



HAL
open science

Comme un poisson dans l'eau : l'approche de l'eau en psychomotricité auprès d'enfants polyhandicapés

Lucie Martins

► **To cite this version:**

Lucie Martins. Comme un poisson dans l'eau : l'approche de l'eau en psychomotricité auprès d'enfants polyhandicapés. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02080077

HAL Id: dumas-02080077

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02080077>

Submitted on 26 Mar 2019

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.

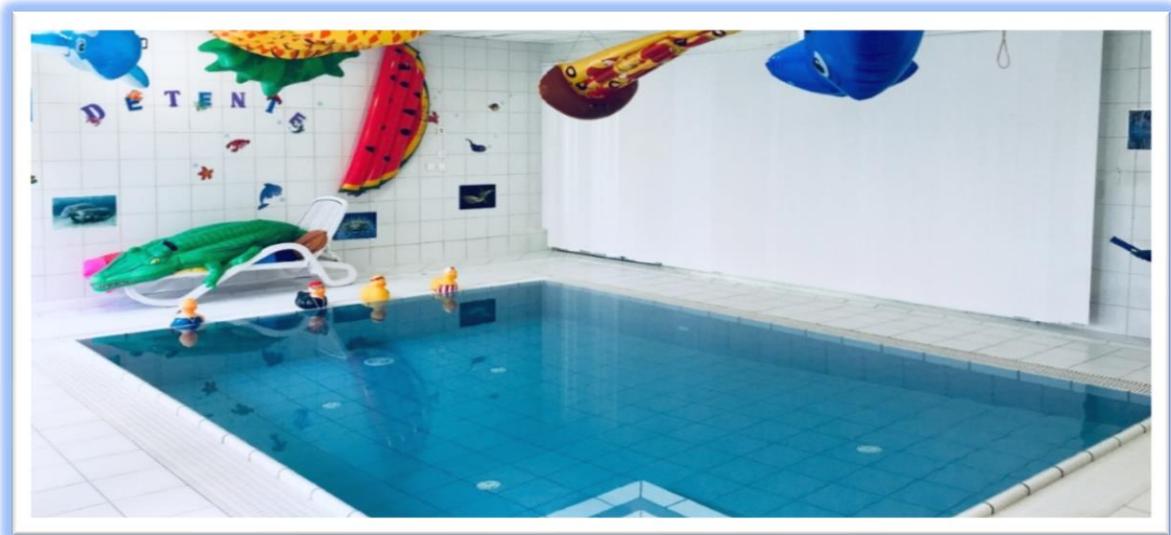
L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine Pierre-et-Marie-Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, boulevard de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



Comme un poisson dans l'eau

L'approche de l'eau en psychomotricité auprès d'enfants polyhandicapés



Mémoire présenté par Lucie MARTINS
En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référents de mémoire :

Mme ESCLAPEZ Valérie
M. LLORET Benjamin
Mme MOALIGOU Patricia

Session Juin 2018

Comme un poisson dans l'eau

**L'approche de l'eau en psychomotricité auprès d'enfants
polyhandicapés**

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble du personnel de l'Institut Médico-Éducatif qui m'a accueillie et accompagnée durant l'année.

Je tiens à remercier plus particulièrement mes tutrices et mon tuteur de stage, également maîtres de mémoire pour leur soutien, leur gentillesse et leur disponibilité tout au long de l'année. Leur savoir m'a permis d'évoluer sur ma pratique et mon observation en tant que future psychomotricienne.

Pour finir, j'aimerais remercier l'ensemble des enfants polyhandicapés pour leurs accueils, leurs partages, leurs rires ainsi que leur joie de vivre qui m'ont égayée et appris tout au long de cette année.

AVANT-PROPOS

« L'eau est chaude ou elle est froide, elle emporte au loin ou elle ramène, elle détruit ou construit, elle remplit ou elle vide, elle se soulève ou elle se creuse, elle est en mouvement ou elle est immobile ; elle est la cause de la vie ou de la mort [...] avec de l'eau, tout change. »

(Léonard de Vinci)

Qu'importe le qualificatif pourvu qu'il y ait le mot enfant, et pourtant :

Les soins physiques sont si présents

Que le corps étouffe l'esprit bien souvent.

Le nursing s'étale au détriment de l'éducatif.

Le médical supplante le ludique.

Derrière le corps souffrant,

Que reste-t-il de l'Enfant ?

Un regard, un rire, une mimique...

Un corps qui se tortille dans son corset-carcan,

Des bras qui battent contre le fauteuil-tambour,

Des yeux qui séduisent et s'expriment...

Jouer, apprendre, aimer et rêver...

Comme un enfant polyhandicapé !

(Annick Bataille, *Pour les enfants polyhandicapés, Une pédagogie innovante*, p. 15)

SOMMAIRE

Introduction	10
Partie Théorique	10
A. LE POLYHANDICAP	12
I- Définition et historique	12
II- Étiologies du polyhandicap	15
1) Les causes prénatales	15
2) Les causes périnatales	15
3) Les causes postnatales	15
4) L'étude étiologique	16
B. SÉMIOLOGIE DU POLYHANDICAP	17
I- La déficience intellectuelle	17
II- Les troubles psychiques	18
1) Les angoisses psychiques archaïques	19
2) Les modes de défense	19
III- Les troubles du développement psychomoteur	19
1) La paralysie cérébrale	19
a. Définition	19
b. Les atteintes	20
2) Les troubles du tonus	21
a. L'hypotonie	21
b. L'hypertonie	22
c. La spasticité	22
d. La dystonie	22
e. L'athétose	23
3) Les troubles moteurs	23
a. Au niveau de la motricité globale	23
b. Au niveau de la motricité fine et oculo-manuelle	24
4) Les troubles de la représentation corporelle	25
a. Le schéma corporel	25
b. L'image du corps	26
5) Les troubles de la communication	27
6) Les troubles de la structuration spatio-temporelle	28

IV-	Les troubles orthopédiques	28
1)	Principales déformations orthopédiques.....	29
2)	Les appareillages	30
V-	Les troubles sensoriels.....	30
1)	La vision et l'audition	30
2)	Le toucher	31
VI-	Les troubles somatiques	32
1)	L'épilepsie	32
a.	Définition	32
b.	Les différentes crises épileptiques.....	32
c.	Traitement.....	33
2)	Les pathologies digestives	33
a.	La déglutition.....	33
b.	Le reflux gastro-œsophagien.....	33
c.	Troubles digestifs	34
3)	Les problèmes respiratoires	34
4)	Les problèmes cutanés	34
5)	Les troubles du sommeil	35
C.	L'ÉLÉMENT EAU.....	36
I-	Les propriétés physiques de l'eau.....	36
1)	Médium malléable	36
2)	La pression hydrostatique	37
3)	La résistance hydrodynamique.....	37
4)	La température.....	38
5)	La transparence et la profondeur.....	38
6)	Aspect subjectif	39
II-	L'eau et ses aspects psychomoteurs.....	39
1)	L'enveloppe corporelle et psychique	39
2)	La communication et la relation.....	41
3)	Les stimulations sensorielles.....	41
4)	Le développement sensori-moteur	42
	Partie Clinique	44
D.	PRÉSENTATION DU LIEU DE STAGE	45
I-	Présentation de l'Institut Médico-Éducatif	45
1)	Population accueillie.....	45

2)	Projet d'établissement	45
3)	Organisation spatiale de l'institution	45
II-	Organisation générale et présentation des équipes	46
1)	L'équipe pluridisciplinaire	46
2)	Organisation des réunions.....	47
III-	La place de la psychomotricité au sein de l'établissement.....	48
E.	PRÉSENTATION DES CAS CLINIQUES	50
I-	L'accompagnement de Lola en balnéothérapie.....	50
1)	Anamnèse de Lola	50
2)	Le bilan psychomoteur	51
a.	<i>Tonus et régulation tonico-émotionnelle</i>	52
b.	<i>Motricité globale et fine</i>	52
c.	<i>Investissement corporel</i>	54
d.	<i>Sensorialité</i>	54
e.	<i>Communication et interaction</i>	55
3)	Projet thérapeutique	55
4)	L'accompagnement dans l'eau	56
a.	<i>Déroulement des séances</i>	56
b.	<i>Évolution</i>	57
5)	Conclusion	59
II-	L'accompagnement de Maria en balnéothérapie	60
1)	Anamnèse de Maria	60
2)	Bilan psychomoteur.....	62
a.	<i>Motricité globale et fine</i>	62
b.	<i>Sensorialité et investissement corporel</i>	63
c.	<i>Communication et relation</i>	64
3)	Projet thérapeutique	64
4)	Accompagnement dans l'eau	65
a.	<i>Déroulement des séances</i>	65
b.	<i>Évolution</i>	66
5)	Conclusion	67
	Discussion	69
F.	LA BALNÉOTHERAPIE : UNE MÉDIATION PSYCHOMOTRICE	70
I-	Les modalités de la médiation psychomotrice	70
II-	Le cadre spatio-temporel, ses intervenants et ses équipements.....	71

III-	Les objectifs de la balnéothérapie	74
1)	Le plaisir d'une relative autonomie motrice.....	74
2)	Favoriser les affects	76
3)	L'élaboration psychique.....	77
G.	L'EAU SUPPORT DE LA RENCONTRE.....	79
I-	Quand le jeu rencontre l'eau	79
1)	L'eau, un espace de jeu	79
2)	L'expérience du jeu	80
II-	L'eau : un espace de communication non verbal.....	82
1)	Les concepts de holding et de handling.....	82
2)	Le dialogue tonico-émotionnel.....	84
	Conclusion	85
	Bibliographie	87
	Annexes	91

INTRODUCTION

Loin des regards, la personne polyhandicapée surprend, interroge, nous renvoie sans doute à certaines craintes, à une partie de nous-même parfois difficile à affronter. Les premières rencontres peuvent surprendre et laissent souvent un souvenir ineffaçable. La communication non-verbale est essentiellement portée par les échanges de regards, mimiques où sous forme d'accordage tonique.

Au cours de ma deuxième année de formation en psychomotricité, j'ai été amenée à participer à des séances de balnéothérapie dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). L'apport de cette médiation auprès du sujet âgé a suscité mon intérêt et m'a conduite à mener une réflexion plus poussée. Afin d'explorer les autres aspects de la médiation eau, j'ai choisi dans le cadre de ma formation de troisième année, de me familiariser avec la personne polyhandicapée.

L'Institut Médico-Éducatif dans lequel j'effectue mon stage dispose d'une installation de balnéothérapie occupée une fois par semaine par les psychomotriciennes. Cet établissement accueille des enfants, adolescents et jeunes adultes polyhandicapés. Face à la complexité des handicaps, je me suis interrogée sur l'apport de l'eau en psychomotricité chez le sujet polyhandicapé. Que sait-il de son corps ? Comment le vit-il dans l'eau ? En quoi la balnéothérapie permet-elle l'élaboration psychique et l'efficiences motrice ? Que se joue-t-il dans la rencontre entre le psychomotricien et l'enfant ?

Dans le but de trouver une réponse à mes questions, j'étudierai dans un premier temps la notion de polyhandicap ainsi que la sémiologie psychomotrice qui en découle, selon les atteintes. Parallèlement, je rechercherai les processus de l'action de l'eau mise en jeu en psychomotricité.

Dans un second temps, je présenterai le l'institution où j'ai fait mon stage, qui m'a donné la possibilité d'accompagner ces enfants en milieu aquatique. Nous nous appuierons sur deux cas cliniques qui m'ont permis de faire un parallèle entre les compétences psychomotrices en séance de psychomotricité et les compétences psychomotrices en séance de balnéothérapie.

Dans une dernière partie, j'évoquerai la place de l'eau dans l'élaboration d'un corps plaisir, puis celle du rôle qu'a le jeu dans la relation et la communication.

Partie Théorique

A. LE POLYHANDICAP

I- Définition et historique

Le handicap, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, se définit par le résultat d'une interaction entre les déficiences physiques, sensorielles, mentales ou psychiques entraînant des incapacités plus ou moins importantes, qui sont renforcées en raison d'un environnement inadapté ou inaccessible. Parmi les définitions de handicap existantes, celle-ci prend le plus en compte le champ psychomoteur en raison de son versant moteur, sensitif et cognitif.

Jusqu'aux années 1960¹ les enfants atteints d'une déficience mentale sévère associée à d'autres troubles étaient qualifiés « d'encéphalopathes », « d'arriérés profonds » ou encore de « grabataires ». Ces enfants ne trouvaient pas leur place dans les modalités d'accompagnement et ne bénéficiaient d'aucun soin particulier ni de structures d'accueils. Par opposition, les personnes atteintes d'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC) dont les capacités intellectuelles sont préservées obtenaient de meilleurs soins grâce aux travaux du professeur Guy Tardieu.

En 1965² les docteurs Élisabeth Zucman et Stanislas Tomkiewicz ainsi que les professeurs Alexandre Minkowski, Clément Launay et Stéphane Thieffry créent le Comité d'Éducation et de Soins aux Arriérés Profonds (CESAP). Ce comité met en place des lieux de consultation, des services spécialisés pour les « arriérés profonds » ainsi que des aides à domicile répondant aux besoins de cette population. Il organise en 1972 une première réunion d'information qui affirme la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire pour ces enfants.

La notion de polyhandicap apparaît pour la première fois en 1969 par Élisabeth Zucman dans son article « La guidance parentale » paru dans la revue *Réadaptation*³. Comme l'écrit E. Zucman : « Le polyhandicap est une association de déficiences graves avec retard mental sévère ou profond (au sens de l'OMS : $QI < 50$) entraînant des incapacités diverses et intriquées qui appellent des réponses individualisées. Les personnes polyhandicapées, du fait de leur restriction d'autonomie, nécessitent des aides humaines proches, permanentes et des aides techniques individuellement adaptées. ».

Dans les lois n°75-534, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et n°75-535, loi relative aux institutions sociales et médico-sociales du 30 juin 1975, le terme de

¹ Derouette C., 2015, p. 33.

² *Ibid.*

³ Zucman E., 1969, *Réadaptation* n°159.

polyhandicap n'apparaît pas mais les textes donnent pour la première fois un statut à ces personnes et prévoient l'ouverture de maisons d'accueil spécialisées pour les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.

En 1984 le Centre Technique National d'Études et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) différencie trois grands groupes de handicaps associés :

- Le plurihandicap, correspondant à une association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelle ;
- Le surhandicap, désignant une surcharge de troubles du comportement sur handicap grave préexistant ;
- Le polyhandicap, se définissant ainsi comme un « handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde »⁴.

La définition officielle ministérielle française du polyhandicap résulte de l'annexe XXIV ter au décret n°89-798 du 27 octobre 1989. Pour la première fois une définition du polyhandicap est régie dans un texte officiel. Le polyhandicap est ainsi défini comme un « handicap grave à expressions multiples associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. »⁵. S'ensuit de ce décret, la création par diverses associations françaises de services de soins à domicile et de sections spécialisées pour les personnes polyhandicapées,

Prenant en compte la définition de l'annexe XXIV ter, le CTNERHI propose en 1993 une nouvelle explication du polyhandicap, cette fois-ci en prenant en compte la spécificité de chaque individu : « 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 »⁶.

Créé en 1996, le groupe polyhandicap France (GPF) a pour vocation de faire connaître et reconnaître la spécificité du polyhandicap. Dans la définition adoptée par le conseil d'administration du 3 décembre 2002 la personne polyhandicapée vit : « une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral, précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de sérieuses perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des

⁴ Zucman E., Spinga JA., 1989, p. 2.

⁵ Art.1 de l'annexe XXIV ter du décret n°89-798 du 27 octobre 1989.

⁶ Zucman E., 2000, p. 8.

relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter de manière transitoire ou durable des signes de la série autistique »⁷.

Cette définition précédemment citée implique une ouverture vers les troubles psychiques apparentés à l'autisme ainsi qu'aux troubles associés d'ordre moteur tels que ceux que présentent les enfants IMC.

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 vise à mieux faire comprendre ce qu'est le polyhandicap et vient fixer de grands principes tels que le droit à compensation, à la scolarité, à l'emploi ainsi qu'à l'accessibilité. Ce texte promeut l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes polyhandicapées et améliore leur prise en charge par l'action sociale et médico-sociale.

Cette première partie témoigne du cheminement de la reconnaissance des besoins et des soins nécessaires aux enfants, adolescents et adultes polyhandicapés. La diversité des définitions témoigne de la difficulté à définir avec exactitude ce qu'est le polyhandicap. Néanmoins toutes s'accordent à dénoncer des troubles moteurs et cognitifs avec une extrême dépendance à un tiers. Le polyhandicap est d'autant plus complexe, selon l'étiologie auquel il est associé.

⁷ <http://gpf.asso.fr> , consulté le 31/03/2018, mise à jour le 26 mars 2018.

II- Étiologies du polyhandicap

Le polyhandicap résulte d'une atteinte cérébrale grave précoce, impactant les sphères de l'activité neurologiques : cognitives, motrices et sensorielles. D'après le « plan action polyhandicap » de 2005, sa prévalence s'élève entre 1,8 et 2,5% pour 1 000 naissances dans les pays développés et 1,1% pour 1 000 naissances en France.

Les étiologies du polyhandicap sont multiples et dépendent de la survenue de la lésion cérébrale. Cependant, en fonction des atteintes il est difficile de le rattacher à une étiologie particulière.

1) Les causes prénatales

Les causes prénatales représentent 50%⁸ des situations de polyhandicap. Elles peuvent être d'origine chromosomique, génétique ou métabolique. Parmi elles se distinguent des malformations cérébrales, des accidents vasculaires, des embryo-foetopathies, des affections maternelles ainsi que des prises de toxines ou d'alcools pendant la grossesse.

2) Les causes périnatales

Les causes périnatales sont à l'origine de 15%⁹ des cas de polyhandicap. Elles peuvent être liées à de grandes prématurités ou dysmaturités ainsi qu'à des souffrances fœtales telles que les anoxies cérébrales et les anoxo-ischémies.

3) Les causes postnatales

Les causes postnatales présentent 5%¹⁰ de séquelles polyhandicapantes. Elles regroupent les maladies vasculaires et les méningites ainsi que les accidents de types suivants : traumatisme crânien, noyade, encéphalite, état de mal convulsif. L'ensemble de ces séquelles peut entraîner d'importantes lésions cérébrales.

⁸ Georges-Janet L., 1996, p. 201.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

4) L'étude étiologique

Les étiologies sont nombreuses ; néanmoins, dans 30%¹¹ des cas elles demeurent inexpliquées et peuvent se cumuler chez le même enfant. Les causes, souvent d'ordre génétique, embryopathique ou fœtal, ne sont pas toujours diagnostiquées ni accessibles au traitement. De ce fait chaque enfant présente une sémiologie distincte qui orientera un accompagnement personnalisé.

¹¹Zucman E., 1998, p. 7.

B. SÉMIOLOGIE DU POLYHANDICAP

L'enfant porteur de polyhandicap se voit confronté à des atteintes primaires liées aux lésions cérébrales ainsi qu'à des atteintes secondaires, corrélées aux déficits précédents. S'ensuivent également des atteintes tertiaires ayant un impact psychoaffectif et social. L'ensemble de ces troubles engendre un handicap important et entrave le développement, ainsi que l'autonomie du sujet.

I- La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle fait partie des principaux signes cliniques du polyhandicap. D'après Jean-Claude Carric, elle correspond à un « constat d'un déficit intellectuel actuel d'étiologie organique, donc caractérisant un état permanent, irréversible, immuable »¹².

Selon la classification du DSM-V-TR (2015), le retard mental ou déficience intellectuelle se diagnostique suivant trois critères :

- *Critère A.* « Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne : niveau de QI d'environ 70 ou au-dessous, mesuré par un test de QI passé de façon individuelle. »
- *Critère B.* « Déficits concomitants ou altérations du fonctionnement adaptatif actuel concernant au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité. »
- *Critère C.* « Début avant l'âge de 18 ans. »

Le retard mental s'évalue à l'aide de tests standardisés mesurant le quotient intellectuel (QI). Suivant le QI, il existe quatre classifications de déficience intellectuelle. La déficience intellectuelle légère qualifiée par un QI compris entre 50 et 70. La déficience intellectuelle moyenne définie par un QI entre 35 et 50. La déficience sévère déterminée par un QI entre 20 et 35. Et, la déficience intellectuelle profonde caractérisée par un QI inférieur à 20. De ce fait, plus l'enfant expose un faible quotient intellectuel, plus ses inaptitudes sont abondantes.

¹² Carric J-C. et Soufir B., 2014, p. 57.

Dans le cas du polyhandicap les enfants sont atteints pour la plupart d'une déficience sévère ou profonde caractérisée par un QI inférieur à 35, des acquisitions conceptuelles limitées, des troubles des fonctions cognitives telles que :

- Des troubles mnésiques dans les acquisitions de nouvelles informations ;
- Des troubles attentionnels se traduisant par une extrême fatigabilité, distractibilité et un défaut d'intérêt selon l'activité proposée ;
- Des troubles du raisonnement mis en évidence par un défaut d'anticipation et de planification ainsi qu'un intérêt restreint pour les activités de construction ou de réflexion.

De même, le niveau de compréhension et l'accès au langage restent limités, voire manquants. De ce fait les capacités d'apprentissage, la participation à des activités sociales, de loisir et professionnelles sont entravées. Néanmoins des possibilités d'expression d'émotion, de relation et d'échange avec l'environnement peuvent être préservées par le biais d'une communication non verbale.

II- Les troubles psychiques

D'après Chantal Barat « pour évoluer dans le sens de l'individuation et de la relation, l'enfant doit se différencier du monde environnant grâce au traitement de données kinesthésiques et sensorielles diverses : toucher, goût, vision, audition et olfaction qui permettent de détecter des signaux à distance »¹³. Didier Anzieu ajoute que « toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle »¹⁴. Ainsi les données sensorielles transmises notamment lors des soins maternels et l'expérience motrice favoriseraient chez l'enfant l'émergence d'une enveloppe psychique.

Chez les enfants porteurs de polyhandicap ce traitement déficitaire entraîne une appréhension fragmentée et morcelée du monde et d'eux-mêmes. Selon C. Barat les perturbations sensorielles pourraient jouer un rôle dans l'émergence de la psychose. Certains auteurs étudient alors les mécanismes psychiques archaïques de l'enfance.

¹³ Barat C., 1988, p. 135.

¹⁴ Anzieu D., 1985, p. 119.

1) Les angoisses psychiques archaïques

D'après Éric W. Pireyre, « les angoisses archaïques, présentes avant l'apparition du langage, se manifestent chez tout le monde à divers degrés »¹⁵. Dans le cas du polyhandicap ces angoisses persistent du fait de l'immaturation neurophysiologique. De même, la vulnérabilité de l'enveloppe corporelle accentue la présence d'angoisses psychiques. Leur intensité et leur rythmicité varient en fonction du cas. Il existe principalement quatre sortes d'angoisse : l'angoisse de chute, l'angoisse de morcellement, l'angoisse de liquéfaction et l'angoisse de dévoration, liée à un trouble psychoaffectif et à une difficulté de séparation.

2) Les modes de défense

Confronté à ses angoisses, l'enfant développe des modes de défense. Ils peuvent s'apparenter à une agressivité, une automutilation, une autostimulation, à des stéréotypies ou à des phénomènes de repli. Cependant, ces actes peuvent également être un moyen de communication et d'expression.

III- Les troubles du développement psychomoteur

Suivant la sévérité des lésions cérébrales, l'enfant polyhandicapé présente un retard plus ou moins conséquent du développement psychomoteur. De ce fait les acquisitions motrices peuvent être fortement perturbées.

1) La paralysie cérébrale

a. Définition

En 1968 le professeur G. Tardieu fut le premier à regrouper sous la dénomination de « paralysie cérébrale » les enfants atteints d'une Infirmité Motrice Cérébrale (IMC) et ceux atteints d'une Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC).

¹⁵ Pireyre E W., 2011, p. 150.

La paralysie cérébrale concerne les sujets exposant une « atteinte motrice en lien avec une atteinte cérébrale non évolutive, quelles que soient leurs capacités intellectuelles et l'étiologie de l'atteinte cérébrale »¹⁶. Elle peut être complète ou partielle. L'atteinte motrice se manifeste par des troubles du mouvement, de la posture ainsi que par des limitations d'activités.

L'intensité de la paralysie varie en fonction de l'atteinte cérébrale. On parle de parésie lorsque qu'il s'agit d'une « paralysie légère consistant dans l'affaiblissement de la contractilité »¹⁷.

b. Les atteintes

Les troubles moteurs résultent des lésions cérébrales, des faiblesses musculaires ou encore des raideurs musculaires. Chez la personne polyhandicapée les atteintes motrices varient en fonction de la localisation des lésions cérébrales ; elles peuvent être neurologiques ou topographiques.

❖ Formes cliniques de la paralysie neurologique :

- La forme pyramidale, spastique ou flasque se traduit par une atteinte des programmes moteurs volontaires ;
- La forme extrapyramidale ou dyskinétique se définit par des mouvements involontaires, incontrôlés, récurrents et parfois stéréotypés. Dans le cas du polyhandicap le syndrome extrapyramidal se caractérise par une athétose et une dystonie qui seront définies ultérieurement ;
- La forme ataxique associée à une hypotonie se définit par un syndrome cérébelleux ainsi que par un défaut de coordination motrice volontaire ;
- La forme mixte correspond à une atteinte neurologique associée à un déficit pyramidal, extrapyramidal ou ataxique.

¹⁶ Berard C., 2008, p. 15.

¹⁷ <http://www.cnrtl.fr/definition/parésie>, consulté le 01/04/2018.

❖ Formes cliniques de la paralysie topographique :

- La diplégie ou la paraplégie : atteinte des deux membres inférieurs. Selon Bobath « tous les enfants diplégiques appartiennent au groupe des spastiques »¹⁸ ;
- La tétraplégie ou la quadriplégie : atteinte des quatre membres ;
- L'hémiplégie : paralysie d'un hémicorps, plus ou moins marquée au niveau des membres supérieurs ou inférieurs ;
- La monoplégie : paralysie d'un seul membre inférieur ou supérieur.

2) Les troubles du tonus

Le tonus se définit comme un « état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent »¹⁹. Composé du tonus de fond, postural et d'action, le tonus est « au carrefour du psychique et du somatique »²⁰. Chez l'enfant polyhandicapé les troubles du tonus sont extrêmement présents.

a. L'hypotonie

L'hypotonie correspond à la « diminution de la résistance du muscle à son allongement passif »²¹. Elle se traduit par une hyperextensibilité ou une passivité ainsi que par une augmentation du ballant. Dans le cas du polyhandicap l'enfant présente une hypotonie axiale massive. L'hypotonie accompagne toute paralysie flasque mais peut également s'observer en dehors d'un déficit sévère de la force musculaire.

¹⁸ Bobath B., Bobath K., 1985 p. 19.

¹⁹ Scialom P., Giromini F., Albaret JM., 2015a, p. 161.

²⁰ *Ibid.*

²¹ Carric J.-C., 2001, p. 83.

b. L'hypertonie

L'hypertonie se traduit par l'« augmentation de la résistance du muscle à son allongement »²². Pour l'enfant polyhandicapé, elle est souvent périphérique et touche les quatre membres et la tête. L'hypertonie pyramidale ou spastique est élastique et touche essentiellement les fléchisseurs au niveau des membres supérieurs et les extenseurs au niveau des membres inférieurs. En revanche, l'hypertonie extrapyramidale est plastique.

c. La spasticité

La spasticité découle d'une atteinte pyramidale. Elle correspond à un désordre moteur caractérisé par une augmentation à l'étirement de l'hyperexcitabilité du réflexe myotatique ainsi qu'à une exagération des réflexes ostéo-tendineux.

Cette résistance complique les mouvements volontaires et les mobilisations du sujet polyhandicapé. La rigidité du corps et le défaut d'ajustement tonique restreignent les possibilités d'interaction du thérapeute avec l'enfant. De même, les fortes émotions peuvent compliquer l'adaptation corporelle.

d. La dystonie

La dystonie se traduit par une « contraction musculaire anormale et inadaptée qui apparaît au cours d'un mouvement (crampe professionnelle) ou dans le maintien d'une attitude (torticolis) et peut s'accompagner de spasmes engendrés par une série de contractures »²³. Elle disparaît lors du sommeil. La fatigabilité ainsi que les influences sociales et émotionnelles jouent également un rôle.

²² Carric J.-C., p. 81.

²³ Scialom P., Giromini F., Albaret J.-M., 2015a, p. 307.

e. L'athétose

L'athétose est consécutive à une lésion extrapyramidale. Elle se définit par des « mouvements spasmodiques involontaires de grande amplitude, affectant surtout les extrémités des membres et la face »²⁴. Certains stimuli extéroceptifs peuvent déclencher des phénomènes d'athétose. Le syndrome athétosique s'explique également par des troubles du tonus de type hypotonie de fond.

L'ensemble de ces troubles fragilise l'unité corporelle de la personne polyhandicapée. La vulnérabilité de cette enveloppe entraîne des difficultés d'individuation, de régulation et d'ajustement tonique. Ils ont une incidence sur les efficiences motrices et posturales ainsi que sur les interactions avec l'environnement.

3) Les troubles moteurs

La déficience motrice peut se définir comme « une absence ou une réduction des possibilités d'agir sur son environnement physique [...] ces actions concernent la préhension et la locomotion »²⁵. Elle s'accompagne fréquemment de troubles toniques.

Les troubles moteurs peuvent concerner le mouvement, la posture et le tonus. Comme le fait remarquer E. Zucman « tous ont tendance à s'aggraver au cours de la croissance puis du vieillissement et à se compliquer, en l'absence de mesures préventives – mais parfois aussi en dépit des traitements continuellement suivis »²⁶. De leur gravité découlent des altérations de la motricité fonctionnelle globale, fine et réflexe.

a. Au niveau de la motricité globale

Les acquisitions motrices globales peuvent être perturbées par différents facteurs pathologiques. Les réductions de mobilité et les excès toniques limitent la motricité du sujet polyhandicapé. Les déficits moteurs impactent le développement psychomoteur de l'enfant et

²⁴ <http://www.cnrtl.fr/definition/Athétose> , consulté le 01/04/2018.

²⁵ Dalla Piazza S., Godfroid B., 2004, p. 27.

²⁶ Zucman E., 2000, p. 26.

retardent les niveaux d'évolution motrice. L'acquisition des schèmes moteurs dépend de l'évolution du polyhandicap.

L'hypotonie axiale majore les troubles posturaux. Dans le cas du polyhandicap certains enfants ne parviennent pas à tenir leur tête et à accéder à la verticalité. De ce fait les interactions et la relation avec autrui sont altérées. À lui seul le maintien de la posture entraîne une extrême fatigabilité.

L'association de l'hypotonie axiale et de l'hypertonie périphérique limite l'alternance décubitus dorsal-ventral et décubitus ventral-dorsal. Le manque de dissociation des ceintures entraîne un mouvement saccadé et peu de changements de position spontanée.

L'acquisition de la position assise nécessite une observation particulière. Certains enfants initient le schème mais ne parviennent pas à y aboutir. Pour d'autres, la station est acquise mais requiert une aide qui la soutienne. Pour les plus autonomes, la posture peut être initiée et maintenue durant quelques secondes. Certains appareillages, notamment les corsets et les sièges moulés facilitent cette station.

L'altération de la motricité couplée à l'effet de la pesanteur entraîne une difficulté de verticalisation et de maintien de la station debout. Lors d'une prise en charge en milieu aquatique, l'impact de la pesanteur est moindre, ce qui facilite le redressement postural, la verticalité et les déplacements.

La conservation ou l'acquisition de la marche est fonction du degré de sévérité du déficit. Dans certains cas, l'enfant peut marcher accompagné d'une tierce personne ou grâce à des aides matérielles.

b. Au niveau de la motricité fine et oculo-manuelle

Au-delà des schèmes moteurs persiste une atteinte de la motricité fine. Les troubles moteurs, les déformations de membres et les appareillages complexifient la finesse des mouvements. Les troubles tonico-posturaux entraînent une rétraction importante des membres supérieurs. De même, la mobilité et le déliement des doigts sont affectés, ce qui fragilise les praxies. Les prises souvent palmaires réduisent la préhension de petits objets et leur orientation. Les personnes polyhandicapées rencontrent des difficultés d'instrumentalisation, c'est-à-dire

pour chacune de « faire de ses systèmes sensori-moteurs des outils pour comprendre et agir sur son milieu »²⁷.

L'ensemble de ces troubles atteint l'enfant polyhandicapé dans sa globalité car ils auront des conséquences sur le plan tant psychique que somatique. Le polyhandicap impacte certes les possibilités physiques mais entraîne aussi une modification de l'estime de soi avec une dévalorisation.

« Lieu de soins et de rééducations, objet des examens et des manipulations des adultes, ce corps échappe à l'enfant, comme une chose étrangère, qu'il doit se réapproprier. »

4) Les troubles de la représentation corporelle

a. Le schéma corporel

L'enfant naît indifférencié et inorganisé, ne pouvant faire la différence entre lui et l'autre. Par le biais d'expériences sensori-motrices, il va prendre peu à peu connaissance de son corps. Comme le fait remarquer Julian De Ajuriaguerra (1970), « Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. »²⁸

Le schéma corporel se construit de manière inconsciente mais peut devenir conscient. Son élaboration se décompose en plusieurs périodes durant lesquelles l'enfant va progressivement prendre conscience de son corps. Chez l'enfant polyhandicapé l'ensemble de ces stades ne s'expriment pas, ou très peu. Pour la plupart le corps subi se poursuit tout au long de la vie. L'enfant est alors soumis à ses réflexes, sa vie est végétative et il montre une faible indépendance. Cependant il existe une ébauche de corps connu, vécu et perçu mais les enfants ne parviennent que rarement au corps représenté et maîtrisé.

D'après J. De Ajuriaguerra les notions de « corps perçu, corps connu, corps représenté, corps vécu ont des sens différents aux divers moments de l'évolution ; elles dépendent de la maturation, d'autre part de l'expérience vécue et de l'expérimentation qui aboutit à la

²⁷ Bullinger A., 2004, p. 49.

²⁸ Pireyre E W., 2011, p. 38.

connaissance »²⁹. Ces propos explicitent toute la difficulté pour le sujet polyhandicapé à avoir une perception et une représentation de son corps. Il est difficile pour lui d'intégrer et de s'approprier des expériences corporelles, sur le plan tant psychique qu'émotionnel et affectif. Les douleurs dues à l'orthopédie ainsi que les carences sensorielles et motrices altèrent son schéma corporel et son image du corps. L'investissement de l'espace, du temps et de l'environnement est réduit, ce qui compromet les expériences et les apprentissages.

Auprès de cette population, il est essentiel de privilégier la sensorialité. Entravé dans sa sensori-motricité, l'enfant polyhandicapé parvient difficilement à habiter son organisme pour en faire son corps. En psychomotricité il s'agit d'enrichir les stades corporels afin que l'enfant puisse ressentir les contours, les limites de son corps et en faire un moyen d'action sur son environnement.

L'utilisation de médiations telle la balnéothérapie permet de faciliter le mouvement et de renforcer la conscience corporelle, l'intérêt étant de transformer ce corps subi en un corps vécu, mieux connu et source de plaisir. L'enrichissement moteur et psychique favorise ainsi une meilleure intégration de l'image corporelle.

b. L'image du corps

L'image du corps se définit comme « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »³⁰.

Selon Françoise Dolto, « l'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire »³¹, elle se nourrit de nos expériences émotionnelles. En perpétuel remaniement en fonction des expériences et des relations avec l'entourage, elle est une représentation inconsciente de soi. Le corps ainsi unifié permet la distinction entre un dedans et un dehors.

En raison de ses atteintes intellectuelles, motrices, langagières et parfois relationnelles, il est difficile de savoir quelle image et conscience du corps a la personne polyhandicapée. Les carences corporelles, sensori-motrices et proprioceptives ne permettent pas à l'enfant d'investir un corps plaisir.

L'image du corps s'édifie par les échanges avec l'autre. Or, chez l'enfant polyhandicapé, l'image du corps se construit sur des expériences émotionnelles, souvent en lien avec,

²⁹ De Ajuriaguerra J., 2010, p. 214.

³⁰ Schilder P., 1968.

³¹ Pireyre E W., 2011, p. 38.

l'inconfort des postures, la douleur, les appareillages orthopédiques et les actes opératoires. Par son observation clinique le psychomotricien prend en compte ces manifestations et tente d'y répondre. Il enrichit autant que possible des expériences motrices sources de plaisir favorisant l'émergence d'émotions agréables.

5) **Les troubles de la communication**

La déficience intellectuelle dont souffre l'enfant polyhandicapé ne permet pas l'accès au langage verbal. Malgré l'absence langagière il peut entrer en communication avec autrui par des stratégies établies ou par une communication non verbale.

Selon Jacques Corraze, la communication non verbale traduit « l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores »³².

F. Dolto précise que « c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui »³³. Dans le cas de l'enfant polyhandicapé les premiers dialogues tonico-émotionnels sont mis à mal par ce corps entravé dans ses possibilités d'action et de perception. L'enfant parvient difficilement à exprimer ce qu'il ressent, les gestes expressifs sont désorganisés.

En psychomotricité, la communication s'établit par des échanges relationnels et corporels. En séance, le corps s'appréhende autant du côté somatique que du côté d'un corps pensant, en relation. Il s'agit de traduire ce que l'enfant laisse à voir et à penser par sa seule présence corporelle. Comme le souligne Henri Wallon « toutes les émotions, plaisir, joie, colère, angoisse, peur, timidité, peuvent-être ramenées à la manière dont le tonus se forme, se consomme ou se conserve »³⁴. De ce fait l'enfant polyhandicapé s'exprime principalement à travers son tonus postural, son regard et ses mimiques faciales. En psychomotricité le regard, la parole et le toucher alimentent l'image de l'enfant et facilitent les échanges et la communication. De même, l'instauration d'une relation affective permet à l'enfant de vivre ou de (re)vivre ce qui n'a pas pu être vécu dans les premières relations maternelles.

³² Corraze J., 1980, p. 15.

³³ Dolto F., 1984, p. 17.

³⁴ Wallon H., 1982, p. 209.

Au sein de l'institution de nombreux supports sont mis en place par les orthophonistes ou les ergothérapeutes afin de faciliter la relation de l'enfant avec son entourage. Il peut s'agir de moyen de communication codée, informatique ou verbale non codée.

6) Les troubles de la structuration spatio-temporelle

D'après Jean-Claude Coste, la structuration spatio-temporelle serait 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 »³⁵. Les champs sensitivo-moteurs et leur coordination participent à l'émergence de cette structuration.

Chez l'enfant polyhandicapé les restrictions motrices et les troubles tonico-posturaux impactent l'investissement spatial de l'environnement et la découverte de leur propre espace corporel. Ceci engendre également des répercussions sur la perception de l'espace. Par ailleurs, la déficience intellectuelle dont souffrent ces enfants ne permet pas l'accès à la représentation mentale. De même les carences sensori-motrices rendent complexe l'acquisition des repères topologiques.

Le rythme et la motricité contribuent à la structuration temporelle. Les déficiences, intellectuelle, motrice et perceptuelle restreignent la mise en place des rythmes de vie et des stades calendaires. En psychomotricité la fiabilité et la stabilité du cadre sont autant de « redondances spatiales et temporelles »³⁶ pour l'enfant.

IV- Les troubles orthopédiques

L'enfant polyhandicapé présente un tableau évolutif très spécifique et stéréotypé avec notamment des déformations orthopédiques et musculaires. Ces déformations sont liées aux troubles du tonus provoqués par l'atteinte neurologique. Elles accentuent les difficultés respiratoires et digestives du polyhandicapé.

³⁵ Coste J-C, 1977, p. 72.

³⁶ Bullinger A., 2004, p. 50.

1) Principales déformations orthopédiques

Au cours du développement de l'enfant polyhandicapé des atteintes orthopédiques touchent l'appareil locomoteur et les articulations. Ces déformations atteignent de façon préférentielle le rachis, les hanches et les pieds (équins, valgus, varus).

- La scoliose correspond à une « déviation latérale permanente de la colonne vertébrale avec des signes radiologiques : rotation et déformation des corps vertébraux »³⁷. Elle peut être dorsale, entraînant une déformation de la cage thoracique et des répercussions respiratoires, ou lombaire, correspondant à une inclinaison du bassin (bassin oblique). Cette dernière peut être à l'origine d'une luxation de hanche ;
- La luxation de hanche peut être provoquée par une anomalie cotyloïdienne, une atteinte de la cotyle ou du coxa valga, une hypertonie des muscles adducteurs et un déficit des muscles abducteurs. Les mécanismes de luxation ici décrits peuvent être associés ou isolés ;
- Les déformations des pieds sont fréquentes. Parmi elles on a les varus qui dirigent les pieds vers l'intérieur de l'axe, les valgus qui dirigent les pieds vers l'extérieur de l'axe, les pieds en équin correspondant à un excès de la flexion plantaire de l'articulation talo-crurale et les pieds en talus correspondant à un excès de la flexion dorsale.

Les troubles orthopédiques constituent des troubles secondaires au handicap moteur. Ils créent une gêne fonctionnelle qui entrave la personne polyhandicapée dans sa posture, sa motricité et ses mouvements. Relativement prévisibles, ils doivent faire l'objet d'actions préventives. De même, le soulagement de la douleur fait partie des préoccupations grandissantes.

³⁷ Carric J-C., 2014, p. 206.

2) **Les appareillages**

Les appareillages permettent de corriger et de prévenir les troubles orthopédiques ainsi que de diminuer les douleurs qui en découlent. Ils peuvent également servir à étirer des tendons rétractés ou à maintenir une articulation. L'utilisation des appareillages permet de préserver la capacité d'autonomie du sujet polyhandicapé ainsi que de lui assurer une meilleure qualité de vie.

Dans le cas du polyhandicap les appareillages utilisés sont les plâtres, les attelles, les corsets, les corsets sièges, les orthèses (de verticalisation, semi-assises, en position couchée) ou les chaussures orthopédiques. Par leur utilisation la station assise, la station debout et les déplacements peuvent être facilités. Cependant certaines déformations tendineuses, osseuses ou articulaires nécessitent des actes chirurgicaux.

Des aides techniques fonctionnelles peuvent également être proposées. Elles regroupent les fauteuils roulants, les aides à la déambulation (flèche, motilo, trotte-lapin, bison) et les assistances au transfert.

V- Les troubles sensoriels

Chez l'enfant polyhandicapé les organes sensoriels sont préservés. Cependant le défaut de transmission de l'influx nerveux et du traitement de l'information entraîne un déficit sensoriel. Il peut indifféremment atteindre les cinq sens et touche principalement la vue, l'ouïe et le tactile.

Ces déficits amènent entre autres un trouble de la perception, « capacité qui permet à un organisme de guider ses actions et de connaître son environnement sur la base des informations fournies par ses sens »³⁸.

1) **La vision et l'audition**

La vue et l'ouïe sont les atteintes sensorielles les plus fréquentes chez les enfants touchés par une déficience cérébrale précoce grave. Elles diffèrent d'un enfant à un autre et peuvent faire l'objet de correction.

³⁸ Bonnet C., professeur de psychologie cognitive expérimentale à l'Université Louis Pasteur de Strasbourg.

Les troubles visuels concernent 40%³⁹ des personnes polyhandicapées. Ils peuvent être d'origine ophtalmologique (trouble de la réfraction, cataracte, glaucome, strabisme) ou neurologique (nystagmus) et sont évalués à l'aide d'examens médicaux.

La personne polyhandicapée peut également être affectée par des troubles auditifs. Toutefois ils sont moins fréquents et plus ardues à diagnostiquer. L'atteinte auditive peut être partielle ou totale.

En présence de ces troubles la personne porteuse d'un polyhandicap se voit davantage restreinte dans ses capacités de représentation mentale. De même, leurs impacts sont d'autant plus importants qu'ils peuvent entraîner une atténuation de l'appréhension de l'environnement.

2) **Le toucher**

Au-delà des atteintes visuelles et auditives, peut subsister une sensibilité tactile. Elle se manifeste sous forme d'une hyperesthésie, ou à l'inverse d'une hypoesthésie globale. Ces manifestations se répercutent au niveau de la sphère motrice, globale et fine et altèrent les capacités praxiques. Le repérage du corps dans l'espace se trouve affecté par le déficit de sensibilité proprioceptive et kinesthésique.

L'enfant polyhandicapé présente de nombreux sur-handicaps associés aux troubles sensoriels. Ces diverses altérations impactent le sujet dans sa globalité.

³⁹ Georges-Janet L., 1996, p. 204.

VI- Les troubles somatiques

1) L'épilepsie

a. Définition

L'épilepsie ou comitialité correspond à une maladie neurologique chronique caractérisée par des « crises convulsives provoquées par des décharges électriques dans une partie ou la totalité du cerveau »⁴⁰. Intimement liée aux atteintes cérébrales, l'épilepsie touche 40 à 50 %⁴¹ des personnes polyhandicapées.

b. Les différentes crises épileptiques

Les comitialités peuvent prendre différentes formes. Parmi celles-ci on retrouve chez l'enfant porteur de polyhandicap :

- Les crises convulsives généralisées affectant l'ensemble du cortex cérébral. Elles se traduisent par une perte de connaissance brutale avec une extension tonique des membres et du tronc parfois précédée de secousses. S'ensuit un ralentissement intellectuel, des douleurs musculaires, une grande fatigabilité ou à l'inverse une hyperactivité et une agressivité ;
- Les crises convulsives partielles touchant une partie du cortex cérébral. Elles se manifestent par des absences brèves de la conscience avec fixité du regard et parfois quelques secousses musculaires. À la fin de la convulsion l'enfant reprend son activité avec une amnésie de la crise ;
- L'état de mal épileptique caractérisé par la succession de crise d'épilepsie à intervalles très rapprochés. Il s'agit d'une urgence médicale.

⁴⁰ Derouette C., 2015, p. 55.

⁴¹ Georges-Janet L., 1996, p. 203.

c. Traitement

La plupart des comitialités sont traitées par des médicaments antileptiques. Le traitement médicamenteux empêche la génération et la prolongation des crises. Néanmoins, il ne permet pas un total contrôle de la maladie. Chez l'enfant polyhandicapé le traitement contre l'épilepsie s'équilibre difficilement. Il faut donc repérer les circonstances et les milieux dans lesquels survient la crise.

La fluctuation de la respiration, la modification du teint et les troubles digestifs sont des signes à surveiller.

2) Les pathologies digestives

a. La déglutition

Dans le cas du polyhandicap on peut observer chez l'enfant une faiblesse des muscles faciaux entraînant une altération de la motricité buccale, une protrusion de la langue ainsi qu'une tenue de tête fréquemment rejetée en arrière. Ces troubles aboutissent à une difficulté ou une impossibilité de mastication. De même, les fausses-routes jouent également un rôle. Ce trouble alimentaire requiert l'épaississement des aliments ou, dans les cas les plus graves, une gastrostomie.

b. Le reflux gastro-œsophagien

La personne polyhandicapée présente fréquemment un reflux gastro-œsophagien (RGO). Il s'explique par un « passage anormal et répété du contenu gastrique dans l'œsophage »⁴². Le RGO accentue la douleur, le risque de fausses-routes et les problèmes respiratoires. Il peut se traiter par le biais de médicaments ou d'un acte chirurgical.

⁴² Bataille A., 2015, p. 105.

c. Troubles digestifs

Les troubles digestifs sont fréquemment liés à l'immobilité des sujets polyhandicapés, à la déshydratation, aux carences alimentaires ou encore aux traitements administrés. Ils se traduisent par des ballonnements du ventre ou par une obstruction chronique du fécalome. Une adaptation des repas et une hydratation suffisante peuvent contribuer à un bon transit.

3) Les problèmes respiratoires

L'enfant polyhandicapé se montre sujet aux problèmes respiratoires. Ces troubles sont généralement caractérisés par une insuffisance respiratoire des muscles respiratoires, par des infections respiratoires comme « la toux, l'encombrement, les bronchites itératives, voire les pneumopathies systématisées »⁴³ ou par des déformations de la paroi thoracique dues à un traitement orthopédique. De même, les troubles de la déglutition entraînent de redoutables complications pulmonaires.

4) Les problèmes cutanés

Du fait des troubles neuropsychiques le sujet polyhandicapé souffre de problèmes cutanés. La propreté et le contrôle sphinctérien souvent peu acquis entraînent le port de couches. De ce fait les protections maintiennent les zones génitales en état d'humidité et de macération, occasionnant des infections ou des inflammations. Les salivations constantes de l'enfant créent également des irritations et des rougeurs péribuccales et labiales.

Dans le cas des atteintes neurologiques sévères avec dénutrition des escarres sont observées. Elles sont induites par des pressions permanentes sur une partie du corps. Les appareillages orthopédiques et les stations maintenues longtemps engendrent des troubles cutanés ainsi que des troubles vasculaires.

⁴³ Barat C., 1988, p. 34.

5) Les troubles du sommeil

Souvent le sujet polyhandicapé souffre d'altération de l'organisation du sommeil. Chez l'enfant le trouble du sommeil se traduit par « une augmentation de la latence d'entrée dans la première phase de sommeil paradoxal ; une diminution de la quantité du sommeil et une diminution du nombre de phases de sommeil paradoxal »⁴⁴. Des traitements à base de mélatonine ou L-Dopa sont prescrits dans le but d'améliorer la qualité du sommeil.

Cette seconde partie permet d'aborder l'enfant polyhandicapé dans sa globalité. Elle relate les difficultés et les souffrances qu'il endure mais montre aussi ses capacités. La personne polyhandicapée, qu'il s'agisse ici d'un enfant, d'un adolescent ou d'un futur adulte, a des besoins et des désirs particuliers. Par l'intermédiaire de la relation, de la verbalisation et des supports sensori-moteurs, elle s'adapte aux situations, fait des apprentissages et développe ses aptitudes.

En dépit de l'extrême dépendance parentale et pluridisciplinaire de l'enfant, des médiations psychocorporelles telles que la balnéothérapie favorisent son autonomie motrice. L'espace de balnéothérapie est le lieu idéal pour appliquer sans pesanteur des stimulations sensori-motrices. Cet espace privilégie la rencontre, l'échange et étaye la communication non verbale ainsi que l'équilibre émotionnel. Cette médiation vectrice de bien-être accompagne l'enfant polyhandicapé et l'amène à enrichir ses expériences motrices et sensorielles, à se construire et devenir acteur. Pour évoquer les bienfaits de cette médiation, il convient de se remémorer ceux de l'eau.

⁴⁴ Barat C., 1988, p. 68.

C. L'ÉLÉMENT EAU

« Vivante et souple, l'eau est cette matière subtile qui engage le corps dans sa fluidité. Elle porte et enveloppe celui qui veut bien s'abandonner. Elle touche et caresse, dessine les limites du corps dans un contact sensoriel où la peau a la première place. »⁴⁵

Cette citation fait écho à la prise en charge psychomotrice de la personne polyhandicapée. L'eau permet de développer les schèmes moteurs et joue un rôle sur la structuration de l'image corporelle. Ces notions constituent les principaux axes thérapeutiques en balnéothérapie. De ce fait, en séance, l'engagement corporel et les stimulations sensorielles sont favorisés, le psychomotricien voit dans l'intermédiaire de l'eau « un moyen d'élargir son champ d'action sur le plan tant moteur qu'intellectuel et affectif » qui permettra au polyhandicapé de se découvrir, se reconnaître et s'épanouir.

I- Les propriétés physiques de l'eau

L'eau, substance vivante et réactive, bouleverse tous ceux qui la rencontrent intimement. Son approche permet au psychomotricien d'établir un travail spécifique avec l'enfant polyhandicapé grâce à ses propriétés.

1) Médium malléable

À la suite des travaux de la psychanalyste Marion Milner., le professeur René Roussillon⁴⁶, psychanalyste et psychologue, dégage cinq modalités spécifiques du médium malléable. Il est objet externe défini par son aspect vivant, indestructible, sensible, transformable et disponible. L'ensemble de ces propriétés agit sur la structuration de l'espace psychique.

L'eau possède un caractère immuable permettant de multiples transformations et manipulations. Ainsi, elle s'apparente à « une peau que nul ne peut blesser »⁴⁷. Son extrême

⁴⁵ Potel C., 1999b, p. 17

⁴⁶ Roussillon R., 1991, p. 131 à 146.

⁴⁷ Éluard P., 1937.

sensibilité répond au moindre mouvement, même minime. L'eau peut prendre différentes formes, elle suit, prolonge, se transforme en fonction des déplacements.

En balnéothérapie l'expérience de l'eau permet à l'enfant polyhandicapé de se découvrir. La sensibilité de celle-ci l'accompagne dans la quête de soi et de l'autre. À travers, sa malléabilité l'eau admet diverses expériences sensori-motrices, permettant à la personne en situation de polyhandicap de faire des liens entre ses mouvements et la connaissance de son corps. En enrichissant son vécu dans le milieu aquatique, le sujet polyhandicapé structure ainsi, son image du corps.

2) **La pression hydrostatique**

La pression hydrostatique correspond à « une pression exercée par un liquide au repos en raison de son poids sur une unité de surface des parois du récipient qui le contient »⁴⁸. La pression de l'eau écrase, alourdit ou, à l'inverse, porte, berce et allège le corps grâce à la poussée d'Archimède. À ce phénomène de pression s'ajoute le mouvement de l'eau permettant d'y prendre appui ou de la subir. L'eau en mouvement rend les appuis fuyants, donne la sensation d'être submergé ; l'eau statique offre une sensation d'ancrage plus importante. Par ce biais elle stimule constamment toutes les parties du corps.

Dans le cas du polyhandicap ces stimuli extéroceptifs permettent une meilleure perception corporelle. En allégeant le poids du corps, l'eau procure à l'enfant polyhandicapé une liberté d'action et de mouvements non réalisables à l'air libre. Cette propriété de l'eau fournit de nouvelles informations proprioceptives musculaires et articulaires, facilitant l'ébauche d'initiatives.

3) **La résistance hydrodynamique**

Dans l'eau tout corps en mouvement subit une résistance opposée à son déplacement. La résistance hydrodynamique varie selon trois facteurs : la vitesse du mouvement, la surface du corps immergée et la morphologie du sujet. Cette résistance demande un ajustement constant tant psychique que physique. En effet, « si le corps avance dans l'eau, nous avons le sentiment que c'est l'eau qui résiste. Si l'eau est en mouvement, c'est le corps qui doit résister à sa

⁴⁸ Luigi-Duggan A., 2015, p. 77.

poussée »⁴⁹. Par conséquent l'eau intensifie les informations extéroceptives et amplifie les informations proprioceptives et kinesthésiques. Grâce à sa résistance et à son extrême fluidité l'eau renforce la notion de conscience corporelle.

4) La température

D'après la loi de diffusion de Fick un corps chaud fournit spontanément de la chaleur à un corps froid. De ce fait la relation thermique tend à égaliser la température des deux corps. Cette réciprocité thermique s'observe davantage dans l'eau que dans l'air.

En balnéothérapie, la température de l'eau varie « entre 32° minimum et 34° maximum »⁵⁰, soit une température proche de celle du corps. Les échanges thermiques entre l'eau, le corps et l'air stimulent les récepteurs thermiques et le système nerveux. Par conséquent la température influence significativement l'activité motrice et le relâchement musculaire. Cette sensation de détente induit le confort et le bien-être.

5) La transparence et la profondeur

L'eau réfracte la lumière, sa transparence permet la vision d'objets ou de corps immergés. Elle autorise un contrôle visuel de l'activité corporelle et du mouvement. Mais elle peut aussi « nous faire ressentir comme étrangers à nous-mêmes »⁵¹. Cette caractéristique renforce la construction d'un corps maîtrisé.

Grâce à la transparence de l'eau l'enfant peut appréhender la profondeur et être attiré ou repoussé par ce qu'il voit au fond. L'eau en mouvement génère des ondes, déformant la réalité de ce qui est perçu. Catherine Potel souligne que lors de ce phénomène d'étrangeté « les limites du corps et le toucher de la peau se confondent et la peau n'est plus ressentie comme imperméable »⁵². De ce fait, le dédoublement d'enveloppe peut être vécu comme anxiogène chez le sujet polyhandicapé, remettant en question les fonctions les plus inconscientes.

⁴⁹ *Ibid.* p. 79.

⁵⁰ Luigi-Duggan A., 2015, p. 337.

⁵¹ Potel C., 1999b, p. 48.

⁵² *Ibid.* p. 49.

6) Aspect subjectif

L'eau va être le miroir de l'expression des sentiments humains sur le plan tant émotif que psychique. Ce milieu permet de faire jaillir des éléments de la vie psychocorporelle non perceptibles au quotidien. À son contact le sujet se remémore des expériences et des vécus antérieurs ayant une action sur le corps, les émotions et les capacités d'entrée en relation. En fonction de l'histoire de vie du sujet, l'ensemble de ces propriétés s'exprime de manière différente.

II- L'eau et ses aspects psychomoteurs

« Le soin par médiation aquatique entraîne l'ensemble corps-psyché dans une aventure physique, physiologique, fonctionnelle, psychomotrice et psychique autant que relationnelle et identitaire »⁵³.

1) L'enveloppe corporelle et psychique

Malléable, l'eau s'adapte, s'ajuste et crée une enveloppe autour du corps immergé. Elle agit en tant que « barrière protégeant de la pénétration des avidités et des agressions en provenance des autres »⁵⁴. Au contact de l'eau le sujet expérimente la notion de corps étanche, limitant à la fois un dedans et un dehors. La contenance de l'eau favorise le ressenti d'une unité corporelle immédiate.

Le milieu aquatique induit également une régression. Celle-ci renvoie aux souvenirs inconscients du monde liquide des eaux maternelles et du vécu lors du handling et du holding.

Recouvrant la quasi-totalité de notre organisme, la peau constitue la première surface de contact avec l'environnement. Elle va créer une frontière physique entre le dedans et le dehors, entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Dans *Le Moi-peau*⁵⁵ D. Anzieu établit un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions du Moi. Parmi les huit propriétés certaines requièrent un intérêt particulier auprès de l'enfant polyhandicapé.

⁵³ Luigi-Duggan A., 2015, p. 308.

⁵⁴ Delion P., 1999.

⁵⁵ Anzieu D., 1985, p. 121-129.

- Le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme qui s'accroît par l'intériorisation du holding maternel. L'intégration de ses mains assure au bébé un psychisme fonctionnel ainsi qu'un corps unifié et solide ;
- La contenance du Moi-peau exercée par le handling maternel assure une continuité d'existence, grâce aux sensations et aux émotions véhiculées dans le soin ;
- La fonction de pare-excitation joue un rôle de protection contre les agressions physiques et les excitations externes. Associée à l'eau, elle s'apparente à une double peau ;
- La fonction d'inter-sensorialité relie entre elles des sensations de diverses natures et les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile ;
- La fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles renvoie en miroir une image de la réalité.

L'intégration des fonctions positives du Moi-peau favorise la construction et l'individuation du Moi. Elles jouent à l'égard du psychisme le même rôle que la peau à l'égard du corps.

Dans le cas du polyhandicap la peau et l'eau apportent une cohérence et une contenance du corps propre. L'enfant polyhandicapé, amené de la sorte à prendre conscience de son corps, va pouvoir progressivement se construire une identité psychocorporelle, lui permettant de différencier l'espace psychique interne, l'espace perceptif et l'espace psychique externe. Cette unité, favorisée par les bienfaits de l'eau, vient faciliter les échanges et la relation à l'autre.

Comme le fait remarquer C. Potel, « L'eau est contenante pour le corps, porteuse maternelle, vectrice d'illusions et de transitionnel. Elle est par ailleurs propice aux échanges et à la communication entre soi et les autres. Elle détermine un espace de communication où les conflits peuvent se jouer de manière forte, intense, où toute la dimension ambivalente de la relation va pouvoir s'exprimer. »⁵⁶

⁵⁶ Potel C., 1999b, p. 55.

2) La communication et la relation

Dans l'eau, le corps du psychomotricien s'engage autant que celui de l'enfant polyhandicapé. En allégeant le poids du corps, elle favorise une perception plus fine et un meilleur ressenti corporel. L'eau simplifie le dialogue corps à corps et facilite la relation. Se créer alors, un dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et la personne polyhandicapée.

En balnéothérapie le portage de l'enfant donne des indications sur les aspects relationnels. Ainsi le tonus et la qualité du regard jouent un rôle de support à la communication. En fonction des informations perçues et décryptées, le psychomotricien et l'enfant polyhandicapé vont créer un accordage affectif où tous deux participent à un dialogue non verbal. Cet échange sensoriel non verbal participe au développement psychoaffectif du sujet polyhandicapé. Grâce à son rôle de pare-excitation et à son adaptabilité psychocorporelle, le psychomotricien « devient pour l'essentiel : empathique, postural, rythmique, tonique et émotionnel dans un dialogue peau à peau, corps-accords, porté par une mélodie de langage adapté également à chacun »⁵⁷. Par l'approche de l'eau le psychomotricien guide l'enfant dans la diversification de ses expériences et aide à l'équilibre psychique et relationnel. La relation apporte l'émergence de nouvelles sensations et de nouvelles émotions. Elle peut être enrichie par le biais du jeu et notamment par les stimulations procurées.

3) Les stimulations sensorielles

L'eau pourvoyeuse de flux sensoriels met en jeu tous les sens. Elle « attire vers le toucher, la vision, l'olfaction, l'audition périphériques, les sensations vestibulaires, vibratoires, articulaires. »⁵⁸ Cette richesse sensorielle permet la différenciation de plusieurs sensations.

La sensation de légèreté et de résistance hydrodynamique procurée par l'eau permet au sujet polyhandicapé de retrouver un corps plaisir ; corps dans lequel il différencie, relie, rassemble d'autres éprouvés que ceux vécus quotidiennement.

Ces afférences sensibles interviennent également dans la construction et l'intégration du schéma corporel. L'eau masse, caresse, renforce la contenance et les limites corporelles, permettant l'élaboration d'un dedans et d'un dehors. Par l'intermédiaire de ces propriétés, l'enfant polyhandicapé va pouvoir acquérir un corps vécu, source d'affect. Dans le milieu

⁵⁷ Luigi-Duggan A., 2015, p. 347.

⁵⁸ *Ibid*, p. 343.

aquatique l'enfant remanie perpétuellement son vécu sensoriel, d'où l'importance de la régularité des séances en balnéothérapie.

Au-delà des stimulations qu'elle procure, l'eau apporte des émotions et des affects à l'origine d'une unification psychocorporelle. À partir de son vécu sensoriel et de sa redistribution tonique le sujet polyhandicapé va pouvoir mettre en place le mouvement et le déplacement.

4) Le développement sensori-moteur

« L'enfant est tout naturellement porté à expérimenter le monde par l'intermédiaire de son corps, à communiquer avec lui, à prendre plaisir à ses diverses fonctions. »⁵⁹ L'appauvrissement sensori-moteur de la personne polyhandicapée entraîne une unité corporelle déficiente. Quotidiennement, en station assise ou quasi statique, la sensation d'un corps morcelé se retrouve amplifiée. De même le champ relationnel et affectif se restreint. Grâce aux stimulations sensorielles et aux expériences corporelles qu'offre l'eau, l'enfant va pouvoir prendre conscience d'un corps unifié, libéré de ses contraintes.

Dans l'eau toutes les notions psychomotrices apparaissent, ce qui en fait un média propice au développement sensori-moteur. Chez la personne polyhandicapée pour qui la mobilité est réduite, l'eau devient un espace de jeu, un espace transitionnel de créativité et d'imaginaire, d'expériences corporelles.

La fluidité et la pression hydrostatique de l'eau favorisent chez ces enfants un plaisir et une liberté motrice. Dans ce milieu certains enfants peuvent éprouver la verticalité, l'équilibre, le déséquilibre, les points d'appui ou encore initier des déplacements et un début de marche.

Les expériences sensorielles vont permettre à la personne polyhandicapée de se percevoir dans le monde. Associées à des expériences motrices, elles lui permettent d'avoir conscience d'un corps capable d'agir sur son environnement et de s'adapter à ces changements. Ainsi, le plaisir vécu lors des activités favorise le développement d'une bonne image de soi et un sentiment d'unité corporelle dans le temps et l'espace.

Comme le souligne C. Potel, « l'eau permet de faire des liens entre son mouvement et la connaissance de son corps et de son environnement affectif, relationnel, temporel et spatial »⁶⁰.

⁵⁹ Bucher H., 1995, p. 22.

⁶⁰ Potel C., 1999b.

L'eau vectrice d'émotions facilite les échanges et l'engagement corporel entre la personne polyhandicapée et son environnement.

En conclusion, l'eau, véritable support au développement psychomoteur et à la relation, permet au polyhandicapé de recevoir et de (re)vivre des expériences primaires. Son contact procure un sentiment sécurisant et apaisant qui nourrit et construit la notion d'enveloppe protectrice, soutien de l'information et surface d'inscription de la mémoire, qu'est la peau.

Le milieu aquatique « offre l'avantage de modeler le corps de la manière la plus globale et équilibrée qui soit, en sollicitant dans des conditions symétriques la totalité de l'apprentissage locomoteur. »⁶¹ En effet, sur le plan antigravitaire, la portance de l'eau permet au sujet polyhandicapé de découvrir son corps et d'acquérir une certaine liberté de mouvement. Les afférences sensitives de l'eau interviennent dans la constitution et l'intégration du schéma corporel. Ainsi schéma corporel et image du corps s'alimentent par le biais des passages entre air et eau, la verticalité et l'horizontalité, le dedans et le dehors ainsi que par les variations actif et passif.

À la fois résistante et fluide, l'eau favorise des expériences sensori-motrices. Ces stimulations permettent à l'enfant porteur de polyhandicap la perception d'une unité et d'une frontière corporelles. L'ensemble de ces expériences nourrit les éprouvés perceptivo-sensoriels et émotionnels. En effet, l'eau enrichit les expériences de relation et d'accordage. Le psychomotricien requiert de cette population une adaptation tonico-émotionnelle et tonico-affective répondant aux besoins psychocorporels du sujet polyhandicapé. Dans les situations de portage ou de jeux les deux corps engendrent un dialogue où résident une réciprocité des échanges et un vécu partagé.

Les caractéristiques physiques, symboliques et culturelles de l'eau offrent aux enfants les plus en difficulté un support riche d'expériences, d'émotions, de stimulations sensorielles, personnalisées et renouvelées à chaque séance. Cependant, « seule la régularité des séances et la permanence des intervenants permettent une inscription corporelle et le passage à une inscription psychique. »⁶² De même l'accompagnement psychomoteur de l'enfant polyhandicapé nécessite de la part du psychomotricien « d'avoir perçu soi-même toute la dimension symbolique, fantasmatique de l'eau et son ambiguïté »⁶³.

⁶¹ Vadepiéd A., 1976.

⁶² Luigi-Duggan A., 2015, p. 33.

⁶³ Potel C., *In Evolutions Psychomotrices* N° 11 p. 31.

Partie Clinique

D. PRÉSENTATION DU LIEU DE STAGE

I- Présentation de l'Institut Médico-Éducatif

1) Population accueillie

L'établissement dans lequel j'effectue mon stage est un Institut Médico-Éducatif (IME). Il s'agit d'un établissement privé, géré par l'association Altérité.

Créée en 2008, l'institution accueille 46 enfants, adolescents et jeunes adultes de 6 à 26 ans relevant des annexes 24 et 24ter du décret n°89-798 du 27 octobre 1989. Ils sont admis soit en internat ou internat séquentiel soit en externat ou à temps partiel.

2) Projet d'établissement

Le projet d'établissement de l'institution se fonde sur quatre notions fondamentales de l'association Altérité : citoyenneté, démocratie, laïcité et dignité de la personne accueillie. Ces notions ont pour but de promouvoir une représentation de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte qui ne réduise pas l'individu au rang de handicap mais plutôt le considère pleinement en tant que personne, certes en situation de handicap mais néanmoins égale à toute autre.

3) Organisation spatiale de l'institution

L'institution se situe en banlieue parisienne, dans un quartier résidentiel constitué d'habitats individuels et collectifs. Sa construction s'apparente à l'architecture d'une maison. Construit de plain-pied et équipé de nombreux aménagements spécifiques au polyhandicap, l'IME favorise, développe et maintient l'autonomie des jeunes accueillis tout en leur procurant un espace sécurisant. D'une façon naturelle la luminosité de l'établissement offre aux jeunes un repère temporel nycthéméral et saisonnier.

La structure propose trois espaces concentriques entre lesquels un mouvement perpétuel de va-et-vient s'organise de façon singulière pour chaque jeune :

- Les espaces de la gestion de l'intime représentent les lieux de vie, ils sont aux nombres de cinq. Chaque unité se distingue par une couleur (mauve, mandarine, rouge, vert et orange) ainsi que par des aménagements spécifiques selon l'âge des jeunes ;
- Les espaces de rencontre correspondent aux espaces thérapeutiques, pédagogiques et éducatifs. Ces espaces permettent aux enfants et jeunes adultes d'expérimenter et de favoriser l'expression du singulier dans le collectif, à partir de médiateurs à la relation ;
- La cité, espace d'intégration et d'affirmation de la citoyenneté.

Ces trois espaces sont à la fois distincts et liés par une allée centrale nommée « la rue du chat ». Cet axe central s'apparente aux modalités de circulation au sein d'une ville, où existent un sens de circulation et des possibilités d'échanges. Lumineuse, colorée et décorée selon les saisons ou les événements, elle assure le lien entre le dedans et le dehors et sert de passage entre le singulier et le collectif.

II- Organisation générale et présentation des équipes

1) L'équipe pluridisciplinaire

Face à la complexité des handicaps de l'enfant, adolescent et jeune adulte polyhandicapé, sa prise en charge nécessite l'intervention de professionnels de compétences variées, complémentaires et coordonnées. Au sein de cette institution une équipe pluridisciplinaire travaille de jour comme de nuit et tente au mieux de répondre aux envies et besoins du sujet polyhandicapé. Elle comprend elle-même plusieurs équipes :

- L'équipe administrative et économique constituée de la directrice d'établissement, du chef de service, d'une assistante sociale, d'une secrétaire de direction, d'une secrétaire d'accueil ainsi que de deux comptables. L'équipe administrative et économique veille la gestion du personnel, à la relation avec les fournisseurs ainsi qu'à l'organisation des transports et de l'entretien des locaux ;
- L'équipe d'entretien composée d'un agent technique et du personnel de cuisine et de ménage ;

- L'équipe de soins représentée par les Aides-Soignantes (AS) et les infirmières présentes 24h/24. L'équipe de soins assure l'application des traitements, la distribution des médicaments ainsi que les interventions de soins ;
- L'équipe rééducative et thérapeutique formée d'un médecin psychiatre, d'un médecin généraliste, d'un médecin de rééducation fonctionnelle, de deux kinésithérapeutes, de trois psychomotriciennes, de trois psychologues, d'une ergothérapeute et prochainement d'une orthophoniste ;
- L'équipe socio-éducative assurée par des Aides Médico-Psychologiques (AMP), des Educateurs Spécialisés (ES) et un professeur d'activité physique adaptée ;
- L'équipe de nuit constituée d'une infirmière et de deux aides médico-psychologiques. Elle est quotidiennement présente de 21 heures à 7 heures.

Ces diverses équipes travaillent en concertation et sont en lien quasi constant. La coordination s'établit lors des temps de réunion. Cette organisation favorise le déroulement de la vie quotidienne et la bonne gestion de l'intime.

2) Organisation des réunions

Les réunions institutionnelles permettent de coordonner les actions de chacun afin d'assurer une cohérence dans la prise en charge des enfants. Elles ont lieu deux fois par semaine principalement le mardi et le jeudi.

- La réunion de rentrée rassemble l'ensemble des professionnels et les familles. Elle a lieu une fois par an. Elle présente les équipes, les avenants au contrat de séjour ainsi que les nouveaux projets d'établissements.
- Les réunions de synthèse concernent tout le personnel soignant et socio-éducatif de l'institution. Elles ont lieu tous les jeudis et permettent de relater ce qui s'est passé au sein de l'institution. De même, elles abordent l'évolution, la prise en charge et le projet thérapeutique concernant un enfant ainsi que leurs éventuels remaniements.

- Les réunions psy- regroupent le médecin psychiatre, les psychologues et les psychomotriciennes. Elles ont lieu le jeudi une fois par mois et permettent d'échanger autour des prises en charge des enfants.
- Les réunions de groupe rassemblent les équipes de soins, socio-éducatives et rééducatives/thérapeutiques ainsi que la chef de service et l'assistante sociale. Elles ont lieu tous les mardis et permettent de débattre de la dynamique institutionnelle et fonctionnelle.
- Les réunions institutionnelles réunissent tous les professionnels de l'institution, hormis ceux qui surveillent les jeunes. Elles ont lieu une fois par trimestre et traitent des questions ou des suggestions du personnel.

Dans ce mémoire, je ne rendrai pas compte des autres réunions plus spécifiques liées à l'alimentation, aux AMP, aux stagiaires ou encore à l'administration.

III- La place de la psychomotricité au sein de l'établissement

Comme je l'ai déjà évoqué précédemment, il y a trois psychomotriciennes à mi-temps au sein de l'institution. Auprès de cette population en grande difficulté, la psychomotricité permet d'appréhender le jeune dans sa globalité et sa singularité tout en étant attentif à son développement et à ses capacités motrices, sensorielles, relationnelles et cognitives. De même, elle aborde la question du corps en relation avec autrui et avec le monde environnant.

Les indications en psychomotricité sont faites par le médecin psychiatre lors des réunions de synthèse. Dans un premier temps, la prise en charge s'effectue par un travail individuel, avec une régularité des séances ; puis au fur et à mesure par une inscription dans un petit groupe de deux à quatre enfants.

Avant toute prise en charge, un bilan est réalisé. « Du fait des problèmes cognitifs et des difficultés de communication, un examen psychomoteur classique n'est pas réalisable avec les personnes polyhandicapées. »⁶⁴ Par conséquent il s'agit plutôt d'un bilan d'observation relatant les acquis de l'enfant. Pour cela on se réfère à son Niveau d'Évolution Motrice (NEM) qui va permettre de mettre en lumière ses capacités en le comparant au développement psychomoteur normal de l'enfant. Lors de ce bilan sont observées la motricité, la sensorialité, la relation et la communication. Cet intermédiaire au bilan classique permet de mettre en évidence les

⁶⁴ Scialom P., Giromini F., Albaret J-M., 2015b, p. 143.

compétences, les modalités d'expression et les stratégies mises en place par l'enfant polyhandicapé. À partir de celui-ci un projet thérapeutique individualisé est créé en réunion de synthèse par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

La prise en charge psychomotrice a pour objectif de permettre à la personne polyhandicapée d'harmoniser son vécu corporel et de le vivre comme vecteur de plaisir et d'efficacité motrice. Il s'agit de l'aider à affiner sa conscience corporelle et identitaire via notamment des expériences sensori-motrices variées. Ces expériences riches en sensations et émotions vont contribuer à un équilibre de bien-être et élaborer une représentation mentale. Par le biais de médiateurs et/ou de médiation la psychomotricité tente d'inscrire l'enfant polyhandicapé en tant qu'acteur dans la relation et dans l'environnement.

E. PRÉSENTATION DES CAS CLINIQUES

I- L'accompagnement de Lola en balnéothérapie

1) Anamnèse de Lola

a. Renseignements administratifs

Lola est née le 27 septembre 2009. Elle est âgée de 8 ans lorsque je la rencontre dans le cadre de la balnéothérapie. Elle vit chez ses parents avec sa petite sœur âgée de 3 ans.

b. Parcours institutionnel

Lola a d'abord été scolarisée dans une école maternelle classique. Puis scolarisée en maternelle dans une Unité Localisée pour Inclusion Scolaire (ULIS), à raison de quinze heures par semaine. En 2014, elle est parallèlement suivie dans un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD) jusqu'à son admission en externat à l'IME en juin 2016.

c. Renseignements médicaux et familiaux

Lola est née à 31 semaines d'aménorrhées pour un poids de 1 480g. L'accouchement se fait par voie basse dans un contexte d'infection materno-fœtale. Dès sa naissance Lola est transférée en service de réanimation et y reste trois semaines. S'ensuit une hospitalisation en néonatalogie pendant neuf mois.

En 2014, le diagnostic de « polyhandicap avec diplégie spastique et retard psychomoteur, liés aux séquelles de prématurité » est posé.

Les examens en janvier 2015 ont révélés un manque de flexion et de rotation externe de la hanche droite, une diplégie spastique, un valgus du pied, des troubles importants du sommeil normalisés à ce jour ainsi qu'une tendance à la constipation. En juillet 2015 Lola présente une crise convulsive isolée dans un contexte de fièvre.

En janvier 2016, des injections de toxiques botuliques s'effectuent dans les abducteurs dans l'optique d'atténuer le croisement de ses jambes. Afin d'amoindrir ses contractions musculaires, Lola est mise sous traitement Lioresal⁶⁵.

Au niveau de ses antécédents familiaux, les parents de Lola sont non consanguins, en bonne santé. Sa sœur cadette ne présente aucune pathologie particulière.

d. Évolution médicale et prise en charge

Sur le plan visuel, Lola porte des verres correcteurs pour myopie et strabisme. Au niveau somatique, elle présente un bon état général ainsi qu'une bonne trophicité⁶⁶. Lola se nourrit d'aliments en petits morceaux et boit seule dans un verre adapté. Elle saisit les aliments avec ses doigts, soutenue et aidée par l'adulte elle peut utiliser une cuillère ergonomique.

Au niveau orthopédique, elle possède des attelles de jour et de nuit et un siège moulé pour la station assise. Elle détient également un motilo et une flèche lui permettant d'accomplir de petits déplacements. Sa diplopie spastique et sa luxation de hanche limitent fortement la marche.

Lola est actuellement prise en charge en kinésithérapie, en orthophonie et en psychomotricité.

2) Le bilan psychomoteur

En 2011, Lola est suivie en psychomotricité dans un cabinet libéral jusqu'à son entrée en 2014 au SESSAD. Lola bénéficie au sein de l'IME depuis septembre 2016 d'un suivi en psychomotricité à raison d'une séance individuelle et d'une séance de groupe par semaine.

Le bilan psychomoteur de Lola est essentiellement basé sur l'observation de son activité spontanée lors des séances de psychomotricité. Il a été réalisé en présence de la psychomotricienne le 26 novembre dernier. Il s'agit d'un bilan d'évolution. Lola est alors âgée de 8 ans et 2 mois.

⁶⁵ Médicament myorelaxant (<https://eurekasante.vidal.fr> , consulté le 04/04/2018).

⁶⁶ Ensemble des mécanismes et des processus qui participent à la nutrition et à croissance des organes et des tissus (www.vulgaris-medical.com , consulté le 04/04/2018).

a. Tonus et régulation tonico-émotionnelle

Lola présente une hypertonie importante au niveau des membres inférieurs ; en effet les membres sont le plus souvent en extension, les cuisses en rotation interne avec adduction et les pieds en varus équin. Les capacités de détente sont plus marquées au niveau des membres supérieurs.

Lola montre des difficultés dans sa régulation tonique. Son manque de contrôle postural, la fait vaciller d'un pôle à l'autre (hypertonique à hypotonique et inversement). J'observe, des réactions tonico-émotionnelles avec un fort recrutement tonique de type sursaut, raidissement, tension lors de moments de grande excitation, de peur, lors d'un mouvement vif ou encore lorsqu'elle est surprise par un bruit.

L'hypertonie de Lola peut être régulée par un soutien appui-dos. Cet appui semble essentiel à sa détente. À l'inverse, elle a tendance à « s'écrouler » lorsqu'elle n'éprouve aucun intérêt ou lors d'absence de stimulation.

Par ailleurs, elle présente des stéréotypies comme frapper dans ses mains et grincer des dents.

Lola est une enfant qui a besoin d'être stimulée pour s'éveiller. L'interaction de l'autre et les flux sensoriels sont primordiaux à sa régulation. Le fond tonique de Lola agit sur sa motricité.

b. Motricité globale et fine

Lola présente un retard important du développement posturo-moteur et locomoteur. Elle est entravée dans ses possibilités motrices et d'exploration et ceci retentit au niveau relationnel.

En décubitus dorsal, elle est capable de saisir un objet pour l'amener dans son champ visuel par un mouvement bi-manuel ou uni-manuel. Lola parvient à passer du décubitus dorsal au décubitus ventral de manière volontaire.

En décubitus ventral, Lola arrive à relever sa tête et à la tenir dans l'axe du corps pendant plusieurs secondes. Lola rampe en avant et en arrière grâce à la force des bras. Les jambes ne participant que très peu au mouvement et de manière peu efficace.

Lola initie un début de redressement avec rotation du buste et appui du bras gauche. Cependant, elle ne parvient pas au bout du schème, gênée par la spasticité des muscles des membres inférieurs. La position assis-tailleur peut être maintenue durant quelques minutes.

À partir de la position ventrale, Lola initie une position à genoux mais ne parvient pas à aller jusqu'au bout. Par le soutien de la psychomotricienne et celui de modules, Lola parvient à la position genou dressé et peut la maintenir. De même, elle est capable de maintenir le 4 pattes quelque instants mais ne parvient à se positionner seule. La raideur de ses jambes causée par la spasticité entrave la flexion du genou.

Lola présente un équilibre précaire et n'apprécie pas les activités la mettant en déséquilibre. Debout, elle a tendance à être en hyperextension, appuis-pointes de pieds et pieds en équin. Avec un appui-dos, Lola semble mieux maîtriser la position debout et peut la maintenir quelques secondes. Cependant, elle ne semble éprouver aucun intérêt pour la marche. Accompagnée de l'adulte, elle peut faire quelques pas mais les jambes de Lola sont prédisposées à se chevaucher rapidement.

On remarque également un réflexe parachute des deux côtés mais la main droite est souvent fermée. Le soutien du poids du corps demande un effort permanent, la fatigabilité est donc augmentée.

Au niveau de la motricité fine, Lola utilise essentiellement sa pince cubito-palmaire. Lors des activités, elle est capable de saisir l'objet et de le passer d'une main à l'autre. En revanche, si un nouvel objet lui est proposé, elle jette celui qu'elle possède pour le saisir.

Lola présente une bonne prise en pince de la main droite, main avec laquelle elle mange et saisit de petits aliments. Néanmoins, lors des séances Lola mobilise essentiellement sa main gauche, main dont depuis peu elle suce le pouce. Le pointage de l'index n'est pas acquis. Les manipulations sont pauvres avec mise en bouche systématique. Les mouvements sont rigides, crispés et peu variés (tape, rassemble, met en bouche).

c. Investissement corporel

Le schéma corporel, les notions spatiales et temporelles ne peuvent être évaluées. Cependant Lola reconnaît son image dans le miroir et reconnaît l'autre également.

Son déficit moteur et cognitif l'entrave dans l'exploration de son corps et de son environnement. Elle utilise peu ses membres inférieurs au profit de ses membres supérieurs. La sphère orale est très investie par Lola qui depuis peu suce son pouce, comme on l'a vu ci-dessus. Lorsque qu'elle n'est pas stimulée, Lola a tendance à s'enrouler autour de son axe corporel comme pour chercher le sol et donc retrouver cet espace oral. De même, elle explore l'objet par la bouche.

L'investissement de son arrière-corps et de son avant-corps pose question. Lola ne semble pas avoir conscience de ce qui peut être derrière elle. Il est primordial de lui faire prendre conscience de ses appuis et, plus particulièrement, de lui faire ressentir ce qui peut être support pour elle.

d. Sensorialité

Les troubles moteurs s'accompagnent de troubles sensoriels. Le traitement des flux sensoriels est parfois difficile et Lola se retrouve alors désorganisée avec un schème marqué en extension.

Lola reste dans son plaisir, ses éprouvés sensoriels et a tendance à s'enfermer dans des activités répétitives, non structurantes où elle se coupe des échanges.

Au niveau tactile, Lola recherche très peu de nouvelles manipulations, ses expériences sont assez restreintes. Elle passe beaucoup par le tirer/rassembler, mettre en bouche. Elle explore en grande majorité par la zone orale (tapote ou frotte sur ses lèvres, met en bouche). Par ailleurs elle semble avoir une hyposensibilité plantaire.

Lola affectionne tout particulièrement les propositions sensorielles labyrinthiques telles que les balancements, les roulades, le hamac ou les sensations fortes (vitesse, trampoline). Ainsi, Lola montre son besoin de ressentir son corps, son enveloppe corporelle et ses limites.

Au niveau visuel, Lola est capable de quelques poursuites oculaires et d'échanges de regards. Cependant, la fixation du regard est affectée par la présence de nystagmus. Elle montre un intérêt pour les objets lumineux (balle, fibre optique, etc.). Lola recherche son image dans

le miroir et regarde souvent en périphérique. La coordination oculomotrice est difficile, il existe un strabisme. Le défaut de coordination oculomotrice diminue également ses possibilités d'anticipation. Lors des jeux d'échanges il est important de placer Lola bien en face du psychomotricien, à de courtes distances.

Au niveau auditif, Lola est hypersensible au bruit, elle apprécie les comptines mais n'aime pas les sons forts et se bouche alors les oreilles. Elle peut réagir brusquement lors de bruits inopinés ou de sons de grande intensité.

e. Communication et interaction

Lola présente une bonne compréhension des consignes. Elle n'a pas accès au langage mais peut communiquer par le regard, notamment signifier le désintérêt par la fuite du sien. Lola vocalise et crie pour exprimer ses manifestations émotionnelles.

Lola est très exclusive dans la relation. Les interactions et les échanges sont possibles mais ne durent qu'un court laps de temps. Lola prend plaisir et interagit lorsqu'elle est en relation à l'autre.

Conclusion du bilan : Lola est une petite fille agréable qui s'anime grâce à l'étayage de l'adulte. Lola se construit dans la relation à l'autre, c'est une boucle entre elle et son entourage qui lui permet d'explorer, découvrir, interagir et donc de se renarcissiser.

3) Projet thérapeutique

Lola bénéficie donc de deux accompagnements en psychomotricité, une séance en individuelle et une séance de $\frac{3}{4}$ d'heure dans le groupe intitulé « Jeu découvre », à raison d'une fois par semaine.

Dans la continuité, le projet envisagé s'organise autour de la régulation tonique et du relâchement musculaire. Il s'agit de favoriser les postures d'enroulement afin de retrouver une meilleure organisation tonique. Dans une interrelation sécurisée, avec accompagnements verbaux, Lola pourra évoluer dans un bain sensoriel contenant qui facilitera sa motricité volontaire et ses déplacements autonomes.

Parallèlement, il convient d'enrichir les expériences sensori-motrices de Lola tout en étayant sa prise de conscience corporelle, le plaisir d'habiter son corps afin de faire émerger le sentiment d'être dans un corps porteur d'une identité différenciée.

Enfin, il est important de soutenir Lola dans sa relation à l'autre. Afin de mieux capter ses besoins, ses désirs et d'y répondre de façon adaptée, il convient d'être attentif aux signes qu'elle renvoie en retour dans le but qu'elle investisse une communication non verbale.

4) L'accompagnement dans l'eau

a. Déroulement des séances

Lola bénéficie depuis décembre 2017 d'un accompagnement hebdomadaire individuel en balnéothérapie. L'accompagnement est réalisé en alternance entre la psychomotricienne et la kinésithérapeute. Arrivée récemment dans l'établissement, ma tutrice de stage a préféré ne pas bousculer le travail déjà entrepris. De ce fait nous proposons à Lola ces quelques séances dans l'optique d'un futur projet thérapeutique à la rentrée prochaine (septembre 2018).

Dans un premier temps nous allons chercher Lola dans son groupe. Les séances ayant lieu à 8h40, nous sommes souvent présentes lorsque l'AMP la déshabille et lui enfile son maillot. Lola montre dès cet instant, sa joie par des cris, des rires, des échanges de regards et des vocalises.

Le transfert de son unité à l'espace de balnéothérapie se fait en poussette. Lola peut réaliser quelques pas de sa poussette au bassin. Cependant, elle baisse rapidement les bras face à l'effort que cela nécessite et exprime clairement son désir d'accéder rapidement à l'eau.

Lola est souvent prise d'excitation lors du contact de l'eau, nous lui proposons alors un instant d'enroulement et de regroupement dans nos bras afin qu'elle parvienne à réguler ses états tonico-émotionnels.

Les temps de balnéothérapie sont rythmés par divers jeux sensori-moteurs alternant les expériences : dedans/dehors, air/eau, mouvement/passivité, verticalité/horizontalité, souffle/apnée. Les propositions peuvent être initiées par nos soins et varier en fonction des réponses de Lola.

En fin de séance, nous proposons à Lola un temps calme lui permettant de faire état de son vécu psychocorporel dans l'eau. Cet instant lui est également proposé dans le but d'une détente musculaire.

Au moment de la sortie Lola exprime son mécontentement en « chouinant ». Bien souvent, nous sommes obligées de procéder par étapes afin de lui laisser du temps pour s'adapter à cette situation frustrante. Nous l'installons alors un moment sur les marches avant une réelle sortie du bassin.

b. Évolution

Lors de nos rencontres dans le cadre de la balnéothérapie, Lola joyeuse montre une réelle envie d'aller dans l'eau, et ce dès le trajet la conduisant à la salle. En raison de sa forte excitation elle arrive très dispersée. Dans sa poussette, elle s'agite, claque des mains ou proteste si l'immersion se fait attendre.

Le contact de l'eau est vécu par Lola comme source de plaisir et provoque un fort recrutement tonique du fait d'un trop plein de stimulation sensorielle. Sans appréhension, elle se « jette » à l'eau et ne semble pas prendre conscience de sa mise en danger. Rappelons que l'eau modifie nos repères, nos perceptions et demande ainsi une nouvelle adaptation tonique, que Lola ne semble pas prendre en considération lors de ce contact.

Lors des premières séances, Lola montre une agitation massive de la partie haute de son corps. Cette hyperexcitation peu ou mal régulée rompt le contact avec l'adulte et impacte son efficacité motrice souvent maladroite, impulsive et imprécise. Afin d'éviter cette coupure relationnelle, je lui propose un temps calme, propice à sa régulation tonico-émotionnelle. Tout d'abord, j'ai maintenu Lola en position d'enroulement contre moi dans l'optique de la rassembler. Une fois que j'ai senti Lola plus disponible, j'ai relâché ses jambes pour qu'elle se retrouve allongée sur le dos. L'eau, mon corps et ma voix (chant murmuré) enveloppent le corps de Lola que je berce, fais glisser et onduler sur l'eau, en avant, en arrière, lentement puis en variant la vitesse. Je modifie à plusieurs reprises mon soutien (tête, épaule, dos, bassin, ventre) afin que Lola module son tonus et s'adapte à ces divers appuis en fonction de ce qu'elle perçoit corporellement. Il s'agit lors de ce temps de faire prendre conscience à Lola de son corps, de ses limites et de rassembler ce corps en un corps disponible à soi et à l'autre. L'eau, vécue jusque-là comme excitante, devient une source d'apaisement où Lola semble être à l'écoute de ses sensations et de ses ressentis. Au fur et à mesure j'observe une nette diminution de son hyperextension entraînant alors un certain relâchement musculaire ainsi qu'une meilleure

disponibilité psychocorporelle. En effet les flux sensoriels apportés par la balnéothérapie comme les propriétés thermiques de l'eau contribuent à l'organisation du tonus de Lola de façon plus nuancée et à la détente musculaire. L'environnement, le portage et les interactions modulent également son état tonique.

Au cours des premiers accompagnements, Lola explore ce milieu notamment par l'oralité qu'elle recherche constamment. Elle immerge tantôt ses lèvres tantôt sa tête mais ne semble pas maîtriser son apnée. Je lui propose alors d'expérimenter son souffle et d'observer son impact à la surface de l'eau, ce qui l'amuse beaucoup. Progressivement, nous réalisons des bulles et des sons sous l'eau, tout en gardant notre visage à la surface. Comme nous sommes disposées en face à face, Lola se montre de plus en plus attentive, calme et à l'écoute de son corps et des nouvelles perceptions procurées par le milieu. Lola en sécurité, portée, contenue a pu oser explorer ces nouvelles propositions.

Dans la continuité des séances, des temps d'immersion en étant bienveillante à ses capacités d'apnée et ses éventuels signes corporels ont été possibles. Lola dans les bras, je m'immerge par un mouvement plié-déplié que Lola anticipe en fermant les yeux. De nouveau à la surface, Lola semble contente de cette expérience même si elle met un certain temps à s'adapter à cette perte de repères qu'elle doit se réapproprier. Au départ, les expériences sous l'eau se font dans une relation duelle, Lola rassurée peut alors accepter une dynamique de groupe. Placée à une juste distance face à la psychomotricienne, je projette Lola sous l'eau et vers l'avant, elle est alors réceptionnée par ma tutrice. Cette deuxième approche sous l'eau permet à Lola d'expérimenter son corps en mouvement et d'établir de nouveaux repères, de nouvelles expériences ainsi que de nouvelles sensations qui lui procurent également du plaisir. Elle ressent moins le besoin d'explorer par la bouche, ce qui lui permet d'expérimenter davantage sa motricité volontaire.

La contenance physique et psychique procurée par cette médiation permet à Lola de varier son positionnement dans l'eau, sur le ventre, sur le dos, verticale. Elle affectionne tout particulièrement le passage dos-ventre et inversement. Son manque de contrôle postural impacte Lola dans sa station debout qu'elle ne parvient pas encore à maintenir seule dans l'eau. Nous utilisons dans un premier temps des frites que nous disposons sous ses bras et entre ses jambes dans le but de travailler la verticalité. Du fait de sa luxation de hanche, nous lui proposons lors des séances suivantes une bouée culotte qu'elle investit et recherche par la suite. L'appui-dos de la bouée, sécurise et maintient l'axe de Lola. De même, la verticalité qu'offre l'eau rend Lola actrice dans les échanges et sur son environnement. Maintenu dans cette position et sécurisé par un appui-dos (frites, bouée, rebord du bassin), elle prend plaisir à bouger son corps et joue sur les propriétés indestructibles et sensibles de l'eau. Enjouée, elle

tape, éclabousse, saisit l'eau avec ses mains. Au début, Lola n'investit que ses membres supérieurs puis j'observe quelques mouvements minimes et occasionnels des membres inférieurs. Progressivement ses mouvements deviennent plus amples et fréquents jusqu'à ce qu'elle trouve le mouvement de pédalage qui lui permet un déplacement autonome.

Au fur et à mesure des séances, Lola montre une meilleure aisance dans l'eau et se déplace de façon autonome (avec aides de flottaison). Elle réalise de plus en plus des mouvements dissociés et coordonne ses membres inférieurs et supérieurs. De même, elle utilise davantage le rebord du bassin pour se mouvoir d'un point à un autre. Toutes ses propositions et ses nouvelles explorations lui permettent un enrichissement sensori-moteur.

Le temps calme de fin de séance est bénéfique à Lola, qui est de plus en plus à l'écoute de ses sensations ; elle est bercée par les vibrations que procure notre voix et l'eau. Apaisée par la contenance et l'enveloppement de celle-ci, elle recherche davantage le contact corporel et met notamment sa tête dans le creux de notre cou. Lors de ces moments de peau à peau, Lola suce son pouce, se frotte, souffle, suce, gratte ou encore tapote notre corps avec ses doigts. Cette image connote les premiers instants de vie et de rencontre du nourrisson avec sa mère. Ce temps calme contribue à son relâchement tonico-musculaire et à son bien-être. Cependant, la sortie de l'eau est toujours mal vécue par Lola, qui néanmoins, met à profit le temps accordé pour s'adapter à cette séparation.

5) Conclusion

L'eau soutient Lola autant dans son efficacité motrice que dans sa détente. Elle prend plaisir à se mettre en mouvement, à passer d'une position à une autre et à expérimenter la verticalité. Par ailleurs, l'investissement corporel favorisé par ce milieu permet à Lola d'explorer son environnement de manière autonome. L'eau lui permet ainsi de se réapproprier ce corps subi comme un corps actif, perçu, vécu et mieux maîtrisé.

La relation rend Lola actrice dans les interactions. Très participative, elle initie des propositions et répond aux sollicitations. L'enveloppe corporelle procurée par l'eau et mon contact soutiennent Lola dans sa prise de conscience du corps et de ses limites. Cette médiation lui a permis de trouver une sécurité interne suffisante pour oser explorer et agir.

L'évolution⁶⁷ de Lola dans l'eau nous conforte dans le choix de cette médiation pour l'an prochain. On peut espérer dans la continuité de l'accompagnement en balnéothérapie une

⁶⁷ Cf. Annexe 1.

évolution psychocorporelle de Lola étayée par la relation, le bien-être et le plaisir que lui procure l'eau. Il s'agit par la médiation eau de lui faire retrouver une dynamique psychocorporelle qu'elle ne parvient pas à retrouver hors de celle-ci.

II- L'accompagnement de Maria en balnéothérapie

1) Anamnèse de Maria

a. Renseignements administratifs

Maria est née le 7 novembre 2002. Elle est âgée de 15 ans lorsque je la rencontre dans le cadre de la balnéothérapie.

D'origine portugaise, Maria est arrivée en France en 2010. Elle vit actuellement au domicile parental avec ses sœurs aînées de 29 et 28 ans. Ses sœurs assurent la communication avec l'établissement, les parents parlant très peu le français.

b. Parcours institutionnel

Au Portugal, Maria était scolarisée. Cependant, par manque d'informations, nous ne connaissons pas avec exactitude son niveau de scolarisation. Dès son arrivée en France, Maria a été suivie dans un Centre d'Éducation et de Soins Auprès des Personnes Polyhandicapées (CESAP) jusqu'à son admission en externat à l'IME en 2012.

c. Renseignements médicaux et familiaux

Maria est née à 40 semaines d'aménorrhées et pesait 3 130g. Aucune difficulté périnatale n'est constatée. Elle montre un développement psychomoteur de la première enfance classique. Toutefois, son entourage observe au cours de sa deuxième année de vie, des pertes progressives de ses acquis.

En 2005, se pose le diagnostic « syndrome de Rett⁶⁸ typique en rapport avec une mutation R306H dans le gène MECP2 ».

Le syndrome de Rett est une maladie rare qui altère le développement du système nerveux central système nerveux central. Il se manifeste par une régression rapide des acquis après 6 à 18 mois de développement normal. Les malades ont une déficience intellectuelle sévère et présentent des complications multiples, dont des troubles respiratoires et cardiovasculaires

En 2012, Maria subit des injections de toxines botuliques dans les triceps ainsi que la mise en place de bottes plâtrées correctrices.

Maria présente des crises convulsives partielles jusqu'en 2015. Leur fréquence est irrégulière (d'une fois par semaine à une fois par mois). Depuis l'introduction du Micropakine⁶⁹ en 2016, Maria ne présente plus de comitialité.

À la suite d'une chute sur le visage en 2016, elle est opérée des maxillaires supérieurs. Cette opération nécessite la pose de trois dents mobiles.

Au niveau de ses antécédents familiaux, les parents de Maria sont non consanguins, en bonne santé. Ses sœurs aînées, nées en 1988 et 1990, ne présentent aucune pathologie.

d. Évolution médicale et prise en charge

Les examens ont révélé un syndrome pyramidal traduit par une spasticité au niveau des membres inférieurs, des troubles du sommeil, des troubles cutanés (herpès labial et boutons de fièvre) ainsi que des troubles du transit (constipation).

Sur le plan alimentaire, Maria mange en petits morceaux et boit au verre qu'on lui tient. Maria a besoin d'aide pour les repas ainsi que pour tous les autres gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage).

Les radiographies réalisées en 2016 montrent une déformation en arc du radius de l'avant-bras gauche, une déminéralisation osseuse prédominant aux régions métaphyso-épiphysaires et aux os du carpe ainsi qu'une déformation minime en coxa vara de son genou gauche avec

⁶⁸ <https://www.inserm.fr> , consulté le 08/04/2018.

⁶⁹ Médicament Antiépileptique (<https://eurekasante.vidal.fr> , consulté le 08/04/2018).

pincement de l'articulation fémoro-tibiale interne. De même, une scoliose dorso-lombaire débutante doit être surveillée.

Au niveau orthopédique, elle possède un corset, des attelles anti-équins la nuit et des chaussures orthopédiques. Maria est en fauteuil roulant mais n'est pas autonome dans ses déplacements.

Actuellement Maria est prise en charge en kinésithérapie et en psychomotricité.

2) **Bilan psychomoteur**

Le bilan psychomoteur de Maria se base sur l'observation de son activité spontanée durant les séances de psychomotricité. Il a été réalisé par la psychomotricienne puis complété par mes observations en janvier dernier. Maria est alors âgée de 15 ans et 2 mois. Il s'agit d'un bilan d'évolution. Maria est en effet suivie en psychomotricité en individuel depuis mars 2013. Une proposition de travail en balnéothérapie vient compléter ce suivi depuis septembre 2015.

a. Motricité globale et fine

Le mouvement et le déplacement animent Maria. Cependant la plupart de ses schèmes moteurs sont déficients et nécessitent l'aide de l'adulte.

Placée en décubitus dorsal, Maria montre une rigidité corporelle avec un maintien de tête coûteux en énergie pour se redresser. À partir de cette position Maria impulse un mouvement de rotation sans pouvoir se mettre en décubitus ventral.

En décubitus ventral, les membres fléchis, elle tapote ses pieds contre le tapis. Sur sollicitation, elle se met en appui sur ses avant-bras et va à la rencontre de l'adulte ou de l'objet par le regard. Maria parvient à passer du décubitus ventral au décubitus dorsal.

Seule au sol, Maria ne parvient à pas à initier la station assise, le ramper, le 4 pattes ou encore la position debout. Cependant, une fois installée en position assise ou debout, Maria peut maintenir ces stations quelques instants.

Assise sur les tapis, Maria se retient avec sa main gauche pour ne pas tomber sur le côté. En revanche, assise sur un module, elle se laisse littéralement glisser sans présenter le moindre réflexe parachute.

En position debout, Maria semble être à l'écoute de ses sensations. Elle regarde l'adulte et/ou ses pieds et joue sur ses appuis. Elle réalise quelques pas en présence de l'adulte mais sa démarche instable en équin et son instabilité la fait vaciller d'avant en arrière. Très hypertonique, le déroulement du pas n'est pas fluide. Cet équilibre précaire doit faire l'objet d'une surveillance continue, d'autant plus que Maria a très peu de réflexes face au déséquilibre. Maria traduit sa fatigabilité par une perte de stabilité qu'elle ne parvient pas à réajuster.

Compte tenu de sa pathologie, Maria présente des stéréotypies des membres supérieurs ; elle tapote ses mains l'une contre l'autre, le pouce à l'intérieur de la paume. Elle les met également beaucoup à la bouche, se mordant parfois dans des moments d'émotion, de tension. De ce fait elle utilise très peu ses mains pour saisir ou tenir un objet. La préhension est pratiquement impossible. Cependant, lorsqu'elle y porte un intérêt, elle peut agripper, toucher, tapoter l'objet de façon brutale, sans pouvoir ajuster son mouvement, qui peut de ce fait paraître agressif. Installée dans son fauteuil muni d'une tablette, elle semble explorer davantage les objets avant de les faire tomber volontairement ou maladroitement. Debout dans le déplacement, Maria saisit les mains de l'adulte pour s'agripper, se tenir ou chercher le contact.

b. Sensorialité et investissement corporel

Maria utilise son regard pour observer, poursuivre un objet et entrer en relation. En séance, le travail face au miroir l'anime particulièrement. Elle semble s'y reconnaître, sourit à son image et suit du regard l'adulte à ses côtés.

Très réceptive à la voix, elle réagit quand on s'adresse à elle par le regard, les mimiques et parfois par des sons qu'elle émet. Elle semble reconnaître et différencier les personnes, réagissant différemment suivant qui s'adresse à elle (sourire ou au contraire fermeture du visage si elle n'a pas envie de participer). Elle apprécie les jeux sonores et la musique.

Au niveau du toucher, Maria accepte facilement le contact. Elle semble néanmoins montrer une hypersensibilité au niveau des pieds.

c. Communication et relation

Maria paraît avoir une bonne compréhension de la langue portugaise. La compréhension de la langue française semble plus délicate. Étant donné que Maria est dépourvue de langage, la communication avec elle est essentiellement non verbale. Maria s'exprime notamment par le regard et des mimiques expressives. Son visage est ainsi le lieu de toutes les émotions : joie, colère, refus, peur, tristesse.

Au niveau relationnel Maria est assez présente, ses regards et ses sourires sont bien adressés. Face à l'adulte, elle cherche le contact avec ses mains. Lors des interactions, Maria répond aux sollicitations et semble sensible à l'intonation de la voix. De par sa fatigabilité, Maria présente une humeur fluctuante entraînant rapidement une baisse d'attention et de concentration.

Conclusion du bilan : La rencontre avec l'autre soutient Maria. C'est grâce aux propositions d'échange qu'elle garde l'envie de bouger, de se déplacer, d'observer, d'être active et d'être en relation. Seule, Maria se désinvestit physiquement et psychiquement et perd le contact avec son environnement.

3) **Projet thérapeutique**

Maria bénéficie de deux accompagnements en psychomotricité. Un suivi individuel de $\frac{3}{4}$ d'heure à raison d'une fois par semaine ainsi qu'un suivi en balnéothérapie une fois par semaine, d'une durée de $\frac{3}{4}$ d'heure. Lors de la dernière synthèse en décembre dernier, ces indications en psychomotricité ont été maintenues.

Dans la continuité, le projet envisagé s'organise autour de la préservation des possibilités motrices et relationnelles de Maria. Il s'agit de maintenir et de développer ses capacités motrices tout en la soutenant dans la relation. Dans le but de tendre vers cet objectif, je proposerai à Maria un travail sur la prise de conscience du corps afin qu'elle acquière une meilleure perception corporelle, notamment de ses appuis dans la station debout. Grâce à un accompagnement individuel très sécurisé, il s'agit d'aider Maria à maintenir ses acquis moteurs. En parallèle, une proposition autour du relâchement corporel lui permettra d'investir son corps comme lieu de plaisir.

4) Accompagnement dans l'eau

a. Déroulement des séances

Depuis septembre 2017 je rencontre Maria une fois par semaine, le jeudi matin, dans le cas d'un accompagnement en balnéothérapie. Maria est accueillie par mes deux tutrices de stage et moi-même. Par ailleurs elle partage ce moment avec Ophélie, une adolescente atteinte également du syndrome de Rett.

Dans un premier temps nous allons chercher Maria dans son unité. Cet instant de rencontre et d'échange marque le début de la prise en charge. Le transfert de son unité à l'espace de balnéothérapie se fait en fauteuil roulant, Maria est alors libérée de tous ses appareillages. En revanche, la mise à l'eau se réalise par la marche avec aide humaine. Accompagnée, elle descend les trois marches du bassin et s'assoit sur l'une d'entre elles. Durant le temps d'adaptation à ce nouvel élément, Maria tâtonne l'eau du bout des doigts et s'anime peu à peu. Ce rituel de transition lui permet de s'approprier le milieu et de retrouver des sensations de plaisir.

Le plus souvent Maria exprime son intention d'aller dans l'eau en nous fixant du regard. En général, à l'aide d'un portage contenant et sécurisant j'établis un premier contact corps à corps. Lors de ce temps, j'invite Maria à ressentir les flux de l'eau qui caresse son corps et à prendre conscience de celui-ci dans l'eau. Les premières interactions se font essentiellement à deux puis avec l'ensemble du groupe.

Dans ce temps à deux je propose à Maria des stimulations et des expériences sensori-motrices ainsi que la mise en place de jeux aquatiques. La mise en groupe s'effectue autour de jeux collectifs, de chants et de rondes que Maria apprécie et investit particulièrement. C'est également un instant où elle va à la rencontre de l'autre. Elle remanie ses modes de communication en étant attentive à chaque membre du groupe.

À l'approche de la fin de séance nous lui proposons un temps de relâchement au contact de notre peau, afin qu'elle puisse éprouver une certaine unité psychocorporelle, à travers une prise de conscience des contours de la peau et de ses limites.

À la fin du bain thérapeutique, nous conduisons Maria au niveau des marches afin de lui signifier la sortie de l'eau. Grâce à des impulsions au niveau des membres inférieurs et d'un soutien au niveau des membres supérieurs, Maria peut monter les marches d'un mouvement saccadé. Comme elle est extrêmement frileuse, il faut être très rapide lors de la sortie du bain, qui nécessite un portage. Elle est alors enveloppée dans son peignoir et/ou ses serviettes puis

frictionnée délicatement par nos soins. Nous raccompagnons ensuite Maria sur son lieu de vie et lui donnons la date de notre prochaine rencontre. Ce temps marque alors la fin de la séance.

b. Évolution

Lors de notre première rencontre, Maria se montre distante, son visage très expressif laisse paraître un sentiment de peur. Au cours de cette séance, je me tiens à l'écart.

Dans les séances suivantes va se créer rapidement un rapprochement avec Maria. Elle me regarde, sourit, entre en contact avec moi par ses mains qu'elle tape contre ma peau.

Dans l'eau, Maria parvient très peu à s'équilibrer dans les différentes positions : verticale, horizontale, sur le ventre et sur le dos. Son corps, happé par l'apesanteur de l'eau, se laisse porter, bercer et osciller. Cette sensation de déséquilibre et de non-contrôle semble l'inquiéter. Du fait de son syndrome de Rett, Maria se rééquilibre très peu avec ses bras et ses mains, souvent agrippés et/ou portés à la bouche. Maria une fois allongée sur le dos, la tête posée sur mon épaule, j'essaye de l'aider par un soutien sécurisant à maintenir son axe et cet équilibre qu'elle maîtrise si peu. Je veille néanmoins à ce qu'il ne soit pas trop intrusif.

Progressivement, Maria appréhende de mieux en mieux cette position. La sensation enveloppante de l'eau favorise des mouvements de balancement sans que son visage ne se crispe. Elle expérimente d'elle-même les retournements et passe volontairement du dos au ventre et inversement. Cette expérience amuse beaucoup Maria qui rit et initie des cris de joie. Cependant, je constate qu'elle contrôle très peu ses voies aériennes et notamment la bouche, qu'elle ne ferme pas au contact de l'eau. Par la suite, les aides de flottaison lui seront proposées.

Debout, en position verticale, Maria a tendance à replier ses jambes et semble présenter une hypersensibilité plantaire. Il lui faut un certain temps d'adaptation afin qu'elle puisse se relâcher et établir en premier lieu, un appui unipodal puis bipodal de façon furtif. Par conséquent sa marche dans l'eau est malhabile. En situation de face à face quelques pas sont possibles mais très rapidement ses jambes sont mises en flexion. J'intègre au fur et à mesure des propositions d'ancrage et de poussée.

Au fur et à mesure des séances Maria explore les appuis (pied droit puis pied gauche) et commence à impulser des poussées. Ainsi l'eau lui a permis de renforcer la perception de son axe vertébral, de son centre de gravité et de ses appuis plantaires.

En la maintenant par les avant-bras j'initie des rebonds. Maria semble apprécier et tente de reproduire ces mouvements facilités par l'eau. Totalement sécurisée par ma présence, Maria se

met volontairement en déséquilibre, même s'il lui est encore difficile de retrouver seule sa stabilité. Lors des sensations vestibulaires, Maria s'anime, échange par le regard, le sourire et des cris de joie.

Maria saisit les objets par le regard. Ses stéréotypies au niveau des mains l'empêchent d'établir de bonnes préhensions. Cependant, il lui est possible de les utiliser pour se soutenir au rebord du bassin (poings fermés). Par ce procédé, Maria se déplace dans les zones où ses pieds ne sont plus en contact avec le sol. Elle étend progressivement ses jambes et réalise des mouvements de pédalage. L'allègement que lui procure l'eau permet à Maria une plus grande amplitude. De même notre étayage favorise son efficacité motrice.

Lors des séances Maria vit à travers les échanges. Elle communique essentiellement par un regard dirigé et des expressions faciales distinctes. Elle se montre autant présente dans l'interaction individuelle que dans le groupe.

Les jeux de balle sont appréhendés par Maria, qui ne semble pas apprécier les éclaboussures que procure la balle à sa réception. Elle anticipe l'arrivée de la balle en fermant les yeux. Par la suite nous proposons des échanges par des glissements sur l'eau. L'utilisation du souffle est également proposée. Maria apprécie les bulles dans l'eau, qu'elle tente de reproduire avec sa bouche.

Après ce temps dynamique Maria vit les moments de contact en fin de séance comme un instant de détente et de bien-être. Cet état, favorisé par la température de l'eau, lui permet de percevoir son corps comme existant et unifié. Lors de ce moment, elle est enveloppée par l'eau et contenue par ma présence physique et psychique. J'observe que les mouvements de Maria ainsi allongée se font plus rares, son corps se relâche et ses yeux commencent à se fermer.

5) Conclusion

Libérée de ses appareillages, Maria expérimente de plus en plus le mouvement dans l'eau, qu'elle semble d'ailleurs mieux maîtriser. Ses sourires, ses cris ainsi que ses regards soutenus semblent témoigner d'un véritable plaisir à se mouvoir librement dans l'eau et avec quelqu'un d'autre. Apaisée par notre regard, nos mises en mot et notre toucher, Maria recherche des situations qui auparavant, auraient été vécues comme traumatisantes. Maria montre de plus en plus son envie et son plaisir de bouger dans l'eau par la liberté motrice que lui procure celle-ci.

La relation et le toucher semblent aider Maria dans sa prise de conscience du corps. L'eau à la fois contenante et enveloppante enrichit son vécu psychocorporel. Maria adhère aux

diverses propositions et dynamiques individuelles et groupales. Elle participe de plus en plus à ces temps de balnéothérapie en variant ses expériences sensori-motrices.

L'évolution⁷⁰ de Maria dans l'eau, nous conforte à poursuivre cette médiation afin de maintenir ses acquis et soutenir son désir d'être dans le mouvement avec l'autre.

⁷⁰ Cf. Annexe 2.

Discussion

F. LA BALNÉOTHERAPIE : UNE MÉDIATION PSYCHOMOTRICE

I- Les modalités de la médiation psychomotrice

La balnéothérapie est une médiation thérapeutique qui utilise l'eau comme médiateur. L'eau, entremetteur entre l'autre et soi, favorise la relation. Comme le souligne C. Potel « la médiation, corporelle ou autre, propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe. »⁷¹ Cette qualité relationnelle sera au cœur du processus thérapeutique.

Dans le cas de ma pratique à l'IME, l'indication en balnéothérapie se pose institutionnellement lors des réunions de synthèse. Il s'agit d'un temps d'accompagnement de qualité, de relation et de communication, qui répond au projet de l'enfant selon ses besoins spécifiques. Catherine Potel remarque que « dans les préoccupations inhérentes au choix d'une médiation telle que l'eau, il est toujours important de re-situer nos axes de travail en fonction de nos patients et des buts thérapeutiques (ou éducatifs) que nous nous donnons. Faire la démarche inverse, serait donner un sens quasi « magique » à l'eau, la considérer comme élément universel bienfaiteur, ce qui annulerait en quelque sorte notre démarche de thérapeutes partant des problèmes et des questionnements que nous posent nos patients. »⁷²

Le projet en balnéothérapie semble approprié à la dégradation des capacités motrices et relationnelles de Lola. Son corps, source de douleur est de moins en moins investi comme un corps efficient. Les principaux axes thérapeutiques sont la relation, la mobilité, la détente et le plaisir qui pourront être facilités par la médiation eau.

La médiation eau « se situe à la croisée entre le « thérapeutique » et « l'éducatif » impliqué par ce lieu très spécifique. Cette double articulation entre « apprentissages et soins » ou « interventions éducatives et thérapeutiques » peut poser question puisque souvent ces deux types d'interventions sont mises en contradiction ou du moins paraissent opposables l'une à

⁷¹ Potel C., 2010, p. 365.

⁷² Potel C., 1999b, p. 46.

l'autre. »⁷³. La balnéothérapie est un outil thérapeutique par son insertion au sein du projet d'accompagnement individualisé de chaque enfant, par la disponibilité physique et psychique du psychomotricien ainsi que sa lecture spécifique du corps. Les expériences sensori-motrices, les apprentissages, la créativité qu'offre le milieu ainsi que les jeux relationnels, tendent vers un outil éducatif. Ainsi, mon rôle en tant que stagiaire et future professionnelle a été d'établir avec mes référentes un cadre où s'organise de façon réciproque cette ambivalence.

II- Le cadre spatio-temporel, ses intervenants et ses équipements

D'une manière générale, le cadre correspond à « un environnement architectural »⁷⁴ que rencontre l'enfant en entrant dans la salle. « Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. »⁷⁵ De ce fait, il se détermine par un lieu distinct des autres par ses conditions spatiale, temporelle et matérielle.

La balnéothérapie se pratique dans un petit bassin connu de tous et clairement identifié au sein de l'IME. Elle accueille les enfants qui ont pour indication cette médiation.

C'est un lieu lumineux, éclairé par deux baies vitrées, une donnant vers le jardin (sans vis-à-vis) et une autre sur la « rue du chat ». Afin de préserver l'intimité du lieu, les stores sont fermés à chacune des séances puis sont réouverts en fin de séance pour raison de sécurité. En effet, ceci permet de surveiller à partir de la « rue du chat » si un enfant non-accompagné se trouve dans l'eau. L'espace de balnéothérapie est également décoré par des objets aquatiques ainsi que par des photos en rapport avec ce milieu.

La balnéothérapie offre à la fois un espace physique⁷⁶, déterminé par son agencement et ses équipements, et un endroit psychique où se jouent sa perception et sa représentation. Chez l'enfant la perception de l'espace est « progressive, évolutive et dynamique. »⁷⁷ Afin que l'enfant polyhandicapé puisse percevoir, se représenter et s'approprier ce lieu, la gestion spatio-temporelle nécessite une organisation spécifique, progressive et immuable. Par conséquent, le

⁷³ Potel C., 1999b, p. 129.

⁷⁴ Latour A-M., 2007, p. 21.

⁷⁵ Potel C., 2010, p. 321.

⁷⁶ Cf. Annexe 3.

⁷⁷ Scialom P., Giromini F., Albaret J-M., 2015a, p. 248.

cadre ne représente pas seulement un lieu mais également « un espace-temps incluant régularité, fiabilité des horaires, permanence des personnes et des objets. »⁷⁸

L'espace

Au sein de l'IME, la balnéothérapie se compose d'un « espace avant-après » : c'est un lieu d'attente, de déshabillage, séchage et rhabillage. Il est composé d'une douche, d'une étagère avec serviettes et peignoirs ainsi que d'un espace toilette fermé.

Au second plan, un « espace intermédiaire » : présence d'un escalier de trois marches permettant un accès à l'« espace-eau » composé d'un sol carrelé progressif. Dans cet espace, divers objets sont disposés au bord du bassin (canard flottant, balle, ballon, arrosoir, seaux), afin qu'ils soient à disposition et à la vue des enfants.

Le temps

L'accompagnement en balnéothérapie s'effectue par les mêmes séquences d'évènements qui se répètent de façon régulière pour l'enfant polyhandicapé. Un jour et un horaire fixe sont posés par mes référentes en début d'année.

Les séances en balnéothérapie sont ritualisées par diverses actions. Il y a tout d'abord ma venue sur l'unité puis la mise en maillot de bain. Ces deux actions constituent des repères fondamentaux à la compréhension de l'évènement pour Lola et de Maria.

Vient ensuite le transfert jusqu'à l'espace balnéothérapie puis jusqu'au bassin. Ce temps transitoire leur permet d'appréhender ce nouvel environnement. S'ensuit la durée d'immersion dans l'eau puis le retour sur le lieu de vie. Dans le cas du polyhandicap, ces aspects font appel aux processus de séparation.

Le travail en balnéothérapie s'effectue en équipe pluridisciplinaire. L'accompagnement en balnéothérapie est assuré par une ou deux psychomotriciennes et moi-même. Ce travail en binôme ou trinôme permet de partager des connaissances et des savoir-faire. Cette mise en commun, source de complémentarité, crée une synergie profitable à l'enfant polyhandicapé.

Dans le but d'instaurer un cadre sécurisant ainsi qu'une disponibilité physique et psychique nous accueillons deux enfants maximum par groupe. Cet accompagnement est préalablement initié par les AMP qui préparent l'enfant puis qui l'accueillent et le changent à son retour sur le groupe.

⁷⁸ Latour A-M., 2007, p. 26.

Les séances en balnéothérapie de Lola ont lieu à 8h40. Lors de mon arrivée sur son lieu de vie, Lola est mise en maillot de bain par l'AMP. De ce fait, en respectant l'organisation temporelle de la balnéothérapie, l'AMP se voit également garante du cadre. Sans sa présence, je n'aurais pas réussi à le maintenir.

L'enfant polyhandicapé, plus que toute autre personne, a besoin de temps afin d'intégrer cette permanence relationnelle, « la permanence des intervenants permet une inscription corporelle et le passage à une inscription psychique. »⁷⁹

Grâce au continuum temporel et relationnel des séances, lorsque Maria me voit accompagnée de ma référente, elle regarde tout d'abord celle-ci, comprenant qu'elle va bénéficier d'un moment privilégié, puis me regarde et associe ma présence au moment de la balnéothérapie.

Dans le but de maintenir le confort et la sécurité du jeune polyhandicapé, la médiation eau nécessite souvent l'utilisation de moyens techniques et matériels. Cependant, il faut être vigilant sur ce dernier point : « trop de matériel tue l'eau. Pas assez de matériel perd le regard qui glisse sur la surface »⁸⁰.

Lors des premières rencontres avec Lola et Maria, il m'a été difficile de doser cet apport matériel. Face à leur infime réactivité, j'avais tendance à les surstimuler avec du matériel divers et varié. Progressivement, en apprenant à décrypter leurs réactions, j'ai su ajuster les sollicitations tout en veillant à ce qu'elles soient pertinentes et adaptées à leurs besoins.

La mise en place du cadre et son maintien contribuent à fixer une base solide afin de définir un projet thérapeutique adapté en balnéothérapie.

⁷⁹ Luigi-Duggan A., 2015, p. 337.

⁸⁰ *Ibid*, p. 338.

III- Les objectifs de la balnéothérapie

D'une façon générale, l'accompagnement psychomoteur des sujets polyhandicapés dans l'eau s'organisera autour des stimulations des capacités motrices, toniques, posturales, cognitives, sensorielles et relationnelles. Par le biais de l'eau il s'agit de les accompagner dans la prise de conscience de ce corps porteur de handicap et de son investissement favorisé dans ce milieu. Dans le but de tendre vers ces objectifs, il est important d'instaurer une relation qui favorisera le jeu et les éprouvés corporels.

En balnéothérapie, Maria a pu explorer à la fois des stimulations sensorielles diverses et vivre des expériences motrices nouvelles et variées qu'elle ne peut pas expérimenter en-dehors de l'eau. En effet Maria joue beaucoup avec ses déséquilibres avant/arrière qui l'amènent vers les positions couchées sur le dos/sur le ventre. Ceci dans un cadre sécurisant, bienveillant et soutenu par la présence des intervenants.

Dans la continuité des séances nous allons proposer des situations afin d'enrichir l'exploration motrice et sensorielle de Maria.

1) Le plaisir d'une relative autonomie motrice

Le sujet polyhandicapé est une personne qui souffre physiquement. Son corps déformé, soutenu quotidiennement, n'est plus mobilisé ou très peu. Ses faibles expériences motrices l'entravent dans la construction de son schéma corporel et de l'image de son corps. En balnéothérapie l'enfant polyhandicapé peut ressentir son corps mis à nu, sans appareillage. Dans l'eau « la légèreté liée à la pesanteur peut être l'occasion pour certains d'un sentiment de grande liberté. Se mouvoir dans tous les sens, jouer des déséquilibres, esquisser des figures acrobatiques ailleurs impossibles [...], mettre son corps sens dessus dessous, est un grand plaisir pour qui peut en profiter. »⁸¹ Aidé par le portage de l'adulte ou de flotteurs, l'enfant découvre

⁸¹ Potel C., 1999a, p. 41.

différentes possibilités de mouvements et de déplacements. Il peut alors vivre lui-même ses propres expériences et devenir acteur de sa motricité.

L'observation de ce bienfait dans la prise en soin de Maria en balnéothérapie est portée sur la réappropriation de son corps, notamment de son buste maintenu quotidiennement dans son corset.

À travers des expériences sensori-motrices, Maria investit et explore son corps de manière plus approfondie. Elle initie dans l'eau des poussées, des petits sauts, des retournements, joue sur ses appuis, ses déséquilibres qu'elle accompagne par des sourires et des rires.

Je suppose que l'enveloppe, la contenance ainsi que les autres propriétés de l'eau ont permis à Maria d'avoir une meilleure conscience de son corps et ont ainsi facilité sa mise en mouvement.

L'expérimentation d'une relative autonomie motrice peut permettre à l'enfant polyhandicapé de ne plus être totalement dépendant de l'adulte. La facilitation du mouvement dans l'eau favorise la prise d'initiative et ouvre d'autres modes d'échange à l'autre. Cependant ceux-ci ne peuvent être vécus que si au préalable « la création d'un lien »⁸² se fait entre l'enfant polyhandicapé et le psychomotricien.

Très insécure, Maria recherche souvent le contact corporel de l'adulte. La présence physique et psychique des intervenants a permis à Maria de se sentir contenue et sécurisée. C'est par cette relation thérapeutique et grâce aux stimulations de l'eau qu'elle a pu progressivement se détacher de cette fusion corporelle et ainsi explorer de nouvelles expériences dans l'eau.

Le regard du thérapeute soutient Maria dans ces nouvelles explorations où elle semble prendre du plaisir.

En balnéothérapie, « tout est à imaginer pour stimuler la mise en mouvements. »⁸³

Lors des séances mes référentes et moi-même sommes souvent amenées à créer, imaginer, trouver, construire des situations et/ou du matériel qui favoriseront le mouvement, même le plus minime.

⁸² Potel C., 1999a, p. 72.

⁸³ Luigi-Duggan A., 2015, p. 345.

Dans le cas du polyhandicap, les expériences sensori-motrices dans l'eau vont permettre à la personne polyhandicapée d'agir sur son état tonique, postural et moteur mais aussi d'éprouver des sensations et des affects différents.

2) Favoriser les affects

Dépourvu de langage, la personne polyhandicapée véhicule ses affects par le biais de son corps. Comme le définit Henri Wallon (1942), « essentiellement fonction d'expression, fonction plastiques, les émotions sont une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire. »⁸⁴ Ainsi le tonus du sujet polyhandicapé s'inscrit comme un « système intermédiaire dans la communication émotionnelle. »⁸⁵

L'eau, médium malléable, est « une matière à jouer, qui va permettre des expériences ludiques, constructives, qui vont engager le corps dans des jeux moteurs et psychomoteurs ». ⁸⁶ De ces jeux vont émerger une relation intime et des affects entre le psychomotricien et l'enfant polyhandicapé. Catherine Potel indique que « l'eau est une bonne surface de projection des émotions (tant pour les adultes que pour les enfants). Les événements qui jalonnent la vie d'un enfant ont une forte implication sur son expression corporelle. Dans l'eau c'est cette expression du corps qui occupe le devant de la scène, et l'enfant va avoir là une occasion formidable d'exprimer ce qu'il vit. »⁸⁷

Lors des séances de psychomotricité Lola semble affectée par ses efforts qui ne sont pas à la hauteur de ce qu'elle espérait. Dans l'eau, elle sort de ce corps dans lequel elle est emprisonnée et exprime sa joie et son plaisir de retrouver un corps en mouvement qu'elle parvient à maîtriser. Les mouvements de son corps dans l'eau amusent beaucoup Lola qui sourit, crie et vocalise.

⁸⁴ Wallon H., 1976, p. 174.

⁸⁵ Robert-Ouvray S., 2002, p. 42.

⁸⁶ Potel C., 1999a, p. 45.

⁸⁷ Potel C., 1999a, p. 45.

3) L'élaboration psychique

Du fait de leurs atteintes les personnes polyhandicapées possèdent des difficultés dans la perception de leur corps et de ses limites.

L'eau porte, berce, masse, caresse, dessine les contours du corps. Elle crée une véritable contenance autour du corps immergé. Par ailleurs, véritable conductrice des vibrations sonores, elle « enveloppe, touche le corps et l'intérieur du corps. »⁸⁸. Ainsi, les diverses sensations procurées par les flux de l'eau aident la personne polyhandicapée dans la perception de son corps et dans sa représentation.

Lola bénéficie d'un accompagnement en balnéothérapie ainsi que d'une séance individuelle en psychomotricité. L'observation de son comportement diffère selon le milieu.

En séance individuelle Lola semble de moins en moins active, prisonnière de son corps, qu'elle ne parvient pas à mobiliser comme elle le souhaite.

En balnéothérapie l'eau semble porter physiquement et psychiquement Lola qui retrouve une certaine mobilité ainsi qu'une meilleure perception de son corps notamment ses membres inférieurs qu'elle parvient à mobiliser. L'eau enveloppe et touche la peau de Lola, lui procurant alors un plaisir extrême dans le mouvement ainsi qu'une joie intense et un sentiment d'exister. L'eau facilite son activité motrice spontanée, ce qui favorise l'édification de sa personnalité et son Moi psychique.

En reprenant les travaux et les observations d'Esther Bick, Geneviève Haag émet l'hypothèse que « l'enveloppe psychologique serait une espèce de perçu qui intègre le contact-peau et particulièrement le soutien du dos [...]. Le bébé semble alors percevoir qu'il envoie « des choses » de l'ordre de l'excitation, de l'émotion primitive, qui sont reçues ou non reçues dans la tête de l'autre [...]. Ce développement commence donc par ce moi corporel qui se construit dans l'incorporation des liens relationnels. »⁸⁹

La prise en soin dans l'eau de l'enfant polyhandicapé repose essentiellement sur cette réinitialisation de « l'édification psychique (première peau) »⁹⁰. Cette construction psychocorporelle s'édifie notamment par un contact-peau, contenant, sécurisant, porté et soutenu par l'eau ainsi que le regard et la voix du psychomotricien. Cette enveloppe à la fois physique, psychique et affective permet au sujet polyhandicapé de vivre diverses expériences

⁸⁸ Potel C., 1999a, p. 44.

⁸⁹ Haag G., 1985, p. 107-114.

⁹⁰ Luigi-Duggan A., 2015, p. 355.

sensori-motrices. C'est à partir de ce corps vécu et perçu que la personne polyhandicapée va prendre conscience de son corps et se construire en tant que sujet.

Comme le fait remarquer Suzanne Robert-Ouvray, « l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étaye sur le narcissisme primaire, base de sécurité corporelle et psychique. »⁹¹

Lors des premières séances, Lola prise d'excitation semble ne pas habiter et maîtriser son corps. Coupée de la relation, elle s'enferme dans son plaisir.

Le corps à corps et la position d'enroulement contribuent à canaliser ce trop-plein de stimulation. Dans ce premier contact-peau, la présence pare-excitatrice du thérapeute unifie et rassemble Lola. Sécurisée par un appui-dos, Lola s'ouvre progressivement aux échanges relationnels. Ainsi, les expériences sensori-motrices favorisées par les propriétés de l'eau, amènent Lola à être à l'écoute de son corps et de ses ressentis.

La relation thérapeutique soutient Lola dans sa construction psychique.

⁹¹ Robert-Ouvray S., 2002, p. 46.

G. L'EAU SUPPORT DE LA RENCONTRE

« L'eau, par ses propriétés spécifiques, entraîne des modifications sur la façon d'être dans son corps et médiatise autrement la relation à l'autre, aux autres. »⁹² Cet ajustement engage la personne polyhandicapée et le psychomotricien dans une relation d'échange, d'interaction, de communication où le jeu prend sens.

I- Quand le jeu rencontre l'eau

D'une façon générale, le jeu se définit comme « une activité non imposée, à laquelle on s'adonne pour se divertir, en tirer un plaisir »⁹³. En jouant l'enfant fait l'expérience de son corps, de sa sensorialité, de ses affects. Il expérimente entre autres l'« alternance entre l'absence et la présence »⁹⁴. Du fait de son manque d'autonomie motrice et de ses faibles capacités cognitives l'enfant polyhandicapé a peu l'occasion de jouer. Cette carence l'impacte dans sa maturité psychocorporelle et psychoaffective.

1) L'eau, un espace de jeu

« Le théâtre de l'eau crée une aire intermédiaire du jeu de la vie, entre moi et non moi. »⁹⁵
De ce fait, la balnéothérapie offre à l'enfant une aire intermédiaire d'expérience et de jeu.

Dans son ouvrage *Jeu et réalité* paru en 1971 le pédiatre et psychanalyste Donald Woods Winnicott définit l'aire transitionnelle comme étant « lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine interminable qui consiste à maintenir, à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure »⁹⁶. Cette mise en situation a pour but de construire un espace thérapeutique où le psychomotricien s'engage physiquement et psychiquement dans la relation avec l'enfant. Le jeu est essentiel car il contribue à la créativité de l'enfant et fait émerger de nouvelles potentialités.

⁹² Potel C., 1999a, p. 32.

⁹³ Dictionnaire *Le petit Larousse illustré*, 2015.

⁹⁴ Potel C., 2010, p. 88.

⁹⁵ Luigi-Duggan A., 2015, p. 101.

⁹⁶ Winnicott D.W., 1971, p. 30.

Chez le sujet polyhandicapé le lien entre la réalité intérieure et la réalité extérieure est perturbé. L'aire transitionnelle qu'offre l'eau établit une aire commune entre le psychomotricien et l'enfant. Accompagné, ce dernier va pouvoir expérimenter, partager, échanger, rencontrer, différencier un dedans, un dehors et ainsi renforcer son sentiment de continuité d'être.

Selon D W. Winnicott le jeu est essentiel dans l'établissement de la relation objectale et dans la maturité de l'enfant. Cependant jouer nécessite d'être suffisamment sécurisé physiquement et psychiquement. Grâce à un environnement suffisamment bon et par l'étayage du psychomotricien l'enfant polyhandicapé va pouvoir jouer. Le cadre du point de vue tant spatial que matériel lui permet d'agir sur cet environnement et de l'explorer. Le psychomotricien contribue à ses expériences en incluant des jeux sensori-moteurs.

En balnéothérapie mes tutrices et moi-même proposons des jeux sensori-moteurs, entre autres des jeux d'échanges avec balle et ballon, des jeux chantés ainsi que des jeux de contenant-contenu qui structurent la relation et qui facilitent les échanges.

2) L'expérience du jeu

L'eau, véritable partenaire de jeu, participe à « expérimenter, librement et en sécurité psychique et physique, les éprouvés, les passages internes-externes, les ruptures, les projections, les pulsions, les angoisses, les frontières, les limites et les contraintes. »⁹⁷ En effet, grâce à l'eau le sujet polyhandicapé va pouvoir réaliser des mouvements autour des axes sagittal, vertical et expérimenter la position érigée donnant ainsi accès à un champ d'exploration plus large sur les aspects visuel, spatial et moteur. L'enfant polyhandicapé redécouvre alors le plaisir de se mouvoir et d'habiter son corps. De ces expériences l'enfant acquiert une certaine confiance et un sentiment d'unité lui permettant d'accéder au « Je ». Il peut alors s'ouvrir à des jeux de plaisir, d'expression, de rencontre et de communication.

Lola prend plaisir à expérimenter et jouer avec les axes sagittal, vertical et la position érigée. Elle est réceptive aux propositions et fait des demandes et des choix par rapport aux activités proposées. Elle peut aller chercher la bouée culotte et nous signifier clairement qu'elle veut se mettre dedans. Par le biais de ses cris et de ses vocalises, elle communique pleinement ses envies.

⁹⁷ Luigi-Duggan A., 2015, p. 102.

Jouer est avant tout « une expérience créative, une expérience qui se situe dans le continuum espace-temps, une forme fondamentale de la vie »⁹⁸. L'eau va alors stimuler le versant créatif de l'enfant et du psychomotricien dans l'élaboration de jeux. Comme le fait remarquer D W. Winnicott « C'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi. »⁹⁹ La créativité ici n'est pas uniquement exprimée comme une capacité artistique mais aussi comme un moyen d'accéder à la réalité extérieure.

Lors des jeux de vidage-remplissage, nous avons proposé à Lola des jeux de faire-semblant. Lola s'amuse à participer et imiter nos propositions, ce qui laisse penser qu'elle accède au symbolisme.

En séance de groupe le jeu permet la rencontre de l'autre dans un contexte différent mais aussi d'augmenter les expériences sensori-motrices, les interactions et les émotions. La présence du tiers contribue également à l'enrichissement relationnel.

Mes référentes et moi-même placées en cercle, main dans la main avec Maria et Ophélie, nous initions des chants et des rondes. Dans cette dynamique se partagent entre Maria et l'ensemble du groupe des émotions positives, des rires, des sourires, des regards bienveillants. Lorsque le chant et la ronde s'achèvent, nous laissons le temps à Maria et Ophélie de signifier ce qu'elles souhaitent. Maria s'exprime souvent par un regard ou un sourire que nous mettons en mots afin de faire sens à ce qui peut être véhiculé.

Comme exposé ci-dessus, il convient d'adapter les jeux au rythme de l'enfant, dans le but qu'il puisse les intégrer dans ses représentations. Les jeux tels que les rondes et les chants alternent des situations actives et passives. Les situations dites passives permettent ainsi à l'enfant de penser le jeu.

Le psychomotricien prend part au bon déroulement du jeu tout en veillant au maintien des règles et du cadre par sa fonction pare-excitatrice. Dans ces situations le psychomotricien met au service de l'enfant polyhandicapé son corps, son psychisme et ses capacités d'interprétation. Tout ceci dans le but d'entrer en relation et d'établir une communication.

⁹⁸ <http://mediations-aquatiques.com/article-la-promesse-de-l-eau.pdf> , consulté le 20/04/2018.

⁹⁹ Winnicott D.W., 1971, p. 76.

II- L'eau : un espace de communication non verbal

Dans l'eau, les interactions entre l'enfant polyhandicapé et le psychomotricien s'établissent par des communications non verbales. Parmi celles-ci se retrouvent le holding, le handling ainsi que le dialogue tonico-émotionnel.

1) Les concepts de holding et de handling

Dans l'ouvrage *La mère suffisamment bonne*, les notions de *holding* et de *handling* induites par Donald Woods Winnicott correspondent aux premières formes de communication entre la mère et son nourrisson.

Le *holding*¹⁰⁰ ou portage désigne la manière de porter et soutenir physiquement et psychiquement l'enfant, « en tenant compte de l'organisation motrice précoce qui étaye le psychisme naissant »¹⁰¹. Sécurisé par ce maintien l'enfant prend peu à peu conscience de son corps, de ses limites et fait l'expérience d'un dedans et d'un dehors. Dans cette situation l'enfant voit alors dans le regard de sa mère son reflet. Son regard et « ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »¹⁰², en d'autres termes ses yeux constituent le premier miroir de l'enfant.

En séance l'enfant polyhandicapé est souvent amené à réitérer avec le psychomotricien ces instants maternels afin de pouvoir se construire en tant que sujet. Dans l'eau, du fait de sa faible autonomie, le porter physique et psychique du thérapeute est omniprésent, même lors de jeux. Le holding s'identifie alors comme un moyen de communication non verbale entre l'enfant et le thérapeute.

Dans le portage du psychomotricien Lola recherche fréquemment la contenance. Soutenu par la présence psychocorporelle du thérapeute, Lola nous regarde et exprime à sa façon des demandes alternant sensations fortes (balancements, sauts, immersions) et sensations de peau à peau semblables à ceux du tout-petit. Lors de ce temps, je perçois chez Lola un relâchement tonique lui permettant d'aller à la rencontre de l'autre notamment par le toucher.

¹⁰⁰ Winnicott D.W., 1996, p. 13.

¹⁰¹ Robert-Ouvray S., 2002, p. 123.

¹⁰² Winnicott D.W., 1971, p. 205.

Le *handling*¹⁰³ correspond à la manière dont la mère manipule son enfant avec des mains à la fois caressantes et fermes. Lors de ces manipulations la mère procure à l'enfant des soins et des gestes fondamentaux afin que l'enfant parvienne à se différencier de son environnement, à construire son identité ainsi qu'à acquérir le sentiment de sécurité.

Par la suite l'enfant se détache progressivement de ces premières « préoccupations maternelles primaires »¹⁰⁴ et découvre le monde par ce que D.W. Winnicott appelle *object-presenting*, objet représentant pour l'enfant une présence rassurante comme celle de sa mère.

Ces différentes étapes permettent à l'enfant de se sentir exister, dans un premier temps à travers sa mère, puis de se sentir exister en tant qu'être différencié capable d'agir sur son environnement.

Les concepts de holding et de handling font partie intégrante de chaque séance en balnéothérapie. Par la ritualisation de ces vécus dans l'eau, le sujet polyhandicapé éprouve des stimulations diverses et variées étayant son développement perceptif et affectif. Ce milieu va également lui procurer des sensations de contenance lui permettant d'acquérir une représentation unifiée de son corps. Par sa séparation progressive avec le thérapeute, la personne polyhandicapée devient progressivement actrice de sa propre existence, « Elle peut exprimer que ce soit sur un mode non verbal ou verbal, les vécus révélés par ce que cette expérience a d'unique pour elle. »¹⁰⁵

Accompagnée physiquement, psychiquement et verbalement par le thérapeute, Maria a pu au fil des séances se dissocier de l'adulte et explorer ses potentialités. En effet, elle a pu se détacher du thérapeute, se tenir au bord du bassin et jouer sur cette distance qui la sépare de nous. Maria joue et rit de ses situations tout en tenant compte de la disponibilité du psychomotricien. C'est seulement parce qu'elle est affectivement sécurisée que Maria parvient à se dissocier de ce dernier.

Ces modalités font appel au dialogue tonico-émotionnel qui engage l'enfant et le psychomotricien dans une adaptation constante.

¹⁰³ Winnicott D.W., 1971, p. 205.

¹⁰⁴ Winnicott D.W., 1996, p. 35.

¹⁰⁵ Luigi-Duggan A., 2015, p. 161.

2) Le dialogue tonico-émotionnel

Henri Wallon et Julian De Ajuriaguerra sont les précurseurs du concept du « *dialogue tonico-émotionnel* ». Dans sa théorie H. Wallon (1949) fut le premier à mettre en lien l'émotion et l'activité tonique. Dans la continuité de ces travaux J. De Ajuriaguerra (1962) évoquera la notion de « *dialogue tonique* »¹⁰⁶ comme étant le « rapport entre deux locuteurs dont le support est le langage »¹⁰⁷. Cependant, même en l'absence de langage, le dialogue tonico-émotionnel contribue à un moyen de communication entre deux personnes. Il sera notamment privilégié dans le milieu aquatique par le psychomotricien et la personne polyhandicapée.

Cette communication non verbale s'établit essentiellement par le regard, la voix, le toucher, le portage, les postures, les vibrations et les mimiques émotionnelles dans une réciprocité d'échange. Dans le milieu aquatique ce dialogue est d'autant plus facilité par la transmission tactile et vibratoire de l'eau.

Le dialogue tonico-émotionnel structure l'identité de la personne polyhandicapée. L'enjeu majeur de cet engagement corporel va être l'ajustement tonique entre le thérapeute et son patient. De ce fait l'enfant est autant actif dans ce dialogue que le psychomotricien. Par le biais de cette adaptation réciproque se joue une première forme de communication, « c'est dans les messages reçus et donnés entre l'enfant et le psychomotricien que ce dernier décidera de l'action et de l'organisation. »¹⁰⁸ Les troubles de la régulation tonique de l'enfant polyhandicapé perturbent le dialogue tonique et impacte alors la communication.

Lors d'un plaisir intense Lola exprime sa joie par une hypertonie difficilement contrôlable ce qui perturbe les interactions. C'est en lui proposant un temps de rassemblement où elle va pouvoir canaliser cet excès tonique qu'elle va pouvoir exprimer de manière plus adaptée ce qu'elle ressent. Dans ce moment d'adaptation réciproque Lola s'approprie la sérénité du psychomotricien pour s'apaiser.

Le dialogue tonique s'apparente à un moyen de communication universel. « Cette communication passe en partie par une connaissance innée propriotactile du corps dans l'espace. »¹⁰⁹ C'est pourquoi le psychomotricien y porte un intérêt particulier. Auprès de cette population il est le moyen de communication non verbal privilégié.

¹⁰⁶ Ajuriaguerra J. et Angelergues R., 1962.

¹⁰⁷ Corraze J., 2007, p. 75.

¹⁰⁸ Scialom P., Giromini F., Albaret J-M., 2015a, p. 178.

¹⁰⁹ Robert-Ouvray S., 2002, p. 129.

CONCLUSION

Grâce aux propriétés de l'eau et à un cadre thérapeutique spécifique, la médiation par la balnéothérapie se révèle comme un outil pour le psychomotricien, permettant d'offrir aux enfants polyhandicapés des conditions propices à l'initiative motrice, à la régulation tonique ainsi qu'à l'émergence et l'expression de soi. Ce corps en mouvement va pouvoir mettre en exergue des émotions ainsi que l'ensemble des fonctions psychomotrices afin de créer le contact et la relation avec autrui. Cette médiation favorise ainsi le vécu d'un corps plaisir capable d'entrer en relation avec l'autre.

Dans la prise en soin de Lola et de Maria le médiateur eau s'est montré bénéfique sur le plan tant corporel que psychique. Alors que, hors de l'eau, elles étaient limitées dans leurs possibilités motrices et d'action sur l'environnement, j'ai pu découvrir en séance de balnéothérapie des petites filles s'épanouissant au contact de l'eau, prenant alors plaisir à se mouvoir. Aidées par la pesanteur, la densité et les sensations de ce milieu, Lola et Maria ont pu éprouver des expériences sensori-motrices intenses et variées qui les ont progressivement amenées à percevoir et à se réapproprier leurs corps.

La régression vers sa première enfance qu'implique pour chacun le contact avec l'eau a contribué à l'organisation psychique de Lola et Maria qui ont pu revivre auprès du psychomotricien une prise en charge corporelle intense. Dans ces instants semblables à ceux des échanges du tout-petit et de sa mère, Lola et Maria semblent se construire grâce à l'étayage du psychomotricien en tant qu'être conscient, qui perçoit et pense. Au fil des accompagnements elles se rendent actrices sur l'environnement et prennent conscience qu'elles sont porteuses d'émotion et de communication.

L'eau s'inscrit donc comme un média soutenant les expériences motrices, sensorielles et affectives. C'est également un moyen facilitant la relation et favorisant la communication et les échanges.

Cependant l'eau à elle seule ne permet pas à ces enfants de se construire en tant que sujet. La relation thérapeutique, l'implication psychocorporelle du psychomotricien ainsi que l'utilisation du matériel sont fondamentales dans la construction psychique et dans l'élaboration d'un corps plaisir. Par ce biais Lola a pu au fur et à mesure des séances acquérir une certaine autonomie dans l'eau pour jouer, se déplacer, prendre plaisir par sa propre reconnaissance du milieu.

Cette troisième année de formation m'a beaucoup appris sur l'impact du psychomotricien auprès des enfants polyhandicapés. Lors de ma pratique au sein de l'Institut Médico-Éducatif, j'ai pu enrichir ma réflexion et mon regard en tant que future psychomotricienne. Cependant persiste une interrogation sur l'influence du contre-transfert du psychomotricien dans la médiation eau. Notre fonction de pare-excitation n'est-il pas un obstacle à l'épanouissement corporel de l'enfant polyhandicapé dans l'eau ?

Serait-il intéressant d'enrichir la stimulation des sens par l'intermédiaire de dispositif lumineux, sonores, vibratoires ou par des tissus ?

Pour le travail du psychomotricien la médiation eau est un support riche qui ouvre un large champ de possibilités.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015), *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd. traduit par GUELFY J. et CROCQ M.), Paris, Masson.
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1995.
- BARAT C. (1985), *L'enfant déficient mental polyhandicapé : quelle réalité, quels projets*, Paris, ESF, 1988.
- BASLE G. (2005), *Plan Action, Polyhandicap*, Paris, éditions GPF.
- BATAILLE A., ZUCMAN E. (2015), *Pour les enfants polyhandicapés : une pédagogie innovante*, Toulouse, éditions Érès.
- BOBATH B., BOBATH K. (1985), *Développement de la motricité des enfants IMC*, Paris, Masson.
- BRUNET F., BLANC C., MARGOT A-C. (2009), *Polyhandicap sévère, activités motrices et sensorielles*, Joinville-le-Pont, éditions Actio.
- BUCHER H. (1995) « Le plaisir d'être » *comme thérapie*, Paris, Masson.
- BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Tome I*, Toulouse, Érès, 2015.
- CARRIC J-C., SOUFIR B. (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, Paris, éditions Robert Atlani.
- COEMAN A., (2004), *De la naissance à la marche*, Belgique, ASBL Étoile d'herbe.
- CORRAZE J., (1980), *Les communications non-verbales*, Paris, PUF, 2001.
- COSTE J-C. (1977), *La psychomotricité*, Paris, PUF, 1994.

- DALLA PIAZZA S., GODFROID B., (2004), *La personne polyhandicapée, son évaluation et son suivi*, Boeck.
- DE 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, p. 193.
- DELION P. (1999), *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle*, Toulouse, éditions Éres, 2006.
- DEROUETTE C. (2015), *Le polyhandicap au quotidien : guide à l'usage des aides médico-psychologiques*, Issy-Les-Moulineaux, ESF éditeur.
- Dictionnaire *Le petit Larousse Illustré* (2015), Paris.
- DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil, 2014.
- ÉLUARD P. (1920), "Mouillé" dans *Les Animaux et leurs hommes, les hommes et leurs animaux*, Paris, édition Gallimard, 1937.
- GEORGES-JANET L. (1996), « Le polyhandicap » dans *Déficience motrice et handicap*, Noisy-le-Grand, Association des Paralysés de France, p. 200 à 212.
- HAAG G. (1985), « La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 2-3, p. 107 à 114.
- KHETTAB A. (2002), *Prises en charge d'adolescents polyhandicapés en balnéothérapie*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité, Paris, Université Pierre et Marie Curie (Paris VI).
- KORFF-SAUSSE S. (2011), *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et la psychanalyse*, Fayard/Pluriel.
- KORFF-SAUSSE S. (2016), *Naître, grandir, vieillir avec un handicap : transitions et remaniements psychiques*, Toulouse, éditions Éres, p. 25 à 37.

- LATOUR A-M. (2007), *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Ramonville-Saint-Agne, éditions Érès.
- LUIGI-DUGGAN A. (2015) *Les médiations aquatiques : un ailleurs de soi...*, Paris, Broché.
- MEUNIER F. (1983)., *Le milieu aquatique, un espace psychomoteur*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité, Paris, Université Pierre et Marie Curie (Paris VI).
- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*, Paris, Dunod.
- PONSOT G. *Le polyhandicap*, Paris, Ed. CTNERHI, Coll. Études et Recherches.
- POTEL C. (1999a), *Bébés et parents dans l'eau*, Toulouse, éditions Érès, 2015.
- POTEL C. (1999b), *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Toulouse, éditions Érès, 2009.
- POTEL C. (2010), *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, éditions Érès, 2015
- POTEL C. (2015), *Du contre-transfert corporel : une clinique psychothérapique du corps*, Toulouse, éditions Érès.
- ROBERT-OUVRAY S. (2002), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer.
- ROUSSILLON R. (1991), « Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise », dans *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (2015a), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts fondamentaux*, Louvain-la-Neuve, Boeck Supérieur.

- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (2015b), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Clinique et thérapeutiques*, Louvain-la-Neuve, Boeck Supérieur.
- VADEPIED A. (1976), *Laisser l'eau faire*, Paris, édition Scarabée.
- WALLON H. (1976), *Les Origines du caractère chez l'enfant*, PUF.
- WINNICOTT D. (1971), *Jeu et réalité*, Paris, édition Gallimard, 2004.
- WINNICOTT D. (1996), *La mère suffisamment bonne*, Paris, éditions Payot, 2006.
- ZUCMAN E. (1969), « La guidance parentale », *Réadaptation*, n°159, pages 89 à 95.
- ZUCMAN E. (1998), *Accompagner les personnes polyhandicapées*, Paris, Ed. CTNERHI, Coll. Etudes et Recherches.

Annexes

ANNEXE 1

Grille d'adaptation au milieu aquatique de Lola tirée de l'ouvrage
« Polyhandicap sévère - Activités motrices et sensorielles » de F. Brunet,
C. Blanc et A-C. Margot.

PRÉNOM : Lola	DATE : 12/04/2018
---------------	-------------------

NIVEAUX D'ADAPTATION	Oui	Non	Instable
----------------------	-----	-----	----------

ENTREE DANS L'EAU			
L'enfant est porté.	X		
L'enfant est descendu par un lève-personne.		X	
L'enfant peut entrer dans l'eau avec aide.	X		
L'enfant peut entrer seul dans l'eau.		X	
RÉACTION TONICO-ÉMOTIONNELLE			
L'enfant témoigne du désagrément.		X	
L'enfant témoigne de l'enthousiasme avec hyperexcitation.	X		
L'enfant est souriant et relâché (plus ou moins rapidement).			X
APPUIS			
L'enfant explore les zones où il a pied.		X	
L'enfant explore les zones où il n'a pas pied.	X		

EQUILIBRE VERTICAL (avec appuis plantaires)			
L'enfant maintien la station debout avec appuis.		X	
L'enfant marche dans l'eau avec appuis avec soutien de l'adulte.		X	
L'enfant marche dans l'eau sans appuis avec soutien avec l'adulte.	X		
ADAPTATION MOTRICE AU MILIEU (perte d'appuis sol)			
L'enfant recherche la position verticale.	X		
L'enfant recherche la position horizontale.	X		
L'enfant fait des mouvements de bascule avant/arrière.	X		
L'enfant s'allonge et passe sur le dos/sur le ventre.	X		
EQUILIBRE DORSAL (avec aides diverses)			
L'enfant est allongé sur l'éducateur ou sur un tapis.	X		
L'enfant flotte avec 2 ou 3 points d'appuis	X		
L'enfant flotte avec un seul point d'appui, ses oreilles dans l'eau.	X		

EQUILIBRE VENTRAL (avec aides diverses)			
L'enfant flotte à l'oblique avec 2 ou 3 appuis, tête hors de l'eau.	X		
L'enfant utilise un seul appui, mais garde la tête hors de l'eau.			X
L'enfant s'allonge, face totalement immergée.			X

DEPLACEMENT AUTONOME			
L'enfant se déplace en position vertical (avec aides de flottaison)	X		
L'enfant se déplace sur le ventre (avec aides de flottaison)			X
L'enfant se déplace sur le dos (avec aides de flottaison)			X
RECHERCHE D'IMMERSION			
L'enfant met la bouche dans l'eau.	X		
L'enfant met la face dans l'eau.	X		
L'enfant met la tête sous l'eau.		X	
CONTRÔLE DES VOIES AERIENNES			
L'enfant boit volontairement.	X		
L'enfant a un réflexe d'apnée.			X
L'enfant sait souffler dans l'eau, fait des bulles.	X		
ACTION DES JAMBES (en équilibre dorsal ou ventral)			
L'enfant mobilise une seule jambe.		X	
L'enfant mobilise légèrement ses deux jambes.	X		
L'enfant les mobilise activement.			X
ACTION DES BRAS			
L'enfant mobilise un seul bras			X
L'enfant mobilise légèrement ses deux bras.	X		
L'enfant les mobilise activement.	X		
L'enfant les mobilise pour éclabousser.	X		
L'enfant les mobilise dans les échanges de balle.			X

MOUVEMENT AVANT/ARRIÈRE			
L'enfant utilise son bassin.	X		
L'enfant utilise ses membres inférieurs ou supérieurs.	X		
L'enfant utilise ses membres inférieurs et supérieurs.			X
INVESTISSEMENT DANS L'ESPACE			
L'enfant se déplace dans tout le bassin.	X		
L'enfant se déplace dans une partie du bassin.		X	
PRISE DE CONSCIENCE DU DANGER			
L'enfant recherche un appui sur l'adulte.	X		
L'enfant recherche un appui sur les bords de la piscine.	X		
L'enfant recherche un appui sur les objets de flottaison.		X	

CONTACT AVEC LE THERAPEUTE			
L'enfant recherche le contact.	X		
L'enfant fuit le contact.		X	
L'enfant recherche le contact corporel.	X		
L'enfant fuit le contact corporel.		X	
INTERACTION			
L'enfant répond aux sollicitations.	X		
L'enfant va à la rencontre de l'autre (regard, toucher)	X		

ANNEXE 2

Grille d'adaptation au milieu aquatique de Maria tirée de l'ouvrage
« *Polyhandicap sévère – Activités motrices et sensorielles* » de F.
Brunet, C. Blanc et A-C. Margot.

PRÉNOM : Maria	DATE : 12/04/2018
----------------	-------------------

NIVEAUX D'ADAPTATION	Oui	Non	Instable
----------------------	-----	-----	----------

ENTREE DANS L'EAU			
L'enfant est porté.	X		
L'enfant est descendu par un lève-personne.		X	
L'enfant peut entrer dans l'eau avec aide.		X	
L'enfant peut entrer seul dans l'eau.		X	
RÉACTION TONICO-ÉMOTIONNELLE			
L'enfant témoigne du désagrément.	X		
L'enfant témoigne de l'enthousiasme avec hyperexcitation.			X
L'enfant est souriant et relâché (plus ou moins rapidement).			X
APPUIS			
L'enfant explore les zones où il a pieds.		X	
L'enfant explore les zones où il n'a pas pied.	X		

EQUILIBRE VERTICAL (avec appuis plantaires)			
L'enfant maintien la station debout avec appuis.		X	
L'enfant marche dans l'eau avec appuis avec soutien de l'adulte.		X	
L'enfant marche dans l'eau sans appuis avec soutien avec l'adulte.		X	
ADAPTATION MOTRICE AU MILIEU (perte d'appuis sol)			
L'enfant recherche la position verticale.		X	
L'enfant recherche la position horizontale.	X		
L'enfant fait des mouvements de bascule avant/arrière.	X		
L'enfant s'allonge et passe sur le dos/sur le ventre.	X		
EQUILIBRE DORSAL (avec aides diverses)			
L'enfant est allongé sur l'éducateur ou sur un tapis.	X		
L'enfant flotte avec 2 ou 3 points d'appuis			X
L'enfant flotte avec un seul point d'appui, ses oreilles dans l'eau.			X

EQUILIBRE VENTRAL (avec aides diverses)			
L'enfant flotte à l'oblique avec 2 ou 3 appuis, tête hors de l'eau.	X		
L'enfant utilise un seul appui mais garde la tête hors de l'eau.		X	
L'enfant s'allonge, face totalement immergée.		X	

DEPLACEMENT AUTONOME			
L'enfant se déplace en position verticale (avec aides de flottaisons)		X	
L'enfant se déplace sur le ventre (avec aides de flottaisons)		X	
L'enfant se déplace sur le dos (avec aides de flottaison)		X	
RECHERCHE D'IMMERSION			
L'enfant met la bouche dans l'eau.			X
L'enfant met la face dans l'eau.		x	
L'enfant met la tête sous l'eau.		X	
CONTRÔLE DES VOIES AERIENNES			
L'enfant boit volontairement.		X	
L'enfant a un réflexe d'apnée.		X	
L'enfant sait souffler dans l'eau, fait des bulles.		X	
ACTION DES JAMBES (en équilibre dorsal ou ventral)			
L'enfant mobilise une seule jambe.		X	
L'enfant mobilise légèrement ses deux jambes.		X	
L'enfant les mobilise activement.		X	
ACTION DES BRAS			
L'enfant mobilise un seul bras		X	
L'enfant mobilise légèrement ses deux bras.		X	
L'enfant les mobilise activement.		X	
L'enfant les mobilise pour éclabousser.		X	
L'enfant les mobilise dans les échanges de balle.		X	

MOUVEMENT AVANT/ARRIÈRE			
L'enfant utilise son bassin.	X		
L'enfant utilise ses membres inférieurs ou supérieurs.		X	
L'enfant utilise ses membres inférieurs et supérieurs.		X	
INVESTISSEMENT DANS L'ESPACE			
L'enfant se déplace dans tout le bassin.		X	
L'enfant se déplace dans une partie du bassin.		X	
PRISE DE CONSCIENCE DU DANGER			
L'enfant recherche un appui sur l'adulte.			X
L'enfant recherche un appui sur les bords de la piscine.		X	
L'enfant recherche un appui sur les objets de flottaison.		X	

CONTACT AVEC LE THERAPEUTE			
L'enfant recherche le contact.	X		
L'enfant recherche le contact corporel.			X
INTERACTION			
L'enfant répond aux sollicitations.			X
L'enfant va à la rencontre de l'autre (regard, toucher)			X

ANNEXE 3

L'espace balnéothérapie au sein de l'institut médico-éducatif



RESUME

Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples. Il est caractérisé par une déficience intellectuelle et motrice ainsi que par une restriction extrême de l'autonomie. Ces nombreuses déficiences impactent le développement psychomoteur de l'enfant et l'affectent dans la construction de soi. Ce mémoire interroge l'utilisation de la médiation aquatique en psychomotricité auprès d'enfants polyhandicapés. Véritable matière sensorielle, la richesse de l'eau procure à la personne polyhandicapée un formidable milieu de jeu, d'expérience, d'action, d'émotion et d'apprentissage qui entrevoit des possibilités de relation et de communication. À travers deux accompagnements d'enfants polyhandicapés nous voyons l'impact de l'eau dans la réappropriation d'un corps en mouvement ainsi que dans son élaboration psychique. Nous percevons également le rôle du psychomotricien dans l'étayage de l'enfant.

MOTS CLÉS : Polyhandicap – Médiation aquatique – Psychomotricité – Expériences sensorimotrices – Corps plaisir – Rencontre

SUMMARY

The multi handicap is a serious handicap with a lot of bodily expressions. This is characterized by an intellectual and motor disability as well and an extreme low functional autonomy. Numerous weaknesses impact on the psychomotor development of the child and affect him in the self-construal. This report poses questions about using the aquatic mediation in psychomotricity with multi-handicapped children. Real sensory material, the benefit functions of the water gets to the multi-handicapped person a great aquatic environment of game, recreation, experience, action, emotion and learning which make something possible as relation and communication. Through two supports of multi-handicapped children, we'll show the impact of the water in the reappropriation of a body in movement and as well as in its psychic elaboration. We also perceive the role of the psychomotor therapist in the scaffolding of the child.

KEY WORDS : Multi-handicapped Person – Aquatic Mediation – Psychomotricity – Sensorimotor experiences – Pleasure body – Meeting