfant » (DESOBEAU F., 2008, page 20). Elle précise ensuite que « le rencontrer va supposer une présence attentive à ce qu’il manifeste » (DESOBEAU F., 2008, page 22). Ainsi, la rencontre, selon Florence Désobea, implique une observation et la recherche des manifestations psychocorporelles : « le psychomotricien rencontre le sujet là où il est, dans la moindre expression de lui-même » (DESOBEAU F., 2008, page 62). Le bilan psychomoteur permet

d'observer ces manifestations et également d'appréhender l'organisation psychomotrice du patient.

2) La rencontre d'une personne polyhandicapée

Rencontrer une personne polyhandicapée n'est pas simple. Ses atteintes physiques et intellectuelles peuvent désarçonner en première intention. D'un point de vue physique, certaines personnes polyhandicapées présentent des déformations orthopédiques qui peuvent être impressionnantes. Par ailleurs, la déficience intellectuelle sévère ou profonde qui caractérise la situation de polyhandicap limite les moyens de communication. Le langage n'est souvent pas acquis ou bien restreint. Il faut donc chercher d'autres moyens pour entrer en relation et communiquer.

II - Les enjeux de la rencontre

Les enjeux de la rencontre sont multiples. Selon moi, pour rencontrer une personne, notamment dans le cadre du polyhandicap, il faut tout d'abord entrer en relation, rechercher un moyen de communication pour apprendre à la connaître.

1) Se rencontrer : entrer en relation

La relation est définie comme le « lien de dépendance ou d'influence réciproque (entre personnes) » (MORVAN D., 1996, page 1210). Cela renvoie donc au fait d'entrer en interaction. Une interaction est « l'influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes avec les notions de réciprocité et d'interdépendance » (ALBARET J-M, GIROMINI F., SCIACOM P., 2011, page 95).

On distingue plusieurs types d'interactions : les interactions comportementales qui correspondent aux interactions corporelles, visuelles et vocales, les interactions affectives et les interactions fantasmatiques. Dans le cadre du bilan psychomoteur avec les personnes polyhandicapées, les interactions comportementales sont celles qui vont être majoritairement mises en jeu. A travers les regards, les sons et les ajustements posturaux, une communication peut s'établir et une relation s'amorcer. Pour entrer réellement en relation, il faut que ces diverses interactions se synchronisent, c'est-à-dire qu'il y ait une harmonisation, la recherche d'un ajustement entre les deux partenaires de l'interaction. Cet accordage est à la fois rythmique, tonique et sensoriel.

D'après Caroline Cilia, le psychomotricien s'attache « aux sensations, aux tensions corporelles, aux postures, aux déséquilibres, à la difficulté de se laisser porter, aux préférences sensorielles » (CILIA C., 2014, page 33) et il y répond « par un ajustement de [son] propre corps » (CILIA C., 2014, page 33). Cet ajustement corporel est généralement réciproque. Néanmoins, dans le cadre du polyhandicap, c'est le psychomotricien qui s'ajuste au patient car celui-ci n'a pas toujours les capacités nécessaires pour s'adapter. Cet ajustement n'est pas toujours aisé à trouver car il faut s'adapter aux déficiences importantes de la personne et à son mode de fonctionnement.

Par exemple, Arthur présente un temps de latence important. Je lui ai donc laissé beaucoup de temps pour répondre aux propositions que je lui faisais. Néanmoins, il m'était difficile de choisir quand arrêter la proposition afin de ne pas le laisser en difficulté, tout en lui laissant suffisamment de temps pour répondre. Cette distinction entre lenteur et difficulté a été difficile à percevoir.

Selon Françoise Giromini, « se rencontrer, c'est également prendre conscience de sa difficulté ou de sa facilité à aller vers l'autre, qui se traduit corporellement par des réactions de prestance et des manifestations d'ordre émotionnel. » (GIROMINI F., 2012, page 257). « C'est aussi éprouver les limites de la rencontre avec autrui, c'est percevoir et respecter l'espace et la temporalité d'autrui par rapport à soi-même, c'est construire une éthique relationnelle » (GIROMINI F., 2012, page 257).

Les premières interactions et cet ajustement relationnel lors de la rencontre ont un rôle important pour mettre en confiance le patient et créer une alliance thérapeutique permettant le bon déroulement de l'observation psychomotrice.

2) Se rencontrer : communiquer

La communication est définie comme « le fait de communiquer, d'établir une relation avec quelqu'un » (MORVAN D., 1996, page 304). C'est une « relation dynamique qui intervient dans un fonctionnement ; échange de signes, de messages entre un émetteur et un récepteur » (MORVAN D., 1996, page 304). La communication permet l'échange d'information.

Dans le cas du polyhandicap, la déficience intellectuelle sévère des patients limite les possibilités de compréhension du langage oral. Ainsi, l'engagement psychocorporel du psychomotricien est primordial afin d'utiliser d'autres moyens de communication basés sur

l'aspect corporel. La communication non-verbale, dont fait partie le dialogue tonico-émotionnel, est un outil fondamental du psychomotricien.

a) La communication non-verbale

Jacques Corraze définit la communication non-verbale comme « l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores » (CORRAZE J., 1980, page 15).

Eric Pireyre a défini le concept de « communication corporelle », c'est-à-dire un moyen de communication qui passe par des canaux corporels pour exprimer des émotions (PIREYRE E., 2011). Ces canaux sont les « modifications toniques, réactions de prestance, attitudes corporelles, mimiques et activité motrice » (PIREYRE E., 2011, page 135). Il ajoute que le regard et le dialogue tonico-émotionnel font partie de la communication corporelle.

Dans le cadre du polyhandicap, la communication corporelle est utilisée car l'accès au langage oral est souvent impossible. Ainsi, le psychomotricien utilise la communication corporelle pour se faire comprendre mais également pour comprendre le patient : « Le psychomotricien s'efforce de comprendre le message que l'enfant lui adresse par ses gestes, ses mimiques, ses attitudes corporelles, ainsi que par sa manière d'investir et d'utiliser l'espace ». (HERZOG M-H., 2004, page 18). Pour le psychomotricien, la communication non-verbale accompagne le langage oral. D'après Clémence Esnault, « communiquer par l'action reste le plus facile quand le langage et les gestes ne suffisent pas ». Elle précise ensuite que la communication corporelle peut être intentionnelle ou spontanée (ESNAULT C., 2016, page 21).

Lors de l'observation d'Arthur, son inertie est importante. Ses réactions motrices sont très limitées. Ainsi, il peut bouger certaines parties de son corps mais les amplitudes sont très faibles. Cela nécessite donc une attention importante et cela ne facilite pas la communication corporelle. Par ailleurs, la communication avec Arthur est rendue compliquée par l'absence de code de communication mis en place. Il n'a pas la possibilité de dire « oui » ou « non » alors qu'il semble en avoir les capacités cognitives.

J'ai également éprouvé des difficultés à communiquer avec Samuel. Samuel n'imité pas, ne comprend pas ou ne répond pas aux consignes que je lui donne. Il me regarde très peu dans les yeux.

b) Le dialogue tonico-émotionnel

Henri Wallon et Julien De Ajuriaguerra sont à l'origine du concept de « dialogue tonico-émotionnel ». Ce dialogue est composé de « phénomènes moteurs » et constitue « le prélude du dialogue verbal ultérieur » (AJURIAGUERRA J., ANGELERGUES R., 1962, page 193).

Le dialogue tonico-émotionnel est le moyen de communication privilégié entre la mère et l'enfant. Ce mode de communication non-verbale s'exprime à travers « les postures, les mouvements, dans les vibrations corporelles, dans les tensions et les détentes » (ALBARET J-M, GIROMINI F., SCIACOM P., 2011, page 158). Ainsi, les états toniques permettent de véhiculer des émotions.

D'après Franco Boscaïni et Alexandrine Saint-Cast, les émotions sont le point de départ de la relation car elles permettent la rencontre et l'échange avec autrui. Ainsi, la communication non-verbale permet l'émergence d'une relation, d'un échange qui permet la rencontre (BOSCAINI F., SAINT-CAST A., 2010).

Selon Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval, « la tonicité est un baromètre interne » qui permet de « rencontrer l'autre en soi ; se rencontrer soi-même ; rencontrer le bébé qui n'a pas encore de langage parlé » (ALBARET J-M, GIROMINI F., SCIACOM P., 2011, page 157).

Par la communication non-verbale, le psychomotricien et son patient peuvent entrer en relation, communiquer, interagir et donc se rencontrer. Dans le cadre du polyhandicap, le dialogue tonico-émotionnel est parasité par les troubles du tonus liés aux atteintes neuro-motrices. Ce dialogue met donc parfois plus de temps à se mettre en place. Il permet néanmoins de percevoir l'état tonique et émotionnel du patient. A travers son ajustement tonique, le psychomotricien peut aider son patient à réguler son tonus ou ses émotions. Le dialogue peut alors s'établir. Arthur, par exemple, communique grâce à la tension et à la détente, en contractant l'ensemble de son corps à certains moments ou en soupirant à d'autres. Samuel, lui, exprime son anxiété par des réactions tonico-émotionnelles importantes.

III - La rencontre dans le cadre du bilan psychomoteur

1) Une rencontre thérapeutique

Le bilan psychomoteur, et plus précisément l'examen psychomoteur, permet d'entrer en relation avec le patient et de communiquer et interagir avec lui. Néanmoins, ce bilan a un

objectif précis : il doit permettre d'appréhender l'organisation psychomotrice du patient. La connaissance du patient est donc orientée vers sa manière d'être d'un point de vue psychomoteur. Ainsi, le bilan psychomoteur permet une rencontre mais celle-ci permet de saisir que certains aspects de la personnalité du patient.

On pourrait ainsi qualifier cette rencontre de thérapeutique comme le propose Catherine Potel. Elle écrit, en effet, que le bilan psychomoteur offre « un cadre pour penser la rencontre thérapeutique » (POTEL C., 2015, page 119). L'adjectif « thérapeutique » me semble important à ajouter. Dans le cadre du bilan psychomoteur, la rencontre est thérapeutique car elle a un objectif précis, elle a pour but de proposer, si besoin est, une prise en charge en psychomotricité.

Par ailleurs, cette rencontre est également thérapeutique car elle a pour rôle d'amorcer une dynamique de changement chez le patient. Elle permet au patient de prendre conscience de ses capacités et de ses difficultés et également de saisir les objectifs de la psychomotricité. La notion de rencontre telle que je l'ai définie au début de cette partie implique en effet une notion de réciprocité dans la rencontre. Chacun apprend à connaître l'autre.

Enfin, dans le cadre du polyhandicap, l'attitude du psychomotricien n'est pas neutre comme cela peut être le cas lors d'une évaluation psychomotrice. Celle-ci est aussi thérapeutique car le psychomotricien propose un étayage corporel et la verbalisation des éprouvés corporels en portant attention aux manifestations psychocorporelles du patient.

2) Une rencontre dans un contexte particulier

Le contexte et la personnalité du patient peuvent influencer cette rencontre. Au cours du bilan psychomoteur, situation particulière pour le patient, celui-ci peut avoir un comportement différent de celui qu'il adopte dans d'autres situations. Son comportement peut également se révéler différent dans les séances qui suivent le bilan psychomoteur. Le psychomotricien ne peut observer que ce que la personne veut bien lui laisser voir.

3) Conclusion

Le bilan psychomoteur permet donc une rencontre, mais celle-ci n'est que partielle. La rencontre est limitée car elle a un objectif particulier qui ne permet de percevoir qu'une partie de la personnalité du patient et qu'elle a lieu dans un espace singulier. Le travail en équipe pluridisciplinaire prend alors tout son sens car chacun rencontre le patient dans un contexte différent et peut donc apporter son point de vue. L'ensemble de l'équipe peut ainsi proposer une prise en charge adaptée au patient.

CONCLUSION

A travers ce mémoire, je me suis questionné sur les modalités et les fonctions du bilan psychomoteur chez les personnes polyhandicapées. Les déficiences de ces patients étant sévères et multiples, l'utilisation de tests standardisés n'est pas possible. Ainsi, j'ai mis au point une grille d'observation afin de réaliser un examen psychomoteur. Celle-ci m'a permis d'appréhender l'organisation psychomotrice du patient et de comprendre son processus de développement. Elle m'a également aidée à cerner la problématique psychomotrice du patient, à élaborer un projet thérapeutique et à rédiger le compte-rendu du bilan psychomoteur. Je n'ai pas eu l'occasion d'utiliser cette grille pour suivre l'évolution psychomotrice d'un patient, mais celle-ci me semble pouvoir également avoir cette fonction.

En réalisant ces observations psychomotrices, je me suis interrogé sur la posture du psychomotricien qui, à travers son engagement psychocorporel et sa disponibilité, permet d'établir une relation et une communication avec les personnes polyhandicapées qui n'ont souvent pas accès au langage verbal.

Je me suis également questionné sur les difficultés que j'ai rencontrées et sur les limites de l'observation. En effet, celle-ci est influencée par la subjectivité du psychomotricien et les limites de l'observateur. Ces limites sont à prendre à compte dans les résultats de l'observation psychomotrice car parfois il est difficile de créer des situations propices à l'expression de certaines compétences. Néanmoins, elles ne constituent pas un obstacle pour cerner l'organisation psychomotrice du patient.

Enfin, je me suis demandé si le bilan psychomoteur pouvait être une médiation à la rencontre. Je me suis ainsi rendu compte que le bilan psychomoteur était un moment propice pour établir une relation thérapeutique avec le patient et communiquer avec lui. Ainsi, le bilan psychomoteur m'a permis de rencontrer le patient. Néanmoins, cette rencontre n'est que partielle car elle est axée sur ses compétences psychomotrices. Elle ne concerne que quelques aspects de sa personnalité.

L'élaboration de cette grille d'observation psychomotrice dans le but de réaliser un bilan psychomoteur a suscité beaucoup de discussions très enrichissantes avec mes maîtres de stage et de mémoire. Ainsi, il me semblerait intéressant que des groupes de travail composés de psychomotriciens élaborent une grille d'observation psychomotrice qui puisse être validée dans le champ du polyhandicap.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA J., ANGELERGUES R. (1962), « De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui : à propos de l'œuvre d'Henri Wallon », *L'évolution psychiatrique*, n°3, pages 3 à 25.
- ALBARET J-M, GIROMINI F., SCIACOM P. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2016), *Mini DSM-5*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1995.
- BALLOUARD C. (2003), *Le travail du psychomotricien*, Paris, Dunod, 2006.
- BASLE G. (2005), *Plan Action Polyhandicap*, Paris, GPF.
- BERARD C. (2008), *La paralysie cérébrale de l'enfant*, Montpellier, Sauramps Médical.
- BION W-R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 2003.
- BOSCAINI F., SAINT-CAST A. (2010), « L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice », *Enfance & Psy*, n°49, pages 78 à 88.
- BRAZELTON T-B., KEVIN NUGENT J. (2001), *Echelle d'évaluation du comportement néonatal de Brazelton*, Médecine et Hygiène.
- BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*, Toulouse, Erès, 2015.
- C.E.N. (2005), *Neurologie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2016.
- CARRIC J-C (2001), *Lexique du psychomotricien*, Paris, Vernazobres-Grego.
- CHAVAROCHE P. (2002), *Travailler en MAS*, Toulouse, Erès, 2013.
- CILIA C. (2014), *L'engagement du psychomotricien dans la relation auprès de jeunes enfants. Une histoire de lâcher prise ?*, Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Paris, Université Pierre et Marie Curie (Paris VI).

- CORRAZE J. (1980), *Les communications non-verbales*, Paris, PUF, 2001.
- COSTE J-C. (1977), *La psychomotricité*, Paris, PUF, 1994.
- DELION P. (2008), *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*, Toulouse, Erès.
- DEROUETTE C. (2015), *Le polyhandicap au quotidien : guide à l'usage des aides médico-psychologiques*, Issy-les-Moulineaux, ESF Editeur.
- DESOBEAU F. (2008), *Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe*, Ramonville, Erès.
- DOLTO F. (1984), *L'image inconscience du corps*, Paris, Le Seuil, 2014.
- ESNAULT C. (2016), *Parle-moi avec ton corps, je t'écoute : analyse psychocorporelle de la communication, de la relation et de l'accès au langage chez une enfant sourde*, Paris, Université Pierre et Marie Curie (Paris VI).
- FREUD S. (1900), *L'interprétation du rêve*, Paris, PUF, 2010.
- FREUD S. (1913), *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1985.
- GADEAU L. (2002), « Voie de l'alliance thérapeutique. Pacte narcissique et temporalité », *Le divan familial*, n°9, pages 137 à 150.
- GEORGES-JANET L. (1996), « Le polyhandicap » in *Déficiência motrice et handicap*, Noisy-le-Grand, Association des Paralysés de France, pages 200 à 212.
- GIROMINI F. (2012), « La médiation en psychomotricité » in *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Paris, Erès, pages 253 à 264.
- HERZOG M-H. (2004), « Psychomotricité », *Connaissances surdités*, n°8, pages 18 à 19.
- HOUZEL D., GEISMANN C. (2000), *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*, Montrouge, Bayard Jeunesse.
- KERNBAUM S. (1975), *Dictionnaire de médecine Flammarion*, Paris, Flammarion, 2008.
- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Toulouse, Erès.
- MORVAN D. (1996), *Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur*, Paris, France Loisirs.

- PATTE K. (2014), *Le polyhandicap : de l'enfant à l'adulte*, Montpellier, Sauramps Médical.
- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod.
- POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès, 2013.
- POTEL C. (2015), *Du contre-transfert corporel. Une clinique psychothérapique du corps*, Toulouse, Erès.
- RAMIREZ L. (2015), *Angoisses archaïques et représentations du corps*, Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Université Claude-Bernard à Lyon.
- ROUSSILLON R. (2011), « Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations » in *Les médiations thérapeutiques*, Paris, Erès, pages 23 à 35.
- SAULUS G. (2007), « Polyhandicap, éthique et évaluation », *Motricité cérébrale*, n°28, pages 157 à 160.
- SAULUS G. (2008), « Modèle structural du polyhandicap, ou : comment le polyhandicap vient-il aux enfants », *Psychiatrie de l'enfant*, n°51, pages 153 à 191.
- SPINGA J-A., ZUCMAN E. (1989), « Le constat : des besoins très réels et un procès de rarence », *CTNERHI*, n°124, pages 1 à 6.
- VAIVRE-DOURET L. (2015), *Apports de l'examen psychomoteur et approches cliniques*, Paris, ERA.
- WINNICOTT (1971), *Jeu et réalité*, Paris, Galimard, 2013.
- ZUCMAN E. (1969), « La guidance parentale », *Réadaptation*, n°159, pages 89 à 97.
- ZUCMAN E. (2000), « Intérêt de la nouvelle définition », *CTNERHI*, n°236, pages 9 à 12.
- ZUCMAN E. (2007), *Auprès de la personne polyhandicapée. Une éthique de la liberté partagée*, Toulouse, Erès, 2011.

ANNEXES

ANNEXE I

GRILLE D'OBSERVATION

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

RESIDENCE

Adresse :

Téléphone :

- Père :
- Mère :

ENVIRONNEMENT ET CONDITIONS DE VIE

Vie familiale :

Profession des parents :

- Père :
- Mère :

Nombre de frères et sœurs :

Place dans la fratrie :

MESURES JUDICIAIRES, ADMINISTRATIVES OU SOCIALES

ETABLISSEMENT

Date d'entrée dans l'établissement :

Motif d'admission dans l'établissement :

BILAN PSYCHOMOTEUR

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

DATE DE L'EVALUATION :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

GROSSESSE ET NAISSANCE

Déroulement de la grossesse :

Terme de la grossesse :

Période post-natale :

DIAGNOSTIC

VIE QUOTIDIENNE

Alimentation :

Sommeil :

Traitement médicamenteux :

ELEMENTS PARTICULIERS

Comitativité :

Atteinte sensorielle :

Paralyse :

Appareillage :

O : Observé
NO : Non observé
NE : Non évalué

Liste des abréviations

VIE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

UNITE DE VIE

Nom de l'unité :

Référents équipe éducative :

Groupe d'internat :

AUTRES PRISES EN CHARGES

TONUS et POSTURE

Le tonus

	O	NO	NE	Observations
Tonus axial au repos				
Tonus périphérique au repos				
Tonus postural				
Tonus d'action				
Possibilité de régulation tonique				
Réactions tonico-émotionnelles				

Les compétences posturales

	O	NO	NE	Observations
Redressement de la tête				
Redressement du buste				
Décollement du bassin				
Tenue de tête				
Station assise				
Station debout				
Déclivité dorsale				
Déclivité ventrale				
Appui sur les avant-bras en DV				
Décolle bras et jambe en DV				
Réactions parachutes				

MOTRICITE GLOBALE

Activité posturale et motrice spontanée

	O	NO	NE	Observations
Position spontanée en décubitus dorsal				
Position spontanée en station assise				
Motricité réflexe ou volontaire				
Activité motrice spontanée				
Parties du corps sollicitées				
Mouvements anormaux				
Attitudes vicieuses				
Intentionnalité				
Réaction dans une situation de gêne				

Les changements de position

	O	NO	NE	Observations
Retournement du dos sur le côté				
Retournement du ventre sur le côté				
Retournement du ventre sur le dos				
Retournement du dos sur le ventre				
Passage couché-assis				
Passage assis-debout				
Manœuvre du tiré-assis				
Manœuvre du tiré-assis latéral				

Les organisations locomotrices

	O	NO	NE	Observations
Ramper				
Position ou marche de l'ours				
4 pattes				
Utilisation de la position chevalier servant				
Marche				
Accélérer le pas				
Trotter				
Courir				
Monter des escaliers				
Descendre des escaliers				
Sauter à pieds joints				
Sauter sur un pied				
S'asseoir sur une chaise				
Se lever d'une chaise				

Equilibre statique

	O	NO	NE	Observations
Se tenir sur un pied				
Se tenir les pieds joints				
Se tenir sur la pointe des pieds				

**COORDINATIONS FINES ET
COORDINATIONS OCULO-MANUELLES**

Préhension

	O	NO	NE	Observations
Préhension volontaire				
Grasping				
Prise cubito-palmaire				
Prise palmaire				
Pince inférieure				
Pince supérieure				
Délieement digital				
Qualité du geste volontaire				
Capacité d'anticipation du mouvement				

Manipulation des objets

	O	NO	NE	Observations
Lâcher de l'objet				
Lâcher volontaire de l'objet				
Met l'objet à la bouche				
Passer l'objet d'une main à l'autre				
Centre ses mains sur l'objet				

Exploration des objets

	O	NO	NE	Observations
Découverte sensorielle de l'objet				
Regarde l'objet				
Cherche l'objet avec ses mains				
Attrape l'objet				
Dirige ses mains vers l'objet				
Se déplace pour saisir l'objet				

SENSORIALITE

La vision

	O	NO	NE	Observations
Intérêt pour les objets lumineux ou colorés				
Réactions corporelles				
Fixation oculaire				
Poursuite oculaire				
Trouble de la motricité oculaire				
Trouble du champ visuel				
Vision centrale et périphérique				
Orientation visuelle				
Essaie d'attraper l'objet ou l'attrape				
Couleur(s) préférentielle(s)				

L'audition

	O	NO	NE	Observations
Intérêt pour les objets sonores				
Réactions corporelles				
Sensibilité préférentielle (aigu/grave)				
Orientation du regard				
Reconnaissance de la voix				

L'odorat

	O	NO	NE	Observations
Intérêt pour les odeurs				
Réactions corporelles				
Manifestation de plaisir				
Manifestation de déplaisir				

Le tact

	O	NO	NE	Observations
Réactions corporelles				
Méiateurs appréciés / non appréciés				
Exploration tactile des objets				

La sensibilité vestibulaire

	O	NO	NE	Observations
Réactions aux changements de position				
Réactions aux balancements				

La sensibilité vibratoire

	O	NO	NE	Observations
Réactions aux vibrations				

Réactions aux flux sensoriels

	O	NO	NE	Observations
Hypersensibilité				
Hyposensibilité				
Facteur émotionnel				
Habituation				
Mémoire				
Fatigabilité				

ESPACE et TEMPS

	O	NO	NE	Observations
Croise son axe du corps				
Réactions à un espace nouveau				
Repérage dans l'établissement				
Notions spatiales				
Effet spatial du geste				

	O	NO	NE	Observations
Rythme personnel				

Reproduction de rythme				
Réaction à un changement de rythme				
Repérage dans la journée				
Notions temporelles				

SCHEMA CORPOREL et IMAGE DU CORPS

	O	NO	NE	Observations
Reconnaît les parties de son corps				
Reconnaît les parties du corps d'autrui				
Désigne les parties de son corps				
Désigne les parties du corps d'autrui				
Nomme les parties de son corps				
Nomme les parties du corps d'autrui				
Réaction devant le miroir				

LATERALITE

	O	NO	NE	Observations
Latéralité fonctionnelle main et pied				

COMPETENCES COGNITIVES

	O	NO	NE	Observations
Permanence de l'objet				
Mémoire				

Attention, curiosité			
Lien de cause à effet			
Accès au symbolisme			

	O	NO	NE	Observations
Connaissance des couleurs				
Compter				
Sérialisation				
Notion de quantité				
Classification				

COMMUNICATION

	O	NO	NE	Observations
Qualité du regard				
Suivi du regard				
Désir de communication				
Emission de sons				
Modulation de sons				
Langage				
Communication corporelle				
Compréhension du oui et non				
Fiabilité du oui et non				
Expression des émotions				

Capacité d'opposition			
Manifestation d'envie ou de choix			
Gestes symboliques ou mimiques			
Sourire réponse			
Pointage			
Réactions aux sollicitations			
Interpellation de son entourage			
Dialogue tonique			

COMPORTEMENT

	O	NO	NE	Observations
Etat comportemental				
Etat de vigilance				
Expressivité				
Présence au monde				
Réactions à la difficulté				
Réactions aux félicitations				
Désir d'autonomie				
Réactions tonico-émotionnelles				
Séréotypes				
Agressivité ou automutilation				
Disponibilité				

REACTIONS VEGETATIVES

	O	NO	NE	Observations
Coloration de la peau				
Température corporelle				
Réactions de la pupille				
Respiration				
Réactions au chaud et au froid				

ANNEXE II

GRILLE

D'OBSERVATION

DE SAMUEL

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

RESIDENCE

Adresse : Non renseignée pour cause d'anonymat

Téléphone :

- Père : Non renseigné pour cause d'anonymat
- Mère : Non renseigné pour cause d'anonymat

ENVIRONNEMENT ET CONDITIONS DE VIE

Vie familiale : Parents séparés. Vit avec sa mère. Ne connaît pas son père

Profession des parents :

- Père : Non renseignée pour cause d'anonymat
- Mère : Non renseignée pour cause d'anonymat

Nombre de frères et sœurs : Aucun

Place dans la fratrie : /

MESURES JUDICIAIRES, ADMINISTRATIVES OU SOCIALES

Tutelle

ETABLISSEMENT

Date d'entrée dans l'établissement : 6 septembre 2016

Motif d'admission dans l'établissement :

Polyhandicap avec retard psychomoteur et syndrome pyramidal

BILAN PSYCHOMOTEUR

NOM : X

PRENOM : Samuel

DATE DE NAISSANCE : 23 décembre 1994

DATE DE L'EVALUATION : 2 décembre 2016

PARCOURS INSTITUTIONNEL OU PRISES EN CHARGE ANTERIEURES

1995 : SESSAD

2003 - 2008 : CESAP

2009 - 2014 : Structure pour adolescents polyhandicapés avec internat toutes les trois semaines pendant une semaine

2014 - 2015 : FAM

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

112

GROSSESSE ET NAISSANCE

Déroulement de la grossesse : RAS

Terme de la grossesse : A terme

Période post-natale :

Troubles du sommeil

Stagnation du périmètre crânien entre 4 et 6 mois

4 pattes à 10 mois et marche avec aide à 10 ans

DIAGNOSTIC

Polyhandicap avec retard psychomoteur et syndrome pyramidal

Maladie de Kawasaki diagnostiquée en 1999

ANTECEDENTS MEDICO - CHIRURGICAUX

Janvier 1999 : Maladie de Kawasaki avec thrombose majeure, hydrocholécyste, complication d'anévrisme de la coronaire droite et coronaire gauche d'aspect irrégulier. Traitement à base d'aspirine et échographie du cœur tous les ans.

Novembre 2000 : Imagerie cérébrale montrant une atrophie cortico-sous-corticale diffuse sans anomalie spécifique.

2004 : Crise d'épilepsie généralisée tonico-clonique sans récurrence dans un contexte d'apyrexie.

2007 : EEG révèle un tracé trop lent sans anomalie.

2009 : Complément d'exploration génétique sans réponse.

2010 : Malaises récidivants non épileptiques.

2011 : Scoliose thoraco-lombaire modérée à 10° de convexité gauche, rétraction des tendons d'Achille, rotation externe importante des hanches.

VIE QUOTIDIENNE

Alimentation :

Mange en petits morceaux. Pas de trouble de la déglutition

Sommeil :

Sommeil léger

Traitement médicamenteux :

Aspégic

ELEMENTS PARTICULIERS

Comitialité :

Une crise sans récidive

Atteinte sensorielle :

Pas d'atteinte

Paralysie :

Syndrome pyramidal

Appareillage :

Fauteuil roulant manuel de type Riocross

O : Observé
NO : Non observé
NE : Non évalué

Liste des abréviations

VIE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

UNITE DE VIE

Nom de l'unité : Verte

Référents équipe éducative : Non renseigné pour cause d'anonymat

Groupe d'internat : Groupe 4

AUTRES PRISES EN CHARGES

Activités éducatives : Snoezelen-basale, détente, karaoké

Groupe d'exploration sensorielle avec une psychomotricienne et ses encadrants

Groupe zoothérapie

Activité judo

TONUS et POSTURE

Le tonus

	O	NO	NE	Observations
Tonus axial au repos	X			Normal
Tonus périphérique au repos	X			Légère spasticité au niveau inférieur
Tonus postural	X			Bonne tenue de l'axe
Tonus d'action	X			Adapté
Possibilité de régulation tonique	X			Bonne
Réactions tonico-émotionnelles	X			Cris et hyperextension

Les compétences posturales

	O	NO	NE	Observations
Redressement de la tête	X			Bon tonus axial
Redressement du buste	X			Bon tonus axial
Décollement du bassin	X			Quand hyperextension
Tenue de tête	X			Bon tonus axial
Station assise	X			Essentiellement en tailleur
Station debout	X			Tient debout avec aide pour se stabiliser
Déclivité dorsale	X			
Déclivité ventrale	X			
Appui sur les avant-bras en DV	X			
Décolle bras et jambe en DV			X	
Réactions parachutes		X		Quelques ajustements toniques

MOTRICITE GLOBALE

Activité posturale et motrice spontanée

	O	NO	NE	Observations
Position spontanée en décubitus dorsal	X			Jambes pliées et de courte durée
Position spontanée en station assise	X			En tailleur
Motricité réflexe ou volontaire	X			Volontaire
Activité motrice spontanée	X			Tire sur les objets, avance sur les fesses
Parties du corps sollicitées	X			Buste et membres supérieurs
Mouvements anormaux		X		Absence
Attitudes vicieuses		X		
Intentionnalité	X			Semble vouloir mais peu de motivation
Réaction dans une situation de gêne	X			Ne cherche pas de solution

Les changements de position

	O	NO	O	Observations
Retournement du dos sur le côté	X			Possible sur induction pour compréhension
Retournement du ventre sur le côté	X			Avec induction pour compréhension
Retournement du ventre sur le dos	X			Avec induction pour compréhension
Retournement du dos sur le ventre	X			Avec induction pour compréhension
Passage couché-assis	X			Autonome avec aide membres supérieurs
Passage assis-debout	X			Besoin d'aide Souvent ne plie pas ses jambes
Manœuvre du tiré-assis			X	
Manœuvre du tiré-assis latéral			X	

Les organisations locomotrices

	O	NO	NE	Observations
Ramper	X			N'arrive pas à pousser sur ses jambes
Position ou marche de l'ours		X		
4 pattes	X			Position prise mais n'avance pas
Utilisation de la position chevalier servant	X			Pas systématique, si position 4 pattes
Marche	X			Aide. Très en arrière. Projette ses pieds en avant
Accélérer le pas			X	
Trotter			X	
Courir			X	
Monter des escaliers			X	
Descendre des escaliers			X	
Sauter à pieds joints			X	
Sauter sur un pied			X	
S'asseoir sur une chaise	X			Part en arrière. Ne plie pas ses jambes
Se lever d'une chaise	X			Avec aide seulement

Equilibre statique

	O	NO	NE	Observations
Se tenir sur un pied			X	
Se tenir les pieds joints			X	
Se tenir sur la pointe des pieds			X	

COORDINATIONS FINES ET COORDINATIONS OCULO-MANUELLES

Préhension

	O	NO	NE	Observations
Préhension volontaire	X			
Grasping		X		
Prise cubito-palmaire		X		
Prise palmaire	X			
Pince inférieure		X		
Pince supérieure	X			
Déliement digital	X			Déliement index
Qualité du geste volontaire	X			Bonne préhension
Capacité d'anticipation du mouvement	X			Pas d'ajustement du geste à la distance

Manipulation des objets

	O	NO	NE	Observations
Lâcher de l'objet	X			Lâche quand ne l'utilise plus
Lâcher volontaire de l'objet	X			Possible sur consigne
Met l'objet à la bouche		X		
Passer l'objet d'une main à l'autre	X			
Centre ses mains sur l'objet	X			

Exploration des objets

	O	NO	NE	Observations
Découverte sensorielle de l'objet	X			Minime
Regarde l'objet	X			
Cherche l'objet avec ses mains	X			
Attrape l'objet	X			Après beaucoup d'encouragements
Dirige ses mains vers l'objet	X			Pas d'adaptation à la distance de l'objet
Se déplace pour saisir l'objet	X			

SENSORIALITE

La vision

	O	NO	NE	Observations
Intérêt pour les objets lumineux ou colorés		X		
Réactions corporelles		X		
Fixation oculaire	X			
Poursuite oculaire	X			
Trouble de la motricité oculaire		X		
Trouble du champ visuel		X		
Vision centrale et périphérique	X			Centrale
Orientation visuelle	X			
Essaie d'attraper l'objet ou l'attrape	X			
Couleur(s) préférentielle(s)			X	

L'audition

	O	NO	NE	Observations
Intérêt pour les objets sonores	X			
Réactions corporelles	X			Attentif, s'oriente vers la source
Sensibilité préférentielle (aigu/grave)			X	
Orientation du regard	X			Gauche et droite
Reconnaissance de la voix			X	

L'odorat

	O	NO	NE	Observations
Intérêt pour les odeurs			X	Refus de sentir
Réactions corporelles			X	
Manifestation de plaisir			X	
Manifestation de déplaisir			X	

Le tact

	O	NO	NE	Observations
Réactions corporelles	X			Contracte la partie touchée
Médiateurs appréciés / non appréciés	X			Plus réactif aux pressions
Exploration tactile des objets	X			

La sensibilité vestibulaire

	O	NO	NE	Observations
Réactions aux changements de position	X			Pas de réactions parachutes
Réactions aux balancements	X			Pas très à l'aise dans la sangle de transfert

La sensibilité vibratoire

	O	NO	NE	Observations
Réactions aux vibrations	X			Peu de réactions

Réactions aux flux sensoriels

	O	NO	NE	Observations
Hypersensibilité		X		
Hyposensibilité		X		
Facteur émotionnel	X			
Habitude			X	
Mémoire			X	
Fatigabilité		X		

ESPACE et TEMPS

	O	NO	NE	Observations
Croise son axe du corps		X		Attrape Main D quand à droite et réciproquement
Réactions à un espace nouveau	X			Un peu anxieux
Repérage dans l'établissement			X	
Notions spatiales			X	
Effet spatial du geste	X			Anticipe l'action de ses gestes

	O	NO	NE	Observations
Rythme personnel	X			Modéré

	X			Pas d'imitation
Reproduction de rythme			X	
Réaction à un changement de rythme			X	
Repérage dans la journée			X	
Notions temporelles			X	

SCHEMA CORPOREL et IMAGE DU CORPS

	O	NO	NE	Observations
Reconnaît les parties de son corps			X	
Reconnaît les parties du corps d'autrui			X	
Désigne les parties de son corps			X	
Désigne les parties du corps d'autrui			X	
Nomme les parties de son corps			X	
Nomme les parties du corps d'autrui			X	
Réaction devant le miroir	X			Pas de réactions

LATERALITE

	O	NO	NE	Observations
Latéralité fonctionnelle main et pied	X			Non latéralisé

COMPETENCES COGNITIVES

	O	NO	NE	Observations
Permanence de l'objet	X			Acquise
Mémoire	X			Reconnaît certains objets

Attention, curiosité	X			Inhibition Attention labile
Lien de cause à effet	X			
Accès au symbolisme			X	

	O	NO	NE	Observations
Connaissance des couleurs			X	
Compter			X	
Sérialisation			X	
Notion de quantité			X	
Classification			X	

COMMUNICATION

	O	NO	NE	Observations
Qualité du regard	X			Regarde les objets mais peu les adultes
Suivi du regard	X			
Désir de communication	X			Relation angoissante
Emission de sons	X			Cris
Modulation de sons	X			Cris forts et moins forts
Langage		X		
Communication corporelle	X			Sourire, hyperextension, cris
Compréhension du oui et non		X		
Fiabilité du oui et non	X			Mouvement tête pour le non. Oui non observé
Expression des émotions	X			Mécontent : tape fauteuil Autres : cris

Capacité d'opposition	X			
Manifestation d'envie ou de choix	X			Se dirige ou montre
Gestes symboliques ou mimiques		X		
Sourire réponse	X			
Pointage	X			Tend le bras vers l'objet
Réactions aux sollicitations	X			
Interpellation de son entourage	X			Cris
Dialogue tonique	X			Répond par opposition aux inductions

COMPORTEMENT

	O	NO	NE	Observations
Etat comportemental	X			Vigilant pendant la séance
Etat de vigilance	X			Important
Expressivité	X			Sourire et quand triste retrousse ses lèvres
Présence au monde	X			Vigilance
Réactions à la difficulté	X			Ne cherche pas de solution
Réactions aux félicitations	X			Sourit mais méfiance
Désir d'autonomie			X	
Réactions tonico-émotionnelles	X			
Stéréotypies		X		
Agressivité ou automutilation		X		
Disponibilité	X			Anxieux et inhibé mais présent

REACTIONS VEGETATIVES

	O	NO	NE	Observations
Coloration de la peau	X			Normale Joues rouges
Température corporelle	X			Normale
Réactions de la pupille	X			Normale
Respiration	X			Normale
Réactions au chaud et au froid			X	

ANNEXE III

GRILLE D'OBSERVATION D'ARTHUR

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

RESIDENCE

Adresse : Non renseignée pour cause d'anonymat

Téléphone :

- Père : Non renseigné pour cause d'anonymat
- Mère : Non renseigné pour cause d'anonymat

ENVIRONNEMENT ET CONDITIONS DE VIE

Vie familiale : Vit chez sa mère avec sa sœur et son frère

Profession des parents :

- Père : Non renseignée pour cause d'anonymat
- Mère : Non renseignée pour cause d'anonymat

Nombre de frères et sœurs : Un frère (12 ans) et une sœur (19 ans)

Place dans la fratrie : Aîné

MESURES JUDICIAIRES, ADMINISTRATIVES OU SOCIALES

Tutelle exercée par une tutrice externe

ETABLISSEMENT

Date d'entrée dans l'établissement : 10/10/2016

Motif d'admission dans l'établissement :

Encéphalopathie très évolutive non étiquetée associant tétraplégie spastique, hypotonie axiale et dystonie

BILAN PSYCHOMOTEUR

NOM : X

PRENOM : Arthur

DATE DE NAISSANCE : 9 février 1996

DATE DE L'EVALUATION : 9 décembre 2016

PARCOURS INSTITUTIONNEL OU PRISES EN CHARGE ANTERIEURES

IEM jusqu'à juillet 2012

Septembre 2012-Décembre 2012 : Centre de rééducation

Au domicile de décembre 2012 jusqu'à octobre 2016

MAS à partir du 10/10/2016

Kinésithérapie motrice à raison d'une fois par semaine

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

GROSSESSE ET NAISSANCE

Déroulement de la grossesse : RAS

Terme de la grossesse : A terme

Période post-natale : Développement psychomoteur sans particularité

DIAGNOSTIC

Encéphalopathie extrêmement évolutive non étiquetée associant tétraplégie spastique rétractile avec dystonie et hypotonie axiale

ANTECEDENTS MEDICO - CHIRURGICAUX

- Réduction chirurgicale des hanches en 2010 avec ténotomie des abducteurs et injection de toxine botulique
- Septembre 2012 : Arthroscopie des vertèbres C5 à S1 avec port d'un corset gârchois pendant les six mois suivant l'opération.
- Rééducation dans un centre de rééducation de septembre à décembre 2012
- 2014 : Gastrostomie pour cause de fausses routes et d'une intolérance alimentaire totale
- Octobre 2014 : injections de toxine botulique dans les mollets

VIE QUOTIDIENNE

Alimentation :

Alimentation par gastrostomie

Reflux gastro-oesophagien

Sommeil :

Dort en position semi-assise et changements de position dans la nuit

Traitement médicamenteux :

Valium

Liorésal

Forlax

ELEMENTS PARTICULIERS

Comitialité :

Aucun antécédent de crise épileptique

Atteinte sensorielle :

Absence

Paralysie :

Tétraplégie spastique et hypotonie axiale

Appareillage :

Fauteuil roulant avec siège moulé

Arthrodèse C5 - S1

O : Observé
NO : Non observé
NE : Non évalué

Liste des abréviations

VIE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

UNITE DE VIE

Nom de l'unité : Rouge

Référents équipe éducative : Non renseigné pour cause d'anonymat

Groupe d'internat : Internat 3

AUTRES PRISES EN CHARGES

Kinésithérapie motrice une fois par semaine

TONUS et POSTURE

Le tonus

	O	NO	NE	Observations
Tonus axial au repos	X			Hypotonie axiale
Tonus périphérique au repos	X			Spasticité qui prédomine au niveau distal
Tonus postural	X			Hypotonie Buste maintenu droit par l'arthrodèse
Tonus d'action	X			Faible
Possibilité de régulation tonique	X			
Réactions tonico-émotionnelles		X		

Les compétences posturales

	O	NO	NE	Observations
Redressement de la tête			X	
Redressement du buste			X	
Décollement du bassin			X	
Tenue de tête	X			Possible avec appui temporal droit
Station assise			X	Arthrodèse et corpulence
Station debout			X	Equin des pieds
Déclut dorsal	X			Flexum genoux plus marqué à gauche
Déclut ventral			X	Reflux gastro-oesophagiens
Appui sur les avant-bras en DV			X	
Décolle bras et jambe en DV			X	
Réactions parachutes			X	

MOTRICITE GLOBALE

Activité posturale et motrice spontanée

	O	NO	NE	Observations
Position spontanée en décubitus dorsal	X			Spasticité Flexum de genou
Position spontanée en station assise	X			Mains fermées, courbes 90° Buste droit, pieds équin
Motricité réflexe ou volontaire	X			Volontaire mais minime pied G et main D
Activité motrice spontanée	X			Absence de mvts
Parties du corps sollicitées	X			Tout le corps pas de dissociation
Mouvements anormaux		X		
Attitudes vicieuses	X			Spasticité
Intentionnalité	X			Quelques petits mvts sur consigne couteux
Réaction dans une situation de gêne			X	

Les changements de position

	O	NO	NE	Observations
Retournement du dos sur le côté	X			Avec beaucoup d'aide mais du côté au dos seul
Retournement du ventre sur le côté			X	
Retournement du ventre sur le dos			X	
Retournement du dos sur le ventre			X	
Passage couché-assis			X	
Passage assis-debout			X	
Manoeuvre du tiré-assis			X	Arthrodèse et corpulence
Manoeuvre du tiré-assis latéral			X	Arthrodèse et corpulence

Les organisations locomotrices

	O	NO	NE	Observations
Ramper			X	
Position ou marche de l'ours			X	
4 pattes			X	
Utilisation de la position chevalier servant			X	
Marche			X	
Accélérer le pas			X	
Trotter			X	
Courir			X	
Monter des escaliers			X	
Descendre des escaliers			X	
Sauter à pieds joints			X	
Sauter sur un pied			X	
S'asseoir sur une chaise			X	
Se lever d'une chaise			X	

Equilibre statique

	O	NO	NE	Observations
Se tenir sur un pied			X	
Se tenir les pieds joints			X	
Se tenir sur la pointe des pieds			X	

**COORDINATIONS FINES ET
COORDINATIONS OCULO-MANUELLES**

Préhension

	O	NO	NE	Observations
Préhension volontaire	X			Mains fermées mais petits mvts du pouce
Grasping			X	Mains fermées
Prise cubito-palmaire			X	Mains fermées
Prise palmaire			X	Mains fermées
Pince inférieure			X	Mains fermées
Pince supérieure			X	Mains fermées
Déliement digital			X	Spasticité importante Mains fermées
Qualité du geste volontaire	X			Minime et très coûteux
Capacité d'anticipation du mouvement			X	

Manipulation des objets

	O	NO	NE	Observations
Lâcher de l'objet			X	
Lâcher volontaire de l'objet			X	
Met l'objet à la bouche			X	
Passer l'objet d'une main à l'autre			X	
Centre ses mains sur l'objet			X	

Exploration des objets

	O	NO	NE	Observations
Découverte sensorielle de l'objet	X			Très peu de myts Pas de dissociation
Regarde l'objet	X			Attentif et sourit quand voit les objets
Cherche l'objet avec ses mains		X		Mains fermées Pas de mouvement
Attrape l'objet		X		Mains fermées Pas de mouvement
D dirige ses mains vers l'objet		X		Mains fermées Pas de mouvement
Se déplace pour saisir l'objet		X		Mains fermées Pas de mouvement

SENSORIALITE

--

La vision

	O	NO	NE	Observations
Intérêt pour les objets lumineux ou colorés	X			Aime objets colorés. Ne semble pas très bien voir
Réactions corporelles	X			Sourit
Fixation oculaire	X			
Poursuite oculaire	X			Suit des yeux, myt de tête pas toujours
Trouble de la motricité oculaire		X		
Trouble du champ visuel		X		
Vision centrale et périphérique	X			Centrale
Orientation visuelle	X			Tourne la tête vers l'objet
Essaie d'attraper l'objet ou l'attrape		X		Mains fermées Peu de mouvements
Couleur(s) préférentielle(s)			X	

L'audition

	O	NO	NE	Observations
Intérêt pour les objets sonores	X			Senza réactif et attentif
Réactions corporelles	X			Pas de réactions de sursaut quand bruit soudain
Sensibilité préférentielle (aigu/grave)			X	
Orientation du regard	X			Tourne tête et regarde vers la source sonore
Reconnaissance de la voix			X	

L'odorat

	O	NO	NE	Observations
Intérêt pour les odeurs	X			Narines bougent Respiration s'accélère
Réactions corporelles	X			Sourit ou grimace
Manifestation de plaisir	X			Sourit pour vanille
Manifestation de déplaisir	X			Grimace de la bouche et tourne sa tête

Le tact

	O	NO	NE	Observations
Réactions corporelles	X			Peu de réactions
Médiateurs appréciés / non appréciés	X			Sourit balle douce autres pas de réaction
Exploration tactile des objets	X			Balle douce bouge pouce D

La sensibilité vestibulaire

	O	NO	NE	Observations
Réactions aux changements de position	X			Sourit
Réactions aux balancements	X			Semble serein ouvre les yeux quand changement

La sensibilité vibratoire

	O	NO	NE	Observations
Réactions aux vibrations	X			Peu de réactions sauf jambe G sourit

Réactions aux flux sensoriels

	O	NO	NE	Observations
Hypersensibilité		X		
Hyposensibilité		X		
Facteur émotionnel		X		
Habitude			X	
Mémoire			X	
Fatigabilité		X		

ESPACE et TEMPS

	O	NO	NE	Observations
Croise son axe du corps			X	
Réactions à un espace nouveau	X			Attentif et observe Redresse sa tête
Repérage dans l'établissement	X			Sourit devant la porte à la deuxième séance
Notions spatiales			X	Pas de oui/non et pas de fixation oculaire
Effet spatial du geste			X	Gestes de trop faible amplitude

	O	NO	NE	Observations
Rythme personnel	X			Temps latence important

		X	Capacité motrice pas suffisante
Reproduction de rythme		X	
Réaction à un changement de rythme		X	
Repérage dans la journée		X	Oui/non non fiable
Notions temporelles		X	Oui/non non fiable

SCHEMA CORPOREL et IMAGE DU CORPS

	O	NO	NE	Observations
Reconnaît les parties de son corps	X			Peut bouger main et pied sur consigne
Reconnaît les parties du corps d'autrui			X	Capacité motrice insuffisante
Désigne les parties de son corps			X	
Désigne les parties du corps d'autrui			X	
Nomme les parties de son corps			X	
Nomme les parties du corps d'autrui			X	
Réaction devant le miroir	X			Pas de réactions

LATERALITE

	O	NO	NE	Observations
Latéralité fonctionnelle main et pied	X			Main D et pied G plus faciles à bouger

COMPETENCES COGNITIVES

	O	NO	NE	Observations
Permanence de l'objet			X	
Mémoire	X			Sourit devant la salle de psychomotricité

Attention, curiosité	X			Très attentif pendant longtemps
Lien de cause à effet		X		
Accès au symbolisme		X		

	O	NO	NE	Observations
Connaissance des couleurs			X	
Compter			X	
Sérialisation			X	
Notion de quantité			X	
Classification			X	

COMMUNICATION

	O	NO	NE	Observations
Qualité du regard	X			Présent par le regard
Suivi du regard	X			Suit des yeux Tête ne suit pas tjrs
Désir de communication	X			Redresse sa tête Sourit et attentif
Emission de sons	X			Quelques sons continus parfois
Modulation de sons	X			Sons très faible aigus sauf quand touse
Langage		X		
Communication corporelle	X			Sourit, grimace, se contracte
Compréhension du oui et non	X			Semble comprendre
Fiabilité du oui et non	X			Oui-paupière non fiable
Expression des émotions	X			Sourit ou grimace mais sinon amimique

Capacité d'opposition		X		
Manifestation d'envie ou de choix		X		
Gestes symboliques ou mimiques		X		
Sourire réponse	X			
Pointage		X		Peu de mouvements
Réactions aux sollicitations	X			Très attentif Dans la relation
Interpellation de son entourage		X		
Dialogue tonique	X			Peu mis en jeu

COMPORTEMENT

	O	NO	NE	Observations
Etat comportemental	X			Calmé et attentif
Etat de vigilance	X			Normal
Expressivité	X			Plutôt amimique mais peut sourire
Présence au monde	X			Dispo en séance Fermé en dehors
Réactions à la difficulté	X			Soupire
Réactions aux félicitations	X			Fait beaucoup d'efforts
Désir d'autonomie		X		
Réactions tonico-émotionnelles		X		
Stérotypes		X		
Agressivité ou automutilation		X		
Disponibilité	X			Disponible et semble apprécier être en relation

REACTIONS VEGETATIVES

	O	NO	NE	Observations
Coloration de la peau	X			Normale
Température corporelle	X			Normale
Réactions de la pupille		X		Pas de réactions anormales
Respiration		X		Calme mais fausses routes salivaires
Réactions au chaud et au froid			X	

LE BILAN PSYCHOMOTEUR DANS LE CADRE DU POLYHANDICAP

RÉSUMÉ

Le polyhandicap est un multihandicap dû à de graves lésions neurologiques généralement précoces. Il se caractérise par des déficiences motrices et intellectuelles sévères entraînant une restriction extrême de l'autonomie.

Ces déficiences importantes ne permettent pas la réalisation d'un bilan psychomoteur avec des tests standardisés. Ainsi, je me suis demandé quelles étaient les modalités et les fonctions du bilan psychomoteur chez les personnes polyhandicapées.

Ce mémoire présente la grille d'observation psychomotrice que j'ai mise au point ainsi que le bilan psychomoteur de deux jeunes adultes polyhandicapés accueillis en MAS. Il expose aussi mes questionnements autour de la posture du psychomotricien, des limites de l'observation. Enfin, je me suis demandé si le bilan pouvait être une médiation à la rencontre.

MOTS CLÉS

Polyhandicap - Bilan psychomoteur - MAS - Grille d'observation - Observation psychomotrice - Adulte - Rencontre

SUMMARY

The Multi-handicap is a handicap caused by an early major brain damage giving rise to a serious motricity and mental impairment. It leads to an extreme restriction of the independence.

Those impairments prevent the use of standardized tests to carry out a psychomotricity examination. I thus asked myself what the procedures and functions of the psychomotricity examinations were with multi-handicapped persons.

This study presents the evaluation table I created and the psychomotricity examination of two multi-handicapped young adults. It also sets my questions out about the attitude of the psychomotrician during the examination and the limits of the observation. Finally, I wondered if the psychomotricity examination could be a way to meet the patient.

KEY WORDS

Multi-handicapped Person - Psychomotricity examination - Evaluation table - Psychomotricity observation - Adult - Meeting