



**HAL**  
open science

# Quand l'eau nous touche : utilisation de l'eau en psychomotricité et évolution des représentations du corps chez des enfants polyhandicapés

Manon Gachet

## ► To cite this version:

Manon Gachet. Quand l'eau nous touche : utilisation de l'eau en psychomotricité et évolution des représentations du corps chez des enfants polyhandicapés. Psychologie. 2019. dumas-02178168

**HAL Id: dumas-02178168**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178168v1>

Submitted on 9 Jul 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.

**UNIVERSITÉ de BORDEAUX**

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

## **Quand l'eau nous touche**

Utilisation de l'eau en psychomotricité et évolution des représentations du corps chez des enfants polyhandicapés.

**Gachet Manon**

Née le 09/01/1997 à St Michel d'Entraygues (16)

Directeur de Mémoire : Amélie Yollin

Juin 2019

**UNIVERSITÉ de BORDEAUX**

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

## **Quand l'eau nous touche**

Utilisation de l'eau en psychomotricité et évolution des représentations du corps chez des enfants polyhandicapés.

**Gachet Manon**

Née le 09/01/1997 à St Michel d'Entraygues (16)

Directeur de Mémoire : Amélie Yollin

Juin 2019

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont guidée dans l'élaboration de ce mémoire, ceux qui ont pris de leur temps pour m'accompagner dans ce projet.

Je remercie énormément **Amélie Yollin** pour son investissement en tant que maître de stage mais aussi maître de mémoire. Merci pour tout ce qu'elle a pu me faire découvrir, me faire partager ; pour le temps qu'elle m'a accordé et ses précieux conseils durant cette troisième année.

Merci aux **enfants**, aux **adultes** et **professionnels** que j'ai pu rencontrer durant ces trois années et qui m'ont aidée à évoluer durant cette formation.

Merci à ma **famille** de m'avoir toujours soutenue, d'avoir mis tout en œuvre pour que je puisse travailler et profiter de ma formation dans de bonnes conditions.

Merci à mes **amis**, et particulièrement à la **Dérive** avec qui j'ai passé 3 années extraordinaires alliant des moments de fête, de joie mais aussi de stress, de soutien et d'échange.

Pour finir je remercie l'ensemble des membres de **l'IFP de Bordeaux**, pour tout ce qu'ils m'ont apporté.

## **Avant-propos**

*« Il ne suffit pas d'avoir une peau « tout autour » pour se sentir enveloppé, un squelette pour s'imaginer solide, des organes sensoriels pour communiquer et des orifices corporels pour se vivre capable de maîtriser et apprécier les échanges avec son environnement »*

*Anne-Marie Latour, Les images du corps pré-contenantes*

# Sommaire

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Avant-propos</b> .....	<b>3</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b><u>A. Développement des représentations du corps</u></b> .....	<b>7</b>
I. Les représentations du corps.....	7
II. La construction du schéma corporel.....	10
III. L'image du corps.....	18
<b><u>B. Le polyhandicap</u></b> .....	<b>27</b>
I. Définition.....	27
II. Epidémiologie.....	29
III. Sémiologie.....	30
IV. Représentation du corps perturbés.....	37
<b><u>C. Eau et psychomotricité</u></b> .....	<b>43</b>
I. L'eau.....	43
II. Diverses médiations.....	46
III. Indications et contre-indications.....	49
IV. Les intérêts de la médiation eau en psychomotricité avec des enfants polyhandicapés.....	50
<b>Conclusion</b> .....	<b>79</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>80</b>

# Introduction

Durant mes trois années de formation en psychomotricité j'ai pu découvrir de nombreux concepts de façon théorique mais aussi pratique. Une notion a spécialement attiré mon attention lors de mes apprentissages, celle des représentations du corps. En effet, elles sont variables et dépendantes de chaque histoire, de chaque vécu. Cela m'intrigue et m'amène à approfondir mes connaissances sur ce fonctionnement.

Lors d'un stage en cabinet libéral, une rencontre m'a particulièrement marquée, celle d'un petit garçon en situation de polyhandicap. Son expressivité et sa joie de vivre m'ont touchée.

En deuxième année, j'ai pu réaliser un stage en Institut d'éducation motrice (I.E.M), celui-ci m'a beaucoup intéressée. La verbalisation qui est parfois complexe ou rare chez ces enfants laisse place à une communication d'une toute autre nature. Par le biais de ce stage, j'ai pu observer que le polyhandicap touche à la fois l'intégrité corporelle et psychique de l'individu. Cela a des répercussions dans leurs représentations du corps.

Cette année j'effectue mon stage sur une longue période en établissement de soin et d'éducation spécialisée (E.S.E.S) avec entre autres des enfants polyhandicapés âgés de 3 à 10 ans. En visitant la structure, j'ai pu constater la présence d'un bassin utilisé en psychomotricité. C'est alors que je me suis intéressée à la question de l'eau (8), (26), avec l'envie d'en saisir les bienfaits d'un point de vue plus professionnel. J'ai pu assez rapidement faire le lien avec les représentations du corps qui sont pour moi une base fondamentale en psychomotricité. La rédaction de mon mémoire est l'occasion de lier et d'approfondir mes connaissances sur ces thèmes qui me semblaient important de développer.

Mes questionnements m'ont donc amenée à la problématique suivante :

***Quels sont les effets de l'utilisation de l'eau en psychomotricité dans l'évolution des représentations du corps chez des enfants polyhandicapés ?***

Avant tout travail de recherche et d'observation, j'émetts quelques hypothèses quant aux effets de la médiation eau en psychomotricité avec des enfants porteurs de polyhandicap.

- Le fait de sortir du fauteuil et les particularités de l'eau permettent d'avoir une certaine liberté supposant l'arrivée de nouvelles sensations, de découverte, d'exploration. Ainsi, l'eau aide à la construction des repères spatiaux, du schéma corporel.
- L'eau comme enveloppe contenant permet de se calmer et d'avoir un retour sur soi contribuant entre autres au développement de l'image du corps.
- L'eau et la chaleur ont un rôle sur le bien-être et sur la baisse du tonus.

Pour répondre à ce questionnement, je vais lier les éléments théoriques à mes observations cliniques au contact de trois enfants polyhandicapés. Je vais pour cela accompagner Ilan, Émilie et Arthur en séance de psychomotricité dans le petit bassin (Annexe 1).

Dans mon mémoire, je vais tout d'abord parler de la construction des représentations du corps avec une partie sur le schéma corporel et une sur l'image du corps. Ensuite je présenterai le polyhandicap et ses conséquences sur les représentations du corps chez ces enfants. Pour finir je ferai une partie sur l'eau, ses propriétés et l'intérêt de l'utilisation de cette médiation par le psychomotricien. Pour illustrer mes propos, ces parties seront accompagnées de vignettes cliniques et d'une étude de cas.



# **A. Développement des représentations du corps**

## **I. Représentations du corps**

Au cours de l'histoire, les représentations du corps ont été définies par les notions d'image du corps, de somatognosie, de schéma corporel, d'image spatiale du corps... Ces dernières évoluent en fonction des pensées et des disciplines, cependant, malgré les différents concepts développés au 20<sup>e</sup> siècle, les notions de **schéma corporel** et **d'image du corps** perdurent. Je développerai donc chacune de ces notions après avoir parlé des représentations du corps en général.

Tout d'abord, il faut savoir que les représentations du corps sont plastiques. Elles se modifient, se transforment en fonction des histoires de chacun et sont en perpétuel mouvement.

Elles participent à la relation et nous permettent de faire des liens entre l'intérieur et l'extérieur, un lien entre le sensoriel et le moteur. Les représentations du corps sont donc impliquées dans la relation mais ont aussi un rôle dans le fonctionnement des coordinations, du tonus, de la contenance, de la latéralité...

De manière plus physiologique, les représentations du corps se développent grâce aux **sensations**, à la **perception** de celle-ci, à leurs **représentations** et à leur **intégration**.

Tout d'abord, la **sensation** est la première étape allant du stimulus d'un organe sensoriel à la perception. Les systèmes sensoriels sont décrits selon trois catégories.

### L'extéroception :

Elle permet de recueillir des informations sur notre environnement extérieur par nos cinq sens qui sont la vue, l'ouïe, le tact, l'olfaction et le goût.

### La proprioception :

Ce mot vient des racines latines « proprio » et « proprius », qui signifie qui n'appartient qu'à soi, qu'on ne partage pas avec l'autre. La proprioception permet de percevoir son corps dans l'espace. C'est un flux sensoriel continu, perçu ou non par la conscience. Il est en lien avec le degré de tonus, les positions relatives des différents segments du corps dans l'espace, les accélérations et décélérations captées par l'oreille interne ainsi que les mouvements des différents segments du corps appelé aussi kinesthésie. Chaque modification apporte des informations.

*« L'activité musculaire n'est pas seulement limitée à une fonction mécanique. En effet, la plus petite modification, tension dans notre système musculaire produit une stimulation sensorielle. Il est impossible de se mouvoir sans provoquer des variations de pressions interne qui informent la personne au sujet de son corps et de ses activités ».* A. COEMAN (7)

D'après S. ROBERT-OUVRAY et A. SERVENT-LAVAL (37), la proprioception joue un rôle fondamental dans l'encrage organique de notre identité, dans l'ajustement postural puisqu'elle permet le contrôle tonique, dans le positionnement de nos membres et dans l'entretien d'une représentation du corps adaptée. De plus, elle peut jouer un rôle dans le sentiment d'exister et dans le soutien à la construction du psychisme.

Pour résumer, la proprioception nous renseigne sur l'activité de notre corps permettant la conscience de soi, le maintien de l'équilibre ainsi que le contrôle des mouvements.

### L'intéroception :

L'intéroception est liée à la somesthésie végétative et aux modalités sensorielles inconscientes. Des récepteurs internes nous permettent d'éprouver des sensations mécaniques liées à la perception de la température, des pressions, des tissus lésés alors que les sensations chimiques sont liées à la pression osmotique, aux variations de glucose, d'oxygène, de carbone qui vont être non conscientes.

Une fois les organes des sens stimulés nous allons avoir une étape de **perception**. La sensation arrive dans un système qui a un vécu mis en mémoire donnant un souvenir particulier, elle sera donc liée aux émotions. En effet d'après COEMAN, à toute expérience physique est jointe une émotion et une composante cognitive (7).

La perception va pouvoir localiser la sensation en s'appuyant sur la représentation. La **représentation** c'est la capacité à se représenter une perception qui n'est pas présente. Elle va mettre en avant les connaissances de soi, avec la notion de schéma intériorisé.

Par la suite, l'information va être **intégrée** et va engendrer ou non des réactions de la part de l'individus puisqu'il va y avoir un décodage et donc une interprétation de ce stimulus.

**On peut dire que les représentations du corps se situe au cœur de la fonction sensori-motrice puisqu'elles permettent d'analyser les informations sensorielles dans le temps et dans l'espace et d'organiser une réponse motrice cohérente.** Le fait de réagir nous permet d'entrer en interaction et en relation.

D'ailleurs, pour que les représentations du corps puissent se développer correctement, il me semble nécessaire d'être en relation. G. PONTON (30) prétend qu'au cours de notre développement psychomoteur nous nous construisons selon trois niveaux de relations qui sont indissociables :

- Relation à soi : Elle se construit par les sensibilités proprioceptives, extéroceptives et intéroceptives, elle amène à la conscience de soi, d'être unique et différencié de l'autre.
- Relation à l'autre : Elle est conduite par la sensibilité extéroceptive, elle permet de reconnaître l'existence de l'autre et de confirmer notre existence propre, semblable mais différencié de l'autre.
- Relation à l'environnement : Elle est aussi conduite par la sensibilité extéroceptive mais permet cette fois ci de structurer la conscience de l'espace et de s'y situer.

F. DOLTO (10) dit 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* ». Ces deux fonctionnements sont en lien, cependant ils ont une origine différente.

## **II. Construction du schéma corporel**

### **II.1 Le schéma corporel, un concept**

Le « *schéma* » vient du grec « *skhêma* » qui définit la manière d'être extérieur, une attitude, un dessin.

Le concept de schéma corporel se construit à partir de diverses découvertes notamment en neurologie, en psychologie, en psychanalyse. De nombreux auteurs le définissent.

En 1893, P. BONNIER donne une première définition de celui-ci. Pour lui c'est une représentation permanente et « *la faculté que nous possédons de savoir à tout instant orienter une partie quelconque de notre corps par rapport à toutes les autres* » (20).

Par la suite, H. HEAD parle de l'importance des données posturales (25). Pour lui nous avons un modèle plastique qui nous permettrait de situer notre corps dans l'espace et qui est défini par des coordonnées spatiales. Il donne une image tridimensionnelle de notre corps qui est confronté aux afférences sensorielles.

I.PICK définit le schéma corporel comme notion permettant une relation adaptée aux sensations et à l'environnement. Elle montre l'importance des données visuelles et sensitivo-cutanée dans la construction du schéma corporel (13).

Ces trois auteurs s'accordent sur le fait que le cerveau dispose d'une représentation non consciente du corps qui permet d'ajuster automatiquement nos mouvements à notre environnement spatial.

Nous retiendrons la définition assez complète de Julian De Ajuriaguerra qui propose la définition suivante : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ». Ajuriaguerra J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson

Le schéma corporel est en lien avec nos expériences qui dépendent de l'intégrité de l'organisme, des lésions, de sensations physiologiques. Il se structure aussi par l'apprentissage. Il renvoie donc au fonctionnement des différents systèmes sensoriels et à la matérialité du corps.

## **II.2 La structuration du schéma corporel**

La structuration du schéma corporel s'organise **dès la vie fœtale**, en majeure partie par des données intéroceptives et proprioceptives. En effet, pendant la vie intra-utérine, les stimuli externes sont assez pauvres, ce sont plutôt les régulations intra-organiques qui vont prendre place. Vers la 7<sup>e</sup> semaine de vie fœtale, les canaux semi-circulaires sont fonctionnels, l'activation des mécanorécepteurs proprioceptifs vont être assurés par la motricité du fœtus et les mouvements de la mère. Entre la 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> semaine on observera les premières réponses musculaires suite à l'excitation tactiles. Les sens tels que le toucher, l'audition, le goût, l'odorat se développent avant même la fin de la grossesse.

On peut constater l'évolution du schéma corporel dès la période in utéro. En effet, le fœtus est capable de coordinations main bouche, des deux mains ensemble et des mains avec le reste du corps. L'exploration tactile met en évidence la conscience de soi tactile. Il semble être déjà un peu acteur de son environnement.

J. LE BOULCH décrit la structuration du schéma corporel à travers les différents âges du développement de l'enfant. Il parlera de **corps subi, corps vécu, et discriminations perceptives**. À cela se mêle les notions de développement psychomoteur, de construction de l'axe et de l'espace.

Des tranches d'âge sont données comme repère, cependant, il ne faut pas oublier que chaque être humain est unique. Aucun enfant ne va se développer de la même manière et au même moment, chacun développera son système neuromoteur et sa façon d'être au monde avec un style qui lui est propre.

### II.2.1 Le corps subi : 0-3 mois

C'est le stade de **l'impulsivité motrice**, selon H. WALLON les gestes sont explosifs et non orientés. Les spasmes seront accompagnés de cris, de réactions toniques traduisant un besoin organique et primaire de base du bébé tel que le besoin de manger, de soins et de sécurité. La mère va pouvoir comprendre ses réactions et répondre à ses besoins grâce à la mise en place du dialogue tonico-émotionnel (je parlerai plus précisément de celui-ci dans la partie sur l'image du corps en lien avec la communication corporelle).

La dialogue tonico-émotionnel va passer en partie par le portage. En effet, le tonus du bébé étant non harmonieux, il est important de le maintenir. De plus, l'enfant enroulé dans les bras va pouvoir se poser et se relâcher, ainsi se sentir en sécurité et soutenu. Cela va lui permettre d'être plus présent à lui-même et d'aller explorer plus facilement son environnement. Lorsque l'enfant naît, il est soumis aux forces de gravités, il va alors essayer de trouver des points d'appui. Le portage va lui permettre d'intégrer ses appuis, particulièrement au niveau du bassin et de la nuque. A. BULLINGER parle **d'espace de pesanteur** (4). Il ajoute l'importance du système vestibulaire qui va permettre de gérer ses points d'appui et de construire sa proprioception.

À ce moment-là, l'enfant perçoit le monde en grande partie à travers l'extéroception qui se développe. Le corps de l'enfant est dit « subi » puisqu'il ne va pas maîtriser tous les flux qui viennent à lui, il est à cet âge totalement dépendant d'autrui.

Les flux vont venir stimuler la peau créant une **ébauche de l'enveloppe corporelle**. L'enveloppe de la peau étant le premier élément unificateur entre le moi et le non moi, entre le dehors et le dedans.

À cet âge, le bébé a ce qu'on appelle des réflexes archaïques. Ce sont des mouvements automatiques et involontaires que l'on observe en réponse à un stimuli sensoriel. Si on prend l'exemple du réflexe tonique asymétrique du cou, il va y avoir chez le bébé une rotation de la tête, une extension du bras du côté du visage et une flexion du bras du côté du crâne. Cela va permettre les premières **intégrations de l'axe vertical** en lien avec l'axe horizontale par un passage qui est asymétrique.

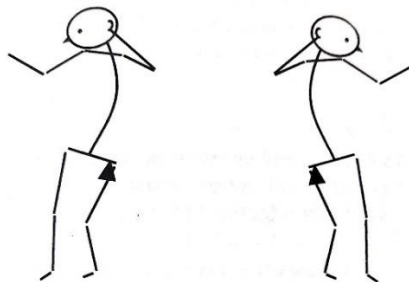


Figure 1.

*(Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. A. Bullinger. Page 125)*

Lors de ce réflexe, on observe que l'enfant est capable de mouvement de flexion, d'extension en lien avec l'ouverture et la fermeture autour du centre. Ces mouvements vont permettre **d'intégrer les notions d'intérieur et d'extérieur** par la double directionnalité centre/périphérie.

Ce n'est que vers 3-4 mois que ces mouvements vont progressivement devenir volontaires, il y aura chez l'enfant la volonté de tenir la tête dans l'axe. Selon J. PIAGET, les premières réactions circulaires, la répétition de réflexe, d'un automatisme, va permettre de consolider une action et par la suite permettra de mettre en place des stratégies pour varier des sensations qu'il trouvera intéressantes.

L'enfant va être attentif, il va observer ses mouvements. Par la suite, il va porter ses mains à la bouche et ainsi crée ce que A. BULLINGER appelle le premier espace de relation par les **coordinations main/bouche/regard**. Il va ensuite d'ailleurs parler d'espace oral. En effet, l'enfant vit sa bouche comme zone de capture, il va pouvoir expérimenter la satiété permettant de vivre les **premiers sentiments de contenances** avec le plein de l'estomac et de nouveau ce lien entre dedans et dehors. Puis par la découverte de cet espace, il va pouvoir explorer, mettre à la bouche, ce qui va éveiller son envie, sa curiosité. Il va également par les vocalises rendre interne ses sensations et jouer avec les sons, ce qui va s'intensifier dans la période suivante.

### II.2.2 Le corps vécu : 3 mois-3 ans

Ce stade correspond au stade **sensori-moteur** de J. PIAGET. L'enfant n'est plus totalement passif face à l'environnement. Il va commencer à établir des liens entre ses désirs et les situations, ce qui va lui permettre d'avoir des comportements plus adaptés aux circonstances. Au niveau du développement, la corticalisation va permettre **d'unifier le tonus** de façon plus harmonieuse. L'enfant va pouvoir maintenir sa tête, de plus, vers 3 mois, il acquiert le contrôle des muscles oculomoteurs lui permettant d'entrer plus facilement en relation et de réaliser la poursuite oculaire.

Cependant, la perception visuelle est encore immature, il ne peut avoir qu'une vision parcellaire. La proprioception liée au champ visuel parcellaire fait apparaître son corps comme morcelé et donc anxiogène. Il est important d'avoir une bonne relation parentale avec un holding contenant, rassurant permettant de rassembler ces données proprioceptives « éparpillées » et diminuer l'angoisse (7).

Il est important que les parents puissent donner des appuis à l'enfant, notamment au niveau du dos. L'appui dos va permettre au nouveau-né de retrouver une sensation et un sentiment de sécurité. Il va permettre l'échange de regard entre la mère et l'enfant, de plus l'enfant va **devenir sociable** et va progressivement contrôler ses mimiques. Tout cela va faciliter l'ouverture du bébé vers l'avant et la possibilité d'explorer par la coordination des membres supérieurs.



L'enfant va avoir le **désir d'être auteur de ses actes**, il va alors saisir les objets et développer sa dextérité manuelle. Il va pouvoir se « décoller » de l'hémicorps de l'autre pour réaliser les gestes tout seul. G. HAAG nomme cela le clivage vertical et fait le lien avec l'émergence du buste.

A. BULLINGER (4), parle d'espace du buste lorsque que l'enfant trouve l'équilibration entre l'avant et l'arrière de son corps. Il va s'aider de la respiration pour se redresser et jouer sur les équilibres, déséquilibre afin de trouver une **stabilité au niveau du buste**. Cette stabilité va permettre à l'enfant de mobiliser volontairement ses membres inférieurs en contractant les abdos et de rapprocher les pieds de son centre. G. HAAG parle à ce moment de clivage horizontal. Il concerne **l'intégration des membres inférieurs**, des zones anales et sexuelles qui évoluent vers l'apparition du langage et de la symbolisation.

Pour se déplacer et chercher des objets, l'enfant va jouer sur le fait de repousser, de s'étendre, et se retourner. Il va petit à petit prendre conscience de la distance qui le sépare de ces objets. De plus les mouvements initiés par de bassin lors de l'enroulement ou des retournements va jouer dans la différenciation d'une jambe et de l'autre. Par la suite il lui sera possible de les **différencier** et de les **coordonner**. Tous les mouvements produits seront le fruit d'expérimentation et d'essais erreurs. Ce qui va lui permettre de moduler et de transformer sa forme corporelle.

Par de nombreuses répétitions et la régulation du tonus musculaire, l'enfant va acquérir la **station assise**. Vers 6 mois va se construire l'axe de verticalité. Pour cela il va devoir repousser le sol et trouver un certain équilibre à l'aide de ses appuis (bassin, main, coude...). Le repoussé des appuis au sol va permettre de sentir ses membres reliés à l'axe, la conscience de l'axe va se développer, en lien avec le redressement. De plus il va créer une relation entre le haut et le bas du corps, entre ses jambes en appuis au sol et ses bras libérés pour la préhension. La position assise va libérer le tronc qui va pouvoir se diriger dans différentes directions de l'espace.

Pour garder cette verticalité, il est nécessaire de tenir l'équilibre des deux côtés du tronc. Pour cela il existe trois mouvements à la base des coordinations qui sont l'enroulement, le redressement et la torsion (7). La torsion va permettre une meilleure fluidité du mouvement ainsi qu'une exploration plus riche.

L'enfant structure sa perception de lui-même et la construction de son schéma corporel par **l'élaboration des repères** à la fois dans la verticalité et dans l'horizontalité.

En lien avec la structuration de son propre corps et la maturation de la vision, le bébé va vers 6 mois pouvoir reconnaître l'image humaine. C'est à ce moment-là que J. LACAN parle de stade du miroir. Entre 6 et 18 mois, l'enfant pourra reconnaître son image, sa forme dans le miroir. Ce dernier va lui renvoyer une image de la structuration de ses représentations corporelles. Vers 10 mois on va pouvoir observer l'enfant se mouvoir et jubiler devant le miroir. Ce stade a pour effet d'aider à la structuration du « Je », pour passer à la **reconnaissance d'un corps unifié et identifié**.

C'est aussi entre 6 et 10 mois que l'enfant va tester ses appuis et trouver des moyens de se déplacer. Pour cela il va pouvoir glisser sur les fesses, faire du quatre pattes.

Vers 11 mois, l'enfant va pouvoir se déplacer dans les trois plans de l'espace. Il va par appuis physique sur l'environnement pouvoir se relever du sol et ajuster sa **position debout**. L'axe du corps va permettre d'organiser un 2<sup>e</sup> plan de symétrie entre la droite et la gauche. De plus, les mouvements sont de plus en plus coordonnés entre le haut et le bas du corps. L'enfant va pouvoir explorer autour de lui par des systèmes de rotations, il va mettre en lien un **espace tridimensionnel**. Nous pourrions observer une phase d'exploration des creux, des orifices en lien avec le repérage d'un espace tridimensionnel.

Il y a ce moment-là une organisation du schéma corporel dans la verticalité.

*« Ce long temps à transiter du coude, assis, 4 pattes, genoux et enfin debout ont servi à intégrer dans son corps tout un processus, tout un capital sensori-moteur vécu dans ce jeu et le plaisir. C'est également toute une expérience d'apprentissage, de comment je peux apprendre, intégrer et développer quelque chose au départ de moi ».*  
COEMAN (7).

Ce n'est pas seulement par la répétition de ses expériences qu'il va consolider ses appuis et d'acquérir la marche. Pour tout cela, il faut qu'il soit accompagné au niveau affectif et relationnel lui permettant de trouver sa sécurité.

En étant debout, le poids du corps va être géré par le centre avant de créer un équilibre. L'enfant va découvrir l'alternance de la marche par **coordination** entre le haut, le bas, l'avant, l'arrière, la droite et la gauche (tous ces espaces qu'il a pu expérimenter au cours de son développement).

La **marche va accentuer le sentiment d'unicité et d'unité** par le fait de se porter sois même, n'étant plus dépendant d'autrui dans ses déplacements. On va pouvoir observer les premières représentations dans le dessin ou le modelage qui va rendre visible cette première conscience.

Au début de la 2<sup>e</sup> année, l'enfant cherche à reproduire des expériences, il est alors capable d'utiliser un **schéma intériorisé**. De plus, l'acquisition de la marche donne à l'enfant un niveau d'indépendance plus important lui permettant d'étendre son champ d'expérience. C'est par ses nombreuses expériences qu'il va pouvoir progressivement délimiter son corps au monde des objets. On considère qu'il y a une ébauche de représentation du corps consciente. Cependant, pour aller explorer, il va toujours avoir besoin de l'accord affectif et du soutien des parents (7).

Cette étape du corps vécu porte bien son nom puisque l'on comprend que c'est au travers de ses propres expériences, de sa relation à lui, à l'autre et à l'environnement qu'apparaît une première ébauche du schéma corporel, ajoutant au sensori-moteur un étage affectif.

### II.2.3 Les discriminations perceptives : 3-7 ans

Il est important de prendre en compte cette **triade affectivo-sensori-motrice** pour faire évoluer les représentations. À cet âge, la motricité, l'ajustement tonique et postural vont se développer. L'enfant va pouvoir avoir une meilleure maîtrise de son orientation dans l'espace et dans le temps.

À ce stade, l'enfant va être dans l'imitation. Il va reproduire les manières de parler de ses parents, leur intonation par exemple. Ce qui est important, c'est qu'il va pouvoir les imiter sans qu'ils soient présents, on appelle ça **l'imitation différée**. Cela implique donc une notion de représentation, d'intériorisation d'un modèle.

Par la suite, arrivera le jeu symbolique où il sera capable d'imiter des personnages réels ou imaginaires ce qui enrichira ses gestes, son contrôle tonique, ses expérimentations. On peut noter aussi que le développement du langage va de pair avec l'évolution des représentations du corps.

Par exemple, la dénomination des parties du corps favorise leur prise de conscience. De plus, le fait de verbaliser l'expérience va permettre à l'enfant de s'en saisir et d'y trouver du sens. Vers 6 ans l'enfant a une bonne **représentation topologique** de son corps.

L'étape suivante est l'étape de la représentation mentale du corps en mouvement entre 7 et 12 ans. Cependant les enfants polyhandicapés que je suis amenée à rencontrer n'atteignent pas ce niveau de conscience. Il ne me semble pas nécessaire de développer la suite mais plutôt de rester focalisé sur cette tranche d'âge 0-7 ans. Nous allons maintenant parler de l'image du corps.

### **III. L'image du corps**

#### ***III.1 La notion d'image du corps***

Le mot « *image* » vient du latin « *imago* » qui signifie, un portrait, un reflet, une idée. On y retrouve à la fois des concepts abstraits et réels.

L'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que chacun se fait de son propre corps.

P.SCHILDER est le premier à proposer une théorie de l'image du corps en 1935 (36). Il utilise ces mots pour parler des représentations corporelles, il a une vision assez globale des systèmes de représentation alliant schéma corporel et image du corps. C'est en grande partie par le phénomène de libido qu'il différencie l'image du corps du schéma corporel.

La libido est un concept plutôt psychanalytique, elle est définie en 2002 par J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS comme étant « *la manifestation dynamique dans la vie psychique de la pulsion sexuelle* ». Elle évolue lors du développement de l'enfant en passant par les stades oral, anal, phallique, latence et génital.

D'après F. DOLTO, l'image du corps est inconsciente et intersubjective. C'est l'articulation entre une image de base qui permet de se sentir exister de façon continue, une image fonctionnelle qui est l'image de l'énergie d'un sujet visant l'accomplissement de son désir et une image de zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions de plaisir déplaisir érotique.

DOLTO et SCHILDER s'accordent à dire que l'image du corps est liée à trois caractéristiques qui sont la libido, le désir et l'inconscient.

Cependant ces deux auteurs ne parlent pas de l'importance de **l'investissement du corps** et de son **système psycho-affectif**. Elle va se construire en partie par les expériences agréables ou désagréables et au travers du regard des autres. En psychomotricité, nous nous intéressons au sujet porteur de sa singularité, de son histoire personnelle avec une problématique à la fois consciente et inconsciente dans cette image du corps (27).

On peut parler d'image du corps comme assise identitaire, elle se forme par nous-même, nos sensations, notre vécu, notre vision de notre corps.

## **III.2 L'image du corps composite**

E.W. PIREYRE présente l'image du corps comme composite (28). Elle regroupe 9 sous composantes liées à différents concepts que nous allons décrire dans chaque sous partie.

### III.2.1 La sensation de continuité d'existence

La continuité d'existence donne un sentiment de sécurité. Sa construction va être portée par les sensations intéroceptives et donc par la qualité de la relation à soi. La respiration permettra d'éveiller les sensations internes, de plus, elle nous accompagne depuis notre premier souffle. Elle va permettre de créer un dialogue entre le système conscient et inconscient puisque la respiration va harmoniser le tonus musculaire et donc réguler nos émotions.

D'après E.W. PIREYRE, c'est par un holding efficace que s'installera cette forme de sécurité interne favorisant le développement psychomoteur de l'enfant.

La notion de **holding** est développée par D. WINNICOTT. C'est la façon dont l'enfant est porté par ses parents, aussi bien physiquement que psychiquement. En se sentant porté, soutenu, contenu de manière sécuritaire, l'enfant pourra alors développer et construire son enveloppe corporelle afin d'élaborer un sentiment de continuité d'être et de sécurité. Il va permettre de tamponner ses états extrêmes et ainsi les nuancer.

### III.2.2 L'identité et le processus d'individuation

A. BULLINGER évoque le lien entre la sensibilité profonde et de surface (peau) dans l'intégration de l'intérieur et de l'extérieur. Les ressentis de ces parties vont permettre de dessiner les contours de la personne, les limites du corps et donc de mettre en avant la différence entre le dedans et de dehors.

Pour E. BICK (22) la peau a une fonction de limitation de contenant psychique qui va permettre de tenir ensemble les parties de son corps et de sa personnalité. La fonction de contenance va permettre au bébé d'acquérir les notions d'intérieur et extérieur.

C'est par les sensations que l'individu va pouvoir percevoir son corps. Chacun va s'approprier ses limites en donnant naissance au sentiment d'identité. De plus, le choix du prénom et les dénominations lors des premiers mois de vie vont avoir une incidence sur ce phénomène d'individuation.

### III.2.3 L'identité sexuée

Il faut 6 semaines pour que les chromosomes se différencient et 4 mois pour les différencier, cependant cela ne suffit pas à se sentir et se reconnaître homme ou femme (27). La construction de l'identité sexuée commence vers la 2<sup>ème</sup> année, il est en lien avec les comportements inconscients des parents. La découverte anatomique des sexes va aider au processus d'identification.

### III.2.4 La peau psychique et physique

La peau a plusieurs fonctions, elle limite notre corps, c'est une barrière mécanique, elle est thermorégulatrice, elle synthétise des substances et c'est un organe sensoriel. La peau psychique va se construire sur ces particularités de la peau physique.

Au fur et à mesure du développement de l'enfant, la peau va s'enrichir, s'épaissir, assurant un rôle de **contenance**. Le bébé sera moins « fragile », ce qui va lui permettre de devenir de moins en moins dépendant de la mère. La peau est d'une importance primordiale, elle fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du moi et de ses principales fonctions.

D. ANZIEU (1) parle de la peau comme *« donnée originare à la fois organique et d'ordre imaginaire, comme système de protection de notre individualité, comme instrument et lieu d'échange. »*

Il va décrire ces fonctions à travers son concept de **Moi-peau**. Tout comme la peau délimite notre corps, le Moi-peau est un sentiment continu d'enveloppe qui permet de se sentir exister en tant qu'individu unique et différencié.

Je vais parler de six fonctions du Moi-peau qui me semblent importantes pour la construction de l'image du corps :

1. **Fonction du maintien du psychisme**, au même titre que la peau maintient le squelette. La fonction psychique se forme par intériorisation du holding maternel. L'appui physique du corps maternel amène le bébé à acquérir l'appui de sa colonne vertébrale permettant de se redresser.
2. **Fonction de contenance**. La peau recouvre le corps dans lequel sont implantés les organes. Cette fonction est exercée en grande partie par le handling maternel (qui correspond aux soins apportés comme la toilette, l'alimentation, l'habillement). La peau enveloppe le corps mais le moi-peau vise à envelopper le moi psychique.
3. **Fonction pare excitation** de la couche superficielle de l'épiderme qui protège la couche plus sensible. La mère aurait cette fonction de pare-excitation jusqu'à ce que le bébé trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer lui-même cette fonction. Ce rôle de pare-excitation a été développé par W. BION avec la notion de fonction alpha. Pour lui la mère permet de détoxifier les éléments bruts arrivant au bébé. Elle les transforme de manière à ce qu'ils soient tolérés, non agressifs et assimilables par l'enfant.
4. **Fonction d'individuation du Soi**. Elle permet de développer le sentiment d'être unique.
5. **Fonction d'inter sensorialité** qui aboutit à la constitution d'un sens commun à toutes ses sensations réunies.
6. **Fonction de soutien à l'excitation sexuelle**, (dans un développement normal), les zones érogènes peuvent être identifiées et la différence des sexes reconnue.



### III.2.5 La représentation de l'intérieur du corps

D'après E.W PIREYRE, l'intérieur du corps ne serait perceptible pour le nouveau-né seulement par les afférences proprioceptives et intéroceptives. Ces informations sont fournies en grande partie par le rythme et le volume respiratoires, les douleurs éventuelles et les sensations du trajet du bol alimentaire.

L'immatunité de la peau fait que la fonction contenant n'est pas assurée seule, les bébés peuvent ressentir un vécu de crevaisson de l'enveloppe corporelle, une angoisse d'éclatement, la peur de se vider.

La maturation du corps avec la croissance va modifier durant des années l'image de notre corps. En effet, il va y avoir une maturation au niveau physiologique, mais il est aussi important de prendre en compte la représentation des os, des articulations, des viscères, cruciales au développement psycho-affectif. Les orifices ont pareillement leur importance dans la construction interne. Ils sont lieux d'échange entre l'intérieur et l'extérieur du corps. La bouche par exemple est très impliquée dans la vie relationnelle, elle a une place importante dans le développement psychoaffectif dès les premiers mois de la vie.

**L'intérieur du corps à une place majeure dans la construction de l'image du corps.**

### III.2.6 Le tonus

À la naissance, le tonus du bébé est organisé de façon archaïque et neurologique en « tout ou rien », hypotonie ou hypertonie. L'un et l'autre ne seront pas vécus de la même manière laissant une émotion et un ressenti particulier mis en mémoire. Par la suite, le bébé va pouvoir réguler son tonus par appui sur l'environnement humain. On parle de dialogue tonico-émotionnel exposé par J. DE AJURIAGUERRA.

S. ROBERT OUVRAY (18) montre que l'enfant possède une enveloppe tonique primitive constituée d'un état tonique innée et d'une organisation tonique spécifique. Généralement, le tonus va être plus important au niveau des fléchisseurs et moins important dans les muscles du dos. Cela va permettre la position d'enroulement (position fœtale) qui est fondamentale et donne une première forme psychocorporelle.

### III.2.7 Les compétences communicationnelles du corps

Le premier moyen qu'a l'enfant pour communiquer avec autrui est le tonus, cette fonction va permettre la communication non verbale (3). Le tonus est à la base de notre posture, nous communiquons par nos tensions corporelles. H. WALLON et J. DE AJURIAGUERRA postulent que le tonus et les émotions sont indissociables et prennent une place prépondérante dans les échanges entre une mère et son enfant, ils parlent de dialogue tonico-émotionnel. Ainsi, les états de l'enfant reflètent dans son tonus, par exemple une hypertonie serait un signe d'appel et la baisse du tonus un signe de détente.

Une émotion nous saisit corps entier, le fait d'abaisser son tonus peut aussi réduire la tension psychique et diminuer celle du partenaire dans le corps à corps. Cela va permettre la régulation émotionnelle.

Le **dialogue tonico-émotionnel** a une importance capitale dans le partage émotionnel et permet de mettre du sens sur les différents états toniques de l'enfant. Celui-ci pourra expérimenter le changement tension/détente tout en étant accompagné. Le bébé va pouvoir établir des interactions qui contribuent à des mises en sens et développer son répertoire d'expériences.

Les neurones miroirs vont avoir leur rôle dans la compréhension des états émotionnels. Après deux ou trois jours, le nouveau-né différencie un visage triste ou joyeux. Vers 2- 3 mois il développe une consonnance affective avec sa mère, au point de reproduire les expressions faciales ou les vocalises qui reflètent son état émotionnel (32). L'expression du corps a un rôle important dans la communication.

L'image du corps va se trouver transformée à travers le lien tonus/émotion. Les émotions provoquent des modifications chimiques dans le corps ainsi que des modifications viscérales (en lien avec l'intéroception).

La contraction des muscles du corps y compris ceux du visage amène à une expression plus ou moins identifiable. Elle est à l'origine de l'activité posturale et de la relation. L'expression émotionnelle préexiste au langage verbal et prend une place importante dans le corps à corps.

Les canaux de la communication corporelle sont le tonus, les réactions de prestance, les attitudes, les mimiques, l'activité motrice et le regard.

### III.2.8 La sensibilité somato-viscérale ou sensorialité

La sensorialité est variable selon chaque individu. La sensibilité somatique peut être superficielle recevant les informations mécanique, chimique, nociceptive ou profonde. Elle reçoit des afférences provenant des tendons, des articulations qui mettent en jeu la proprioception.

La sensibilité viscérale traite les informations venant des viscères. Les flux, qu'ils soient internes ou externes, s'imposent à notre organisme, ils vont permettre la construction physique à partir de la sensorialité.

### III.2.9 Les angoisses corporelles archaïques

Lorsque l'on s'intéresse au rapport de l'être humain à son propre corps, on peut observer certaines angoisses. Chez le bébé on parle d'angoisses archaïques car elles sont présentes avant le développement du langage verbal.

À la naissance, le bébé passe d'un milieu liquidien à aérien créant de nouvelles sensations telle que la gravité, de nouvelles sensations tactiles à l'origine d'angoisses corporelles. Il existe plusieurs angoisses archaïques comme le morcèlement, l'effondrement, la dévoration. F.TUSTIN évoque des angoisses (22) en rapport avec le milieu liquidien que l'on peut retrouver chez certains enfants dans l'eau (liquéfaction, inondation, chute, tourbillon).

Ces angoisses sont « normales » pour un bébé, il va falloir un portage psychique et physique assez bon pour assurer un sentiment de continuité d'existence et d'unité du corps afin de les atténuer.

Nous venons de voir comment les représentations du corps prennent place dans le développement normal d'un enfant. Dans la partie suivante, je vais parler du polyhandicap et des conséquences de celui-ci sur les représentations du corps.

## **B. Le polyhandicap**

Le polyhandicap est un concept assez jeune puisqu'il est apparu dans la littérature pour la première fois en 1969. C'est E. ZUCMAN (médecin de réadaptation fonctionnelle) qui utilise le terme de « *polyhandicap* » dans un article sur la guidance parentale dans la revue *Réadaptation*. Avant cela, ces enfants étaient désignés d' « *encéphalopathes* » ou d' « *arriérés profonds* » (40). Depuis, diverses définitions sont apparues.

Le polyhandicap étant un « *concept* », nous retrouverons plusieurs définitions qui sont variables selon l'époque et propre à chaque auteur.

### **I. Définition**

On retrouve la première définition française dans la nouvelle annexe **XXIV ter** (9) qui date de 1989. Le polyhandicap est décrit comme un « *handicap grave à expression multiple, 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 relations* ».

En 1993, le Centre technique national d'études et de recherches sur le handicap et les inadaptations (**CTNERHI**) définit le polyhandicap comme étant une « *association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond (Q.I inférieur à 50), entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée* » (40).

Cette définition prend en compte une population plus large puisqu'elle intègre au polyhandicap le retard mental moyen, de plus, elle montre une des conséquences majeures qui est la dépendance.

Le groupe **polyhandicap France** établit une définition assez complète datant de 2002 : « *Le polyhandicap est une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce, ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter de manière transitoire ou durable des signes de la série autistique* »

De par cette définition, on peut voir que le polyhandicap ne survient pas forcément dès la naissance et qu'il provoque des changements dans divers domaines, accompagnés de troubles associés tels que les traits autistiques.

En 2005 le **CTNERHI** a élargi sa définition. Les progrès médicaux ont permis de voir que le polyhandicap peut survenir à différentes étapes de la vie et qu'il y a donc différentes étiologies.

Il concerne donc les « *enfants et adultes atteints de déficiences graves et durables dues à des causes variées, le plus souvent pré et périnatales, mais aussi acquises, ou liées à des affections progressives, maladies métaboliques et dégénératives, chez lesquels le retard mental, grave ou profond (QI <50) est associé à d'autres troubles, des troubles moteurs et très souvent à d'autres déficiences, entraînant une restriction extrême de leur autonomie, nécessitant à tout âge de la vie un accompagnement permanent et qualifié associant éducation, soins, communication et socialisation.* »

La vision du concept de polyhandicap a bien changé, celle-ci permet à ce jour de prendre en compte les difficultés de ces personnes afin de les accompagner et les soulager tout au long de leur vie. De plus il est important qu'ils gardent une place d'Homme ayant le droit aux soins mais aussi à l'éducation, la socialisation...

Après chacune de ces définitions, nous retiendrons qu'il y a différentes formes de polyhandicap. Cependant, celles-ci ont une origine commune qui est le résultat d'une lésion cérébrale définitive (non progressive ou parfois neurodégénérative) associée à un retard mental sévère ainsi qu'un handicap moteur.

## **II. Epidémiologie**

### **II.1 Prévalence**

Selon l'OMS entre 2013 et 2015, la prévalence du polyhandicap était entre 0.7 et 1.25%, soit 880 nouveaux cas d'enfants polyhandicapés par an.

Le nombre de personnes polyhandicapées de 0 à 20 ans en France est évalué à 19 600 dont 10% de survenue postnatale et 10% dus à des maladies hétéro-dégénératives ou neuro-métaboliques (17).

### **II.2 Longévité**

La prise en compte du handicap et l'amélioration des soins, ont permis l'augmentation de la durée de vie. En effet, l'espérance de vie des personnes polyhandicapées est passée de 43 ans en 2000 à 48 ans en 2010 (16). Cependant, dans 30 % des cas, le décès a lieu avant 30 ans (35). Il est donc important de les accompagner à tout âge de la vie.

### **II.3 Etiologie**

Les causes du polyhandicap sont très variées, mais elles atteignent toutes le système nerveux central. Aujourd'hui, 25 à 30% des causes restent encore **inconnues**.

Ensuite, nous distinguons 3 étiologies différentes :

**Étiologie prénatale** : Dans la majorité des cas (50%), la lésion survient lors de la période prénatale. On retrouve des étiologies vasculaires (AVC prénataux), infectieuses (rubéole, cytomégalovirus), chromosomiques, métaboliques, malformations cérébrales. Cela peut être dû aussi à des intoxications par des médicaments, ou la consommation de drogues et/ou d'alcool pendant la grossesse.

**Étiologie périnatale** : Dans 20% des cas ce sont des causes périnatales liées à des pathologies de l'accouchement (anoxie) ou d'une grande prématurité. Il peut s'agir de dysmaturité, mais également d'encéphalite, d'ictère nucléaire, de méningite.

**Étiologie post natale** : 5% des cas seraient d'origine postnatale, le polyhandicap surviendrait alors à la suite d'un traumatisme, d'une atteinte infectieuse du système nerveux central, d'un syndrome épileptique sévère, d'un arrêt cardiaque, de noyade, d'intoxication au monoxyde de carbone, d'hémorragie, d'œdèmes.

Aujourd'hui, la prévention primaire telle que le traitement de la rubéole permet de réduire le nombre de naissances avec polyhandicap.

### III. Sémiologie

Le polyhandicap se caractérise par l'intrication de deux déficiences « nécessaire au diagnostic », une déficience intellectuelle sévère à profonde et une déficience motrice grave.

#### III.1 Description de la déficience intellectuelle

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la déficience intellectuelle, comme « *un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales* ».

On classe la déficience intellectuelle en fonction du quotient intellectuel (19).

Déficience moyenne	Q.I < 50
Déficience sévère	Q.I < 35
Déficience profonde	Q.I < 20



Selon le DSM V (16), les trois critères suivants doivent être présents pour émettre le diagnostic :

1. Présence de **déficits touchant des fonctions intellectuelles** telles que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage académique et l'apprentissage par expérience.
2. Présence de **déficits du fonctionnement adaptatif** qui entraînent une incapacité pour l'individu à répondre aux exigences développementales et socioculturelles d'indépendance personnelle et de responsabilité sociale. Sans soutien, les déficits d'adaptation limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne tels que la communication, la participation sociale, les habiletés de vie autonome dans divers environnements à domicile, dans le milieu scolaire, au travail ou dans la communauté.
3. Les déficits touchant les habiletés intellectuelles et adaptatives doivent apparaître pendant la **période développementale**.

Le concept même d'intelligence regroupe divers domaines, elle ne s'évalue pas qu'au pourcentage du Q.I. Par conséquent il est important de prendre en compte le versant adaptatif de l'enfant à son environnement.

La déficience intellectuelle entraîne des difficultés dans la vie quotidienne de la personne. On va pouvoir observer des fragilités au niveau des acquisitions mnésiques et du raisonnement. Ces personnes vont manquer de repère, avec des difficultés à la fois au niveau spatial et temporel. Les déficiences moyennes et sévères, sont très souvent associées à une absence de langage verbal ou du moins un langage très limité. La communication passe donc par d'autres canaux qui sont plus ou moins investis selon les personnes et le retentissement de leur polyhandicap.

Le plus souvent, la relation et l'expression passent par la communication non verbale, c'est-à-dire par le corps, les gestes, le tonus, le regard, les mimiques, la posture, les sons. Cependant, leur motricité est elle aussi entravée.

### **III.2 Description de la déficience motrice**

La déficience motrice est une composante omniprésente chez les personnes polyhandicapées. C'est souvent la première chose que l'on voit lors d'une première rencontre, cependant, elles ont des aspects et une gravité très variable.

La déficience motrice est en partie liée à une paralysie ou bien à des difficultés de la régulation tonique. Cette complexité de la régulation du tonus va empêcher le bon développement de la motricité diminuant la qualité et la quantité d'expériences sensorimotrices.

Le tonus est une légère tension à laquelle se trouve normalement soumis tout muscle squelettique à l'état de repos et qui disparaît après section du nerf moteur. Dans le polyhandicap il y peut y avoir différents troubles de cette fonction qui a une incidence sur la motricité.

On peut retrouver les troubles suivants :

- **Dystonie** : c'est une contraction musculaire involontaire à l'origine de mouvements répétitifs de torsion, et/ou de prise de postures anormales. C'est un parasitage du tonus de fond.
- **Spasticité** : c'est l'exagération du réflexe myotatique. Elle empêche la coordination entre le relâchement et la contraction des muscles antagonistes. Cela engendre des raideurs ainsi qu'une faiblesse musculaire.
- **Hypertonie** : c'est l'augmentation exagérée et permanente du tonus, la musculature est fortement contractée.
- **Hypotonie** : c'est l'insuffisance de tonicité musculaire (opposé à l'hypertonie).

Les troubles du tonus engendrent un contrôle moteur anormal avec des difficultés au niveau de la tenue de la tête, du tronc et de la station assise. De plus, de multiples postures vont être difficile à maintenir ou se présenter de façon anormale.

Cette déficience n'engendre pas seulement des troubles de la locomotion, mais aussi du schéma corporel, de la latéralité, de la construction de l'enveloppe corporelle et de son rapport à l'environnement.

De plus, les enfants polyhandicapés peuvent présenter d'autres troubles.

### ***III.3 Troubles sensoriels et sensitifs***

Les troubles sensoriels sont assez courants chez les personnes polyhandicapées et peuvent s'accroître avec l'âge.

Les déficits **visuels** sont très fréquents (environ 40% des sujets). Ils peuvent être liés à de la myopie, l'astigmatisme, le strabisme, les cataractes, les malformations oculaires ou atteintes rétiniennes.

Les déficits **auditifs** sont moins récurrents (environ 25%). L'évaluation de l'audition peut être complexe puisqu'elle suppose la compréhension du sujet. La tolérance des appareillages peut également être difficile.

Les **doubles déficits visuels et auditifs** sont plutôt rares mais ils posent des problèmes particuliers pour la rééducation ainsi que pour la communication.

Les personnes polyhandicapées peuvent présenter des troubles de la **sensibilité cutanée** (hyper ou hypoesthésie). L'hypoesthésie peut être dangereuse puisqu'elle provoque une diminution de la sensibilité à la douleur et à la chaleur.

De plus, d'après A. BULLUNGER, un enfant avec une déficience intellectuelle peut avoir des difficultés à gérer les flux sensoriels.

### **III.4 Atteintes secondaires**

Les personnes polyhandicapées sont fragilisées et sont à risques de cumuler de multiples problèmes médicaux.

#### **III.4.1 Orthopédie**

Les enfants polyhandicapés sont exposés à la survenue de déformations orthopédiques. Celles-ci atteignent préférentiellement le rachis, les hanches et les pieds. On retrouve chez eux, des atteintes au niveau musculo-tendineux, avec des rétractions. Du fait de l'immobilité, de la spasticité, du manque de masse musculaire et du maintien tendineux, les luxations peuvent être fréquentes, surtout au niveau des hanches.

On observe des déformations corporelles qui prennent de l'ampleur avec la croissance. Il y a énormément de déformations de l'axe vertébral telles que des cyphoses, des scolioses. Cela peut engendrer aussi des déformations au niveau thoracique pouvant amener des complications engageant le pronostic vital (respiratoire, végétatif...). La plupart du temps ils ont un accompagnement orthopédique avec port de bottes, de corset, de corset siège, de selle d'abduction ; parfois il est même nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

#### **III.4.2 Alimentation**

Le risque de fausse route est fréquent en conséquence d'une apraxie buccolungofaciale, de paralysie du larynx, de problème de déglutition. Cela peut engendrer un état de dénutrition. C'est pour cela que les établissements proposent des repas adaptés à chacun (haché, mixé, cétogène...). S'il y a des difficultés majeures, il peut être nécessaire d'installer une gastrostomie.

### III.4.3 Digestif

Les troubles digestifs sont importants, avec des troubles de la déglutition et des reflux gastro-oesophagiens. Le reflux étant fréquent chez ces personnes, il a été mis en place au sein de l'établissement dans lequel j'effectue mon stage, des fiches d'informations sur le reflux gastro-oesophagien ainsi que des feuilles à remplir par les professionnels et les parents pour chaque enfant.

Ces feuilles sont à renouveler entre 1 mois et 1 an selon le degré du reflux ou son absence ainsi qu'en fonction du changement de traitement médicamenteux.

### III.4.4 Respiration

Comme cité précédemment, il peut y avoir des difficultés respiratoires, qui peuvent être conséquentes à de l'asthme, à des encombrements pulmonaires, à des fausses routes, à des syndromes musculaires ou bien à des reflux gastro-oesophagiens. C. BARAT (2) montre l'importance de la défaillance respiratoire qui était dans le passé responsable de 50 à 70% des décès de ces enfants.

Avec les progrès et l'accompagnement thérapeutique, ce pourcentage est passé à 30%. Cependant les poumons restent un organe vulnérable.

### III.4.5 Fragilité

L'immobilité peut favoriser l'émergence de toutes ces atteintes. De plus, elle entraîne une fragilisation osseuse, des troubles cutanés (escarres, allergies), ainsi que des douleurs.

### III.4.6 Épilepsie

D'après L. GEAORGES-JANET (14), en 1995, 40 à 50% des personnes polyhandicapées seraient atteintes d'épilepsie. Les formes les plus fréquentes sont l'épilepsie-absence, l'épilepsie myoclonique. Il existe des formes plus rares mais plus sévères tels que le syndrome de West, le syndrome de Lennox-Gastaut, et l'épilepsie sévère secondairement généralisée. Elle peut se présenter sous la forme d'absences, de crises toniques brèves ou bien d'épilepsie avec chute. Elle serait en lien avec la déficience puisque M. CORBETT a montré (9) en 1985 que 6-7 % des personnes polyhandicapés épileptiques avaient un QI supérieur à 50, contre 25 % pour un QI entre 35 et 50, et 50 % pour un QI inférieur à 20. Cela montre que plus la déficience est sévère plus il y a de risques d'épilepsie.

Pour les aider à se stabiliser, ils leur sont prescrits des traitements médicamenteux pouvant à leur tour provoquer des effets secondaires telles que la somnolence, la perturbation des rythmes biologiques.

### III.4.7 Douleur

La douleur est une composante majeure du polyhandicap. Elles sont causées par de nombreux troubles secondaires. On peut parler de 3 types de douleurs qui sont :

- **Viscérales** tels que des troubles respiratoires, des troubles de la déglutition et digestif.
- **Orthopédiques**, qui ont des répercussions sur les os, les articulations, les muscles entraînant des déformations avec des gênes dans les postures et les mouvements associées à des douleurs importantes.
- **Psychiques** tels que des troubles du comportement, des stéréotypies, des automutilations...

De plus, on peut retrouver chez certains une hypersensibilité.

Pour évaluer la douleur, l'E.S.E.S a mis en place la grille San Salvador d'évaluation de la douleur pour enfant polyhandicapé.

### **III.5 Troubles associés**

Face à ses difficultés de communication et ses divers troubles, la personne polyhandicapée va dans la majorité des cas développer des troubles du comportement pour s'adapter à son environnement. Ces troubles du comportement sont souvent associés à des troubles psychopathologiques, tels que des **troubles du spectre de l'autisme**. Ils peuvent présenter des déficits persistants de la communication et des interactions sociales ainsi qu'un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts, avec parfois des particularités sensorielles.

D'après l'INSERM, ils sont fréquents avec une prévalence d'environ 40%. Il est important de savoir s'ils ont une signification pour la personne qui essaie d'interagir avec son environnement.

Tous ces troubles et déficits que nous venons de citer vont avoir des conséquences sur le développement des représentations du corps.

## **IV. Représentations du corps perturbées**

Les troubles des représentations du corps peuvent avoir une origine cérébrale ou non cérébrale. Dans certaines pathologies d'origine cérébrale, si l'hémisphère droit est lésé, alors l'enfant sentira comme une absence ou une non appartenance de l'hémicorps opposé. On peut dans ce cas supposer que cette absence vient perturber à la fois le schéma corporel et l'image du corps.

L'enfant déficient cérébral grave aura des dysfonctionnements dus aux fonctions cérébrales qui ont été endommagées (handicap primaire) et un handicap secondaire engendré par les différents déficits cités précédemment.

Nous allons voir plus précisément les causes et le rôle que ces troubles vont avoir dans la perturbation des représentations du corps.

## ***IV.1 Altération et restriction des expériences affectives***

Les enfants polyhandicapés sont des enfants qui ont été pour beaucoup hospitalisés dès la naissance et de manière répétitive. L'éloignement de la mère et les séjours en couveuse créent une **privation sensitivo-sensorielle et affective**. Cela a des conséquences sur leur psychisme qui n'est pas encore organisé et qui altère sa structuration.

De plus, les relations entre parents et enfants en situation de polyhandicap sont souvent mises à mal, les expériences émotionnelles vécues par les parents peuvent être dures. Le portage d'un enfant en situation de polyhandicap peut être vécu difficilement. L'appareillage peut mettre à distance le portage et les variations toniques telle que l'hypotonie ou l'hypertonie, et peut amener à des ressentis particuliers. Les parents vont essayer de s'ajuster et s'adapter grâce au dialogue tonico-émotionnel qui s'installe. Cependant, ils peuvent avoir la crainte de mal faire, de ne pas être adapté à un enfant qui semble plus fragile que les autres. Ils peuvent avoir des sentiments de honte, de peur, de culpabilité qui malgré eux vont être partagés à l'enfant dans les moments de soins, de portage, de regard partagé lui transmettant un **sentiment d'insécurité**.

Cette relation parent/enfant va demander à l'un et à l'autre de s'ajuster en permanence tout au long de la vie.

Il peut apparaître chez ces enfants des troubles de la relation, de la régulation tonique.

## ***IV.2 Altération et restriction des expériences sensori-motrices***

### IV.2.1 Régulation tonique défaillante et clivage corporel

Il se peut qu'à 3 mois, la tenue de la tête soit difficile. L'enfant ne va pas pouvoir l'orienter, ce qui va engendrer des difficultés pour entrer en communication. Il va par la suite développer des focalisations sensorielles.



Du fait d'une **régulation tonique et émotionnelle non efficaces**, l'enfant va avoir des difficultés pour investir les situations de changement.

De plus, si à une fonction contenante insatisfaisante s'ajoute un trouble de la régulation tonique, l'enfant va construire ce qu'appelle E. BICK (33) une « seconde peau ». Celle-ci permet à l'enfant d'unifier comme il le peut ses parties du corps. Cela peut passer par des **stéréotypies**. Les enfants vont rechercher l'intensité et la répétition de la sensation pour entretenir une image défailante de la continuité de vie. A. BULLINGER prétend que l'agitation de certains enfants répond à l'impossibilité de construire une image du corps stable et permanente.

En effet, d'après lui, les enfants ayant des traits autistiques auraient une **image du corps insuffisamment stabilisée** (4). Ce sont souvent des enfants qui manquent d'un arrière fond tonique et qui sont en recherche de celui-ci permettant d'organiser au mieux l'orientation du corps et son organisation. G. HAAG parle de clivage avant/arrière, il y a un défaut de coordination, le sujet est préoccupé par l'un ou l'autre et n'est pas en capacité d'intégrer ses expériences. Cet arrière fond se construit à partir des sensations tactiles, des flux environnementaux et du dialogue tonico-émotionnel.

Les **difficultés d'intégration des coordinations** ne concernent pas seulement l'avant et l'arrière mais chaque espace. Ces difficultés sont liées au fait que les enfants ne prennent pas exemple sur leur environnement et n'ont pas d'intérêt pour les objets. G. HAAG parle de clivage corporel persistant. Pour se sentir maintenu, l'enfant va développer des capacités compensatoires afin d'avoir une sensation de dur et de douloureux. Il ne pense qu'à ça et n'est donc pas disponible psychologiquement pour ce qu'on lui propose en face.

Pour compenser, certains enfants polyhandicapés présentent un tonus pneumatique. A. BULLINGER dit que cela vient des coordinations des deux hémicorps qui ne peuvent pas se faire. Cependant le blocage de la respiration peut à long terme engendrer des déformations. Il appelle ces techniques de compensation, des « prothèses de rassemblement » puisqu'elles vont permettre de sentir son corps rassemblé et plus ou moins unifié.

Les enfants polyhandicapés sont souvent dans une **hyperextension** et **hypertonie** dorsale, cela diminue l'aptitude à se relâcher, à ressentir et à se mettre en mouvement.

Ils vont aussi avoir des difficultés à se relâcher si leur axe n'est pas ou peu construit. Ils vont avoir tendance à tourner la tête dans un mouvement répétitif, de fléchir les bras devant eux, de saisir leurs mains pour ensuite les écarter. Ils vont compenser « l'absence d'axe » en transférant leur poids de chaque côté. Cela les empêche d'expérimenter dans l'axe, notamment la coordination main/bouche/regard (7) (dont nous avons parlé dans la partie sur le schéma corporel). Cela est pourtant fondamental pour relier les espaces droit et gauche.

#### IV.2.2 Motricité perturbée

Les mouvements de ces enfants sont souvent dysharmonieux, avec une faible organisation et diversification du mouvement. Le vécu corporel peut alors être vécu comme **morcelé**, jouant un effet négatif sur la construction de l'axe.

Les enfants polyhandicapés vont être limités dans leur motricité en partie par leur handicap moteur et par l'appareillage. Seul, leurs possibilités **d'expériences sensori-motrices sont amoindries**. En effet, il y aura une forte diminution de l'exploration et des mouvements. Ils ne pourront donc pas enrichir suffisamment leur vécu corporel.

De plus, le sujet polyhandicapé du fait de ses restrictions motrices aura une pauvreté de stimulation sensorielle.

### IV.2.3 Défaut d'intégration sensorielle

En plus d'une faible stimulation sensorielle, ces enfants ont un défaut d'intégration sensorielle, ils vivent les sensations de manière intense. En effet la régulation de ces flux passe par des **systèmes archaïques**, c'est-à-dire qu'ils ressentent des sensations binaires tel que les couples chaud/froid, dur/mou, agréable/désagréable.

De plus certains ont une hyposensibilité ou hypersensibilité, ce qui joue dans la manière de vivre son corps et ses flux.

D'autres enfants se collent aux sensations, on appelle cela le phénomène adhésivité. À ce moment il n'y a pas de travail psychique et donc pas de perception, ce qui est insuffisant pour la construction corporelle de l'enfant.

### ***IV.3 Endurer son corps***

Ces enfants subissent des agressions dues aux convulsions, aux reflux, aux problèmes respiratoires et aux éventuelles interventions traumatisantes allant d'une « simple » piqure à une opération. Ces interventions sur le corps ne sont pas toujours accompagnées de paroles les aidant à donner du sens à leurs ressentis et à leur probable changement. De plus, la répétition des actions médicales peut entraver la prise de conscience de leur existence et d'éprouver un sentiment de continuité d'être qui est pourtant indispensable pour la maturation psychique.

Du fait de ses difficultés à communiquer, à entrer en relation, il est délicat de savoir quelle image l'enfant polyhandicapé a de son corps. Mais nous pouvons dire que les enfants polyhandicapés vont avoir des difficultés dans la représentation de leur corps, puisque l'image qu'un miroir leur reflète n'est pas vu comme leur propre image de soi, ils ne sont **pas assez individués**.

De plus, l'image du corps peut être altérée par les différents états d'hypertonie, d'accrochage, de raidissement. Nous pouvons supposer que le corps douloureux et difficile à mouvoir est un corps dit « subi ».

Les petites douleurs contribuent à l'élaboration du schéma corporel, elles ont des conséquences dans l'organisation de nos déplacements. Cependant, la douleur chronique peut être délétère chez les personnes polyhandicapées.

Elle va dissimuler les autres signaux de la sensibilité profonde et désorganiser la coordination entre ces derniers et les flux sensoriels. On peut dire que la douleur a un **effet désorganisateur sur la proprioception.**

## **Conclusion**

L'altération des représentations du corps comprend différentes causes liant handicap primaire et secondaire. À cela s'ajoute un contexte environnemental pouvant soutenir le développement de ces représentations ou au contraire parfois inconsciemment défavoriser celui-ci.

Malgré les « impossibilités et incompétences » de l'enfant polyhandicapé, la psychomotricienne et l'équipe pluridisciplinaire s'appuient avant tout sur les compétences et potentialités de l'enfant afin de le soutenir dans son développement et dans son individuation.

L'enfant nous fait voir sa représentation corporelle et ceci par l'observation fine. C'est-à-dire que nous allons être attentif à son tonus, sa motricité, son regard, les expressions de son visage, l'utilisation de son corps dans l'espace, l'utilisation des objets, l'investissement de son corps, de l'autre...

Dans la partie suivante nous allons parler de l'eau, de son utilisation en psychomotricité notamment dans l'évolution des représentations du corps chez l'enfant polyhandicapé.

## **C.Eau et psychomotricité**

### **I. L'eau**

#### ***I.1 L'eau dans la vie quotidienne***

L'eau est une molécule composée de deux atomes d'hydrogène et un d'oxygène. (H<sub>2</sub>O). Celle-ci est indispensable sur Terre, pour la survie de tous les organismes vivants. On la retrouve le plus souvent dans son état liquide, mais celui-ci peut être variable (solide, gazeux).

Elle se retrouve en grande partie dans le corps humain qui est composé à 65% d'eau chez l'adulte voir à 94% chez les embryons.

L'embryon lui se développe tout au long de la grossesse dans la cavité utérine « remplie » de liquide amniotique. Le liquide amniotique constitue notre premier lieu de vie qui baigne et berce le fœtus. Il se compose principalement d'eau et d'électrolytes. Il faut s'attendre à ce que les sensations associées à l'état de flottaison dans le milieu aquatique laissent des traces au niveau mnésique.

#### ***I.2 Les caractéristiques de l'eau***

L'eau est décrite comme ayant des caractéristiques physiques différentes de l'air. Il faut savoir que tout corps immergé est soumis à deux forces opposées qui sont le principe d'Archimède et la pesanteur.

- **La pesanteur** est la « *résultante des accélérations exercées sur les diverses parties d'un corps au repos à la surface de la Terre* » (Larousse). C'est une force qui dépend de la masse du sujet et du milieu environnant, elle s'applique vers le bas.

- La poussée **d'Archimède** est le fait que « *Tout corps plongé dans un fluide éprouve une poussée verticale, dirigée de bas en haut, égale au poids du fluide qu'il déplace et appliquée au centre de gravité du fluide déplacé, ou centre de poussée* » (Larousse). Il n'est présent que dans le milieu liquidien, sa force est dirigée vers le haut.

De plus l'eau possède :

- Une **pression hydrostatique** c'est la pression exercée par l'eau sur le corps immergé. Elle varie en fonction de la profondeur.
- La **résistance hydrodynamique** est la résistance de l'eau sur les mouvements du corps exerçant une force contraire amenant à un ralentissement du mouvement.
- Une **température** variable avec des effets physiologiques. Lorsque que l'eau est froide on observera une vasoconstriction, avec une diminution du rythme cardiaque, une contraction musculaire, une certaine pâleur. Alors que l'eau chaude à des effets inverses, ce sera une vasodilatation, avec une augmentation du rythme cardiaque, ainsi qu'un relâchement musculaire.

### ***1.3 Un médium malléable***

L'eau a de nombreuses propriétés. C. POTEL reprend les termes de R. ROUSILLON (qui a redéfini le concept de médium malléable de M. MILNER) pour décrire l'eau comme un médium malléable (31).

Il donne les cinq propriétés suivantes pour la définir :

- **Disponibilité**, elle est là, présente, on peut la voir, la toucher. Dans le bassin, il suffit d'ouvrir le robinet pour avoir de l'eau.
- Indéfinie **transformation**, elle prend forme dans différents contenants avec une possibilité infinie de manipulation.
- **Indestructibilité**, on peut la frapper elle ne s'altère pas. L'enfant peut exprimer son agressivité ou bien aller au contact de quelque chose de dur sans risque majeur. « *Même si elle ne conserve pas par elle-même les formes et si elle a besoin de l'apport d'un objet extérieur pour conserver celles-ci, elle est indestructible* » R. ROUSSILLON (34).
- Extrême **sensibilité**, elle réagit au moindre de nos mouvements, de plus, elle prolonge le mouvement par l'écho et crée une trace. Lorsque que le contact semble difficile, l'eau peut permettre d'entrer en relation en partant d'un mouvement d'une personne allant jusqu'à son partenaire.
- **Caractère vivant**, on dit quelle à une animation propre puisqu'elle touche, elle caresse, elle enveloppe...

De plus, elle a la particularité d'être visible, palpable et de varier dans sa température.

Pour R. ROUSSILLON ces objets malléables vont nous renseigner sur la relation du sujet à lui-même, sur le niveau de conscience qu'il a de lui et de son « monde interne ». Nous allons donc voir comment il est possible de s'en servir à travers différentes médiations.

## **II. Diverses médiations**

Le mot « *médiation* » vient du latin « *mediare* » qui signifie « *être au milieu de, s'interposer* ». La médiation a pour but de servir d'intermédiaire entre au moins deux personnes. Elle va pouvoir à la fois installer une distance physique en introduisant un tiers entre deux personnes mais aussi crée du lien par l'activité ludique.

Les activités en milieu aquatique sont des pratiques assez fréquentes et anciennes. Le psychomotricien a une approche particulière de l'eau, qu'il considère comme une médiation rééducative et thérapeutique. On parle de l'eau comme un « tiers » qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre. D. WINNICOTT parle « d'espace intermédiaire d'expérience ». C'est une espace de jeu qui va permettre de médiatiser la relation et inscrire un espace donné avec certaines particularités comme celles du milieu aquatique que nous allons voir.

Le but du choix de la médiation est de proposer un espace d'expression dans lequel les sensations et les perceptions pourront s'organiser et pourront aider à transformer les éprouvés en représentations.

Comme j'ai pu en parler dans les paragraphes précédents, l'eau a de nombreuses caractéristiques et propriétés. Ces dernières sont variables selon le lieu de l'activité et nos intentions de prise en charge.

### **II.1 Différents projets**

Il existe différents types de projets selon les objectifs des séances du psychomotricien et de son patient. Il va y avoir des projets plutôt relationnels, de socialisation, de rééducation ou de relaxation. Ceux-ci peuvent s'entremêler dans un même espace-temps.

Selon le projet choisit la température va varier. Il faut savoir si on cherche à détendre ou à dynamiser. Par conséquent la tonicité impliquée sera différente. Si le but de la séance est de se relaxer, on va plutôt privilégier l'activité en eaux chaudes.



Pour les activités dynamiques et sportives il est préférable que l'eau soit plutôt inférieure à 30 degrés.

Dans le cadre de mon mémoire et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, avec mobilité réduite, il est conseillé de faire un travail en eau chaude puisque celle-ci modifie l'état de tension des muscles par la détente.

## **II.2 Divers espaces**

L'accompagnement de patients par la médiation « eau » est assez variable. Il est possible d'utiliser cette approche par la piscine, la balnéothérapie, le bain thérapeutique, ou encore la pataugeoire.

### II.2.1 Piscine

La piscine se trouve souvent à l'extérieur de l'établissement. Cela permet pour les patients de sortir, d'avoir un contact avec l'extérieur et d'être en dehors de la structure. La médiation piscine est très souvent proposée à des groupes afin de favoriser les relations.

C. POTEL dit que « *le groupe implique des règles de socialisation qui créent des effets de contenance : limite à la fusion, aux débordements, aux mouvements trop agressifs* » (31).

Il est important de poser des limites pour créer une structure organisatrice. En plus des capacités de socialisation, la piscine va permettre le développement des capacités d'adaptation en milieu aquatique, de développer la motricité et l'aisance corporelle, de ressentir un plaisir sensori-moteur, de travailler autour des représentations du corps, de la contenance et de l'équilibre. Le projet de natation est d'amener l'enfant vers le plaisir et l'autonomie (5).

### II.2.2 Balnéothérapie

La balnéothérapie est composée d'un bassin d'eau chaude de grandeur variable selon les établissements. L'eau atteint une température d'environ 34 degrés qui apporte des vertus antalgiques, décontracturantes, inhibitrices de la spasticité (21). Il est possible de faire des séances en groupe mais aussi individuelles.

La balnéothérapie est un espace hypo-stimulant privilégié. Il permet d'avoir un environnement sécurisé et disponible à l'écoute de ses sensations, et de l'environnement. Ce type de médiation va être centré sur la détente, l'exploration, la découverte de sensation, l'enveloppement, accompagner d'un plaisir sensori-moteur.

Les indications en balnéothérapie peuvent intéresser différentes pathologies avec des objectifs spécifiques en fonction du public et de la population. Celle des enfants polyhandicapés nous intéresse principalement dans ce mémoire.

### II.2.3 Bain thérapeutique

Le bain thérapeutique est une grande baignoire remplie d'eau chaude. À la différence des précédentes espaces, les séances en bain thérapeutique ne se font qu'en individuel. Du fait de sa taille, la baignoire est un espace plus réduit et donc plus contenant. Le bain permet de diminuer la douleur par son effet décontracturant et de réduire l'anxiété. On retrouve comme en balnéothérapie un environnement hypo-stimulant, cependant le volume d'eau n'est pas le même, il peut être plus important en balnéothérapie. L'hypostimulation et la relation duelle peuvent faciliter l'échange.

### II.2.4 Pataugeoire

La pataugeoire est une médiation qui utilise l'eau dans le but de favoriser l'accès aux représentations internes. Elle se constitue d'un espace sec pour le déshabillage et la place de l'observateur ainsi qu'un espace mouillé. L'espace mouillé est constitué d'une pataugeoire avec un peu d'eau, d'un miroir, d'un tuyau, d'objets comme des seaux, des gobelets, des pichets.

Ces objets permettent de transvaser et d'intégrer les notions de dedans et dehors de contenance, de plus ils peuvent permettre pour certains enfants de jouer « à faire semblant ».

*« [Le soin pataugeoire a pour but de soutenir le développement psychomoteur si spécifique des enfants en difficulté pour symboliser leurs expériences corporelles et interpersonnelles.]...[un soin au cours duquel on s'occupe du corps]...[on travaille ensemble]...[ pour apprendre à jouer de façon commune] ». A.M. Latour (22).*

La prise en charge en psychomotricité en pataugeoire est indiquée pour des enfants présentant des retards ou des défauts de structuration de la personnalité, des troubles relationnels, des immaturités psychoaffectives, des troubles autistiques et psychotiques.

### **III. Indications et contre-indications**

#### ***III.1 Indications***

Il n'y a pas d'indications particulières en termes de trouble psychomoteur. Néanmoins il est obligatoire d'avoir l'avis et la prescription du médecin avant toute prise en charge. Après accord du médecin, les indications dépendront de l'histoire du patient, de ses besoins. De plus, elles vont varier en fonction du projet thérapeutique qui amènera aussi au choix de la médiation appropriée. Cependant il y a quelques contre indications qui pourraient mettre en danger le patient.

#### ***III.2 Contres indications***

Les otites, les cardiopathies, certaines formes d'épilepsies et certaines maladies de peau ainsi que les patients incontinents et encoprétiques (risque de propagation microbienne) sont des contre indications à ces médiations.

De plus il est important que l'enfant ait fait sa 2<sup>e</sup> vaccination DR polio avant d'aller en piscine. Les séances dans l'eau peuvent être contre-indiquées sur une courte période si l'enfant est malade.

#### **IV. Intérêts de la médiation eau en psychomotricité avec des enfants polyhandicapés**

La médiation aquatique n'est pas réservée à une profession particulière. D'autres professionnels l'utilisent dans leurs pratiques avec des buts différents. Je vais donc, à l'aide de mes recherches et de mes éléments cliniques, comprendre les principaux intérêts de l'utilisation de l'eau en psychomotricité avec des enfants polyhandicapés.

Après ces 5 mois de stage, j'ai pu mettre en évidence les particularités de la médiation eau et ses effets sur le corps et donc par la suite sur les représentations du corps. En parlant de ces effets nous passerons par les concepts fondamentaux de la psychomotricité tel que le tonus et le schéma corporel, mais aussi nous verrons aussi l'importance de la place du psychomotricien dans la relation.

Les séances dans l'eau permettent de travailler sur diverses composantes. En effet, P. FERNANDEZ (12) prétend que le corps mobilise différents registres qui sont indissociables :

- La composante relationnelle du fait que le corps se développe dans et par une interaction de désir avec l'autre, cette dimension étant réactualisée dans la situation d'accompagnement.

- La composante psychique qui inclut l'activité représentative et la charge affective et émotionnelle investie dans le corps et la situation.

- La composante organique et fonctionnelle qui permet d'agir et de développer des façons de se mouvoir dans l'élément.

## **IV.1 Accompagnement du psychomotricien**

### IV.1.1 La place du psychomotricien

Le psychomotricien doit être impliqué tout au long des séances, il est là comme appui, comme soutien à la fois physique et psychique. Il est également **garant du cadre**. L'eau est un milieu attractif, cependant il reste générateur d'inquiétude pour certains. Si l'accompagnement n'est pas sécurisé cela peut rendre la situation complexe pour l'enfant ; le psychomotricien doit s'ajuster et rendre l'eau opérante.

Chacun a une histoire personnelle avec l'eau, il est donc important que le professionnel soit conscient de ce qu'il vit lui-même dans l'eau (avec son corps, ses émotions), pour pouvoir accompagner une autre personne.

De plus, avec certains enfants polyhandicapés, il est nécessaire de rester en contact et de les maintenir physiquement puisque leur régulation tonique ne leur permette pas de rester seul dans l'eau et que les lâcher pourrait les mettre en danger.

L'accompagnant doit être disponible pour présenter des qualités de présence et de portage. Il est important de porter la personne sans l'agripper, la soutenir sans la tenir, la suivre sans la diriger afin de favoriser les mouvements de découvertes. De plus, si le portage est tendu cela pourrait renforcer les angoisses que le milieu aquatique réactive du fait de son caractère ambivalent. Dans les situations de portage, tout notre corps est impliqué, il transmet les affects, les intentions, les peurs et les tensions que l'autre peut ressentir directement.

La présence et l'attitude corporelle, le regard, la voix, le toucher offerts par le soignant sont d'une grande importance. Ils amènent l'enfant à établir des liens émotionnels qui lui permettront d'être rassurée et favoriseront sa sécurité de base. Il faut veiller à être **disponible et attentif à la communication non verbale**, c'est par son tonus, son regard, ses vocalises, ses mimiques, ses gestes, sa respiration... que la personne polyhandicapée nous renseigne sur ses envies, son vécu, ses émotions. C'est par ces capacités que va se créer la relation.

#### IV.1.2 La relation

C'est à travers le corps à corps, le peau à peau, que la personne polyhandicapée va « vivre l'eau ». L'eau représente un médiateur très intéressant du point de vue relationnel. En effet, elle est reconnue comme étant un élément facilitateur de relation avec des personnes porteuses d'un handicap moteur. C'est un milieu qui peut facilement **amener au jeu et à l'interaction**, que ce soit entre des enfants ou avec un soignant. L'eau n'est pas seulement facilitatrice d'un travail corporel, elle est également utilisée comme support, intermédiaire dans la relation. Elle a ce rôle de tiers.

Cette relation installe aussi un échange qu'il soit verbal ou non. C'est un temps privilégié entre deux personnes qui peuvent mettre en place des rituels.

*Lorsque nous sommes dans la salle de balnéothérapie, Ilan fredonne la chanson des petits poissons, chanson que l'éducatrice spécialisée qui l'accompagne chante lorsqu'ils sont dans l'eau. C'est un rituel qu'ils ont installé entre eux, qui montre qu'Ilan est impliqué dans la relation et qu'il reconnaît les lieux en chantonnant de lui-même avant et après le temps passé dans l'eau.*

Dans l'eau, le sentiment de solitude peut venir s'accroître du fait de la perte de repère terrestre habituel. Le contact, le portage peuvent être l'occasion de remettre en jeu les **processus primaires de la relation** entre l'enfant et le psychomotricien. De plus, les situations de proximité corporelle dans le portage vont permettre d'aider à la construction psychocorporelle.

Au-delà du corporel, le psychomotricien va devoir être dans un accompagnement verbal.

### IV.1.3 La verbalisation

Dans l'eau, l'enfant va vivre de nouvelles expériences, le psychomotricien va pouvoir partager le vécu agréable ou désagréable de la personne, il va pouvoir faire **le lien entre ses sensations, ses réactions et ses émotions**. La mise en mots aide l'enfant dans les nouvelles découvertes de son corps alors qu'il ne saurait les reconnaître ou les nommer. Il est nécessaire de nommer les sensations tonico-émotionnelles, les repères spatiaux, les découvertes des variations binaires (froid/chaud, dur/mou...), que l'eau amène afin de lui faire prendre conscience et d'intérioriser ces notions. Il faut pouvoir donner du sens à ce qu'il vit. La mise en mots d'une situation vécue dans l'instant permet à l'enfant de mémoriser et d'enrichir une perception. Elle va aussi accompagner le passage de la perception à la représentation.

P. LAFFORGUES conçoit que tout travail thérapeutique contenant fonctionne comme une relation maternante. Le bassin thérapeutique semble fonctionner ainsi puisque l'eau éveille l'attention, l'intérêt de l'enfant et que l'espace et le matériel proposés avec la verbalisation du soignant permettent de « mater » en détoxifiant les angoisses archaïques. On peut faire référence au concept de la fonction alpha de W. BION que nous avons vue au début. BION parle de détoxification qui passe à la fois par des activités de maternage et de parole. On peut dans cette situation, faire le rapprochement avec l'approche du psychomotricien. **Le psychomotricien pourra assurer cette fonction de contenance et de pare-excitation pour étayer la pensée sur le vécu corporel et ces expériences dans l'eau.**

C'est la mise en mots, la réflexion et l'analyse qui donne sens à notre pratique et à la qualité de la médiation. La médiation eau sans le psychomotricien n'a plus la même spécificité.

## **IV.2 Eau et vécu psychique**

### IV.2.1 La subjectivité de l'eau

Chacun de nous a une histoire personnelle et particulière avec l'eau. Les vécus intimes sont différents des uns des autres selon nos expériences de vie. Ce que vit le psychomotricien ne sera pas la même chose que ce que vit le patient. Il est important de ne pas projeter sur l'autre nos propres ressentis et d'écouter, observer ce que l'autre peut ressentir de cette situation. Cet aspect subjectif varie et est en perpétuel remaniement selon les nouvelles expériences et en fonction de chaque vécu.

Pour certain, l'eau va être ressentie comme une enveloppe rassurante et porteuse, pour d'autres ce sera une substance inquiétante et pénétrante. Cela pose la question d'une enveloppe corporelle encore non unifiée laissant « rentrer » l'eau par les orifices de l'enfant. L'eau est vécue à ce moment-là comme une angoisse d'intrusion.

**L'eau a un côté ambivalent.** C'est-à-dire que pour certains, elle sera associée au plaisir, au jeu, à la détente, mais pour d'autres ce sera lié à l'angoisse, la peur, l'inconnu, comme si l'eau « attaquait » le corps pour y pénétrer.

Il existe diverses angoisses liées à ce vécu corporel telles que l'angoisse d'étouffement, l'angoisse de pénétration, l'angoisse de dilution ou encore celle de dissociation.

Lorsque les limites du corps se construisent, que le dedans et le dehors commencent à être intégrés, l'eau peut être vécue comme support de jeu, d'exploration et de projection.

### IV.2.2 La fonction de surface de projection

L'eau va avoir un intérêt dans la projection des sentiments. Elle va permettre de mettre en évidence l'état émotionnel et psychique du sujet. Les expérimentations de l'enfant sont en lien avec l'investissement de son propre corps. Il va pouvoir par le jeu, trouver une solution ou une réponse à ses problématiques qui peuvent être non conscientes.



### IV.2.3 La régression

L'eau est un élément qui va venir favoriser la régression de par son enveloppement et sa contenance. La régression correspond à la modification d'un comportement habituel dans une situation donnée en un comportement caractéristique d'un stade de développement antérieur déjà acquis dans le passé. L'eau va permettre de réactualiser le rapport de l'enfant avec le monde liquide des eaux maternelles. Cela renvoie au liquide amniotique, mais aussi à la naissance ou bien aux soins apportés au nourrisson lors du bain, de la tétée.

### ***IV.3 Eau génératrice de sensations et d'expériences sensori-motrices***

La médiation eau va avoir un apport au niveau des représentations du corps. Comme nous l'avons vu précédemment, les représentations du corps vont se développer en partie en fonction des sensations. J'ai donc décrit l'extéroception, la proprioception et l'intéroception, en référence à la partie A.I afin d'apporter plus de clarté et de liaison entre mes propos.

L'eau au contact notre corps va offrir de nombreuses stimulations du fait des multiples récepteurs sensoriels présents sur le corps humain. L'eau apporte une certaine originalité ou nouveauté dans les sensations ressenties. Toutes les sensations sont différentes du milieu aérien, les propriétés physiques de l'eau amènent la personne à réorganiser ses repères. Il faut donc modifier nos habitudes et trouver une tout autre forme d'adaptation.

De ce fait, le sujet va porter une attention particulière à son corps et avec l'aide du psychomotricien, il va pouvoir cheminer vers une prise de conscience corporelle.

### IV.3.1 L'extéroception

Les transmissions des influx extéroceptifs sont à l'origine de sensations et de régulations motrices conscientes et inconscientes. Dans l'eau de nombreux flux vont venir stimuler notre organisme.

- **Le tact**

L'eau sculpte le corps, elle va modeler le corps de façon dynamique et matérialise ainsi une enveloppe contenant. Elle est vécue comme enveloppe corporelle car elle contient le corps dans son entier et son unité.

L'eau masse, nous touche, elle permet de mieux sentir les limites de son corps. La pression hydrostatique permet de stimuler toutes les parties du corps immergées. De plus elle va exercer une force sur le corps qui permet de ressentir les contours de sa peau et donc les limites, favorisant la sensation d'enveloppe corporelle.

Lorsque l'on va créer du mouvement, l'eau va s'agiter et ainsi créer des effets de chatouillement en stimulant la peau. Le mouvement amène à un massage du corps enrichissant son vécu sensitif.

La vitesse de ce mouvement induit proportionnellement une résistance hydrodynamique apportant un facteur de contenance.

Cette contenance, permet un travail autour de la notion de 2<sup>e</sup> peau. D. ANZIEU donne huit fonctions du moi-peau que nous avons vues auparavant. La deuxième est celle de la contenance. L'eau crée comme une deuxième couche mettant en évidence la fonction de la 1<sup>ère</sup> qui est la peau. Cette « 2<sup>ème</sup> peau » apporte à la fois de la contenance mais aussi une cohérence pour les enfants qui n'auraient pas de corps propre symbolisé et une enveloppe assez construite.

Beaucoup d'enfants polyhandicapés en sont à un premier sentiment d'enveloppe. Le psychomotricien va pouvoir les accompagner dans un portage à la fois physique et psychique (holding) qui sera facilité par l'eau, amenant à un sentiment de sécurité interne.

Lorsque nous sommes immergés dans l'eau, au moins jusqu'au ventre, voir jusqu'au cou, notre respiration va être différente. En effet, l'eau va créer une pression sur le ventre et sur la cage thoracique. Du fait de la résistance au mouvement, nous allons avoir plus de difficultés dans l'amplitude de la respiration. Nous devons l'adapter, elle sera alors plus maîtrisée et plus conscientisée. La personne va être très attentive à cette tension vitale par le rythme, l'intensité, le souffle et les sensations que cela lui procure.

**On peut en conclure que l'homme au contact de l'eau peut ressentir une forme d'enveloppe et de contenance supérieur à ce qu'il perçoit habituellement.**

Certains enfants polyhandicapés vont se servir du contact de l'eau comme fonction de remplissage. Leur corps n'étant encore unifié et sécurisé il leur est important de venir « boucher les trous ».

*Dès l'arrivée dans le bassin, l'enfant part en direction du pommeau de douche. Il met la pression au maximum pour ensuite arroser et remplir sa bouche. Il laisse couler sans l'avaler, ce qui montre la notion de perméabilité de son corps.*

*Une fois, l'eau est passée par hasard sur son oreille gauche, ensuite il a lui seul reproduit plusieurs fois le mouvement afin de garder le jet sur cette oreille. On retrouve ce « jeu » de remplissage à chaque séance.*

Dans le bassin, l'enfant va avoir la possibilité d'avaler l'eau de la faire rentrer à l'intérieur de soi. Cette action symbolise le rapport entre le dedans et le dehors, de même que les activités de transvasement permettent cette symbolisation et l'intégration des notions de contenant/contenu.

*« Quand le corps commence à se construire, le moment où l'enveloppe et la consistance s'intriquent peu à peu, on verra l'enfant apprécier s'arroser la peau » A.M LATOUR (22)*

L'enfant peut s'arroser, faire couler de l'eau sur son corps. Il rapproche ses sensations tactiles à ce qu'il voit. Il peut frapper l'eau, la caresser, éclabousser, la laisser passer entre ses doigts, découvrir et vérifier l'imperméabilité du corps. Si le pommeau de douche est à la disposition de l'enfant, il est alors possible de varier la pression qui permettra de stimuler plus ou moins les récepteurs du corps.

*Ilan explore les différentes possibilités de pression de l'eau. Tout d'abord fort, puis léger, puis plus rien. Quelques séances plus tard le mitigeur du bassin est changé, la pression est moins forte, cependant Ilan cherche à retrouver la pression qu'il avait auparavant. Celle-ci ne semble pas assez forte pour lui et ne lui procure pas les mêmes sensations.*

- **La vue**

Le regard constitue une grande part de l'interaction entre deux individus. C'est un canal de communication qui selon POTEL est « *le premier sens organisateur de la relation pour l'enfant* » (31). Il peut induire la communication ou au contraire le rompre.

*Le regard de chacun des enfants présents en séance est différent. Lorsque nous sommes dans l'eau Émilie adresse très peu de regard, Arthur au contraire va communiquer principalement par le regard pour s'adresser à nous. Alors qu' Ilan nous échangera de temps en temps des regards afin de nous montrer ce qu'il fait. Il sera capable de se tourner vers chacun d'entre nous, que nous soyons à l'intérieur du bassin ou à l'extérieur en tant qu'observateur.*

La vue va permettre à l'enfant de se repérer dans l'espace, ou du moins analyser ce qui l'entoure. Il va pouvoir observer l'environnement qui comporte ici un bassin, des fenêtres, certains détails comme des trous.

*Ilan est fortement intéressé par les trous présents dans le bassin. En effet il a pu constater, le trou d'évacuation de l'eau qu'il explore avec les mains, un trou dans le mur laissant passer un peu de lumière ainsi que les petits trous du pommeau de douche laissant couler l'eau. Il les observe, les touche mais ne reste pas focalisé dessus. Ilan semble intrigué par cette notion de trou que ce soit les siens comme nous avons pu le voir dans une vignette clinique précédente ou dans son environnement.*

Cet environnement ne sera pas forcément très bien analysé chez certains enfants polyhandicapés pour qui la vue est entravée.

L'enfant va pouvoir voir ses propres mouvements dans l'eau, il va pouvoir faire le lien entre ce qu'il voit et ce qu'il ressent. Par exemple le fait de sentir ses jambes flotter dans l'eau peut être nouveau et créer des sensations encore inexplorées. Il pourra à ce moment voir ses jambes qui ne touchent plus le sol et ainsi faire le lien entre ses sensations et une situation qu'il pourra s'il le souhaite reproduire.

De plus, il va pouvoir observer le psychomotricien qui l'accompagne et qui par son imitation ou sa gestuelle va l'aider dans l'intégration de sa construction corporelle. Le psychomotricien en miroir va pouvoir renvoyer l'image de ce que fait l'enfant et des conséquences que cela produit sur lui-même et son environnement.

L'eau bouge à chaque variation aussi minime qu'elle soit. Elle va stimuler le champ visuel, et intriguer l'enfant qui observe sa surface. Le fait de bouger dans l'eau va créer des vagues, le fait de taper dessus va venir éclabousser. En plus des variations d'état, de forme de l'eau, elle va être capable d'attirer l'attention par les signaux lumineux qui forment des reflets à sa surface. Le regard peut être capté par les scintillements.

- **L'ouïe**

L'ouïe va permettre de se repérer dans l'espace, en partie grâce à la diffusion du son. Selon l'espace utilisé, il y aura plus ou moins de résonance. Cela va renseigner la personne sur l'environnement qui l'entoure.

L'audition influence l'attitude et la posture à adopter par rapport à autrui. Face à un son bref, fort, il peut y avoir des réactions corporelles tel que le sursaut avec l'accélération du rythme cardiaque. Le psychomotricien va pouvoir observer si l'enfant oriente son regard selon le bruit qu'il a entendu, cela a un impact important dans la relation et dans la compréhension du jeune polyhandicapé à son environnement.

Notre peau au contact de l'eau va produire des sons. Plus le geste sera brusque plus l'intensité du son sera importante. Cela peut donner envie par la stimulation auditive de recommencer à mobiliser son corps et d'entrer en contact avec l'eau. Les éclaboussures, les gouttes qui tombent sur l'eau peuvent créer de légers sons que nous pourrions distinguer dans ce milieu hypo-stimulant.

*Ilan joue avec le pommeau de douche. Il est attentif au son des gouttes qui tombent sur l'eau du bassin, ensuite il place le pommeau dans l'eau afin d'écouter la différence. Il expérimente les différents effets sonores entre l'intérieur et l'extérieur de l'eau.*

Si l'enfant met la tête sous l'eau (ce que je n'ai pas observé chez les enfants polyhandicapés que j'ai suivis au cours de ces 5 mois), le son sera différent, comme assourdi. De plus, il va créer des vibrations et résonner dans son corps.

#### IV.3.2 La proprioception

- **Le tonus**

Dans le milieu aquatique nous allons observer une réorganisation tonique. Les expressions vont être modifiées entre autres par la température de l'eau. Comme nous l'avons dit précédemment l'immersion en eau chaude va permettre une décontraction et donc une baisse du tonus. Chez ces personnes polyhandicapées, le tonus est très souvent important avec une régulation anormale de celui-ci. Cela peut venir les apaiser et libérer leur motricité qui est parasitée (23). La détente par la baisse du tonus permet une organisation praxique plus harmonieuse.

Lors de mouvements aussi minimes soient-ils, la résistance hydrodynamique, elle, va stimuler les capteurs extéroceptifs qui vont ainsi entraîner une contraction musculaire impliquant le déclenchement d'informations proprioceptives. Cela va permettre d'intégrer de nouvelles informations sur la spatialité et de notre rapport au corps et à l'environnement.

Le milieu aquatique concrétise nos gestes et aide à leur perception et à la prise de conscience de notre état tonique.

Parmi les enfants de l'E.S.E.S, on remarque beaucoup de troubles du tonus notamment d'hypertonie ou d'hypotonie. L'eau peut être un bon élément dans l'aide à la gestion du contrôle tonique en relation avec le psychomotricien.

- **Le mouvement**

Nous avons vu que la diminution du tonus permet de libérer la motricité, de plus, les expériences vont être majorées par la pesanteur.

L'eau porte, elle permet l'allègement du poids. Cet allègement facilite à son tour le mouvement et apporte des sensations inexplorées. Grâce aux caractéristiques que l'on a vues précédemment, l'eau est capable d'accompagner le mouvement dans la fluidité et dans la légèreté. L'enfant polyhandicapé peut se sentir plus léger, mais aussi être soulagé du « poids » de son handicap offrant une plus grande mobilité et variabilité de mouvement.

*Ilan et Arthur se laissent porter par l'eau. Sur le dos et/ou le ventre, tous deux prennent appui avec leurs mains sur le sol et laissent leurs jambes tendues flotter.*

La densité de l'eau oppose une résistance permettant d'atténuer les gestes parasites. La sensation d'être libéré momentanément du handicap peut amener à des activités favorisant le plaisir sensorimoteur. De plus elle va permettre à la personne limitée dans sa motricité d'être acteur et de maîtriser davantage son environnement.

C'est un milieu privilégié qui favorise le développement psychomoteur. Le psychomotricien va pouvoir aider et accompagner la découverte de mouvement et de leurs effets sur cet environnement qui est l'eau. Il n'y a pas de réussite à attendre ou à exiger, nous ne sommes pas dans la performance mais dans la découverte et l'enrichissement des sensations.

- **Le positionnement corporel**

L'habitude de l'être humain est d'être dans le référentiel terrestre avec une certaine gravité. Notre développement se fait en fonction de celui-ci, de plus, nous prenons des habitudes de vie. Lorsque nous entrons dans l'eau notre référentiel change. Il y a des modifications au niveau neurologique, vestibulaires qui prennent le pas sur le référentiel habituel. Le système labyrinthique donne des réponses tonico-posturales différentes qui induisent des réactions posturales différentes du milieu aérien (15). Il va y avoir de nouvelles expériences, de nouvelles explorations avec une réélaboration de la proprioception en actualisant les limites entre l'espace interne et externe.

Grâce au principe d'Archimède, l'eau permet de travailler sur la verticalité. Avec l'allègement du poids du corps, il est plus simple pour des personnes en difficulté de pousser sur leurs jambes ou de maintenir la position assise et de tenir leur axe à la verticale.

- **L'équilibre**

L'eau provoque des déséquilibres par sa densité et sa faible pesanteur. Les situations de déséquilibre, d'équilibre pourront être expérimentés par l'alternance des appuis et de la variation du tonus musculaire.

La portance de l'eau a comme effet de remettre en jeu le contrôle du corps en mouvement puisque son rapport à l'équilibre est perturbé (12).

Il y a des ajustements posturaux permanents qui permettent de maintenir cet équilibre et qui vont passer par différents canaux (visuel, vestibulaire).



Ce déséquilibre peut être vécu de manière positive ou négative, il peut permettre le jeu autour du plaisir de se laisser aller au déséquilibre en toute sécurité.

*Arthur s’amuse à tomber sur les fesses. Il se met debout, nous regarde et bascule son bassin en arrière afin de perdre l’équilibre et de tomber dans l’eau. Il se relève immédiatement pour recommencer de nouveau. Arthur est un petit garçon qui marche mais qui chute souvent par perte d’équilibre. Ici il se laisse aller à la pesanteur sans en avoir peur.*

La contenance de l’eau permet une expérimentation d’activités plutôt inhabituelles qui seront ici sans dangerosité majeure, la chute est plus lente et se trouve amortie.

- **Déplacement**

L’eau va dynamiser la motricité de l’enfant, il va pouvoir investir l’espace, se déplacer par ses moyens et s’adapter à la situation, aux variations de repère. Il va faire de l’eau un partenaire.

Face à la résistance, les déplacements sont ralentis. Cela va permettre de prendre le temps de prendre en compte l’organisation corporelle à un moment donnée et de mieux la ressentir.

#### IV.3.3 L’intéroception

- **Somesthésie végétative**

Le corps immergé dans l’eau va ressentir des modifications physiologiques comme la modification du rythme cardiaque, de la tension, du rythme respiratoire. L’eau par sa température et par sa pression exercée sur le corps va stimuler les viscères, cela peut engendrer des douleurs au niveau des intestins, de l’estomac.

*Lors de la première séance Ilan poussait des cris, se recroquevillait. Nous supposons que l'eau chaude a agi sur le système viscéral en créant des gaz douloureux.*

- **Modalité sensorielle inconsciente**

La température de l'eau, différente de celle du corps, va venir stimuler les récepteurs thermiques qui vont envoyer des informations au système nerveux permettant à la personne (en dehors de toutes angoisses), de se représenter son corps. L'eau chaude est appréciée par de nombreuses personnes, cependant l'eau froide peut plaire à certains enfants puisqu'elle permet de saisir le corps, de le contracter. Cela permet de le ressentir de façon plus importante.

*Ilan tient le pommeau de douche avec de l'eau chaude. Il va tourner le mitigeur pour tester l'eau froide qu'il passe sur sa langue et sur son ventre. Il semble y être plus sensible et moins aimer le froid, il lâche donc le pommeau. Ensuite il se lève pour de nouveau tourner le mitigeur seul mais cette fois-ci sur l'eau bouillante. Ilan a voulu tester les deux extrêmes, cependant dans le cadre de l'accompagnement il a été nécessaire d'intervenir pour ne pas le mettre en danger.*

Dans l'eau chaude les informations sensorielles relatives à la pression et la chaleur viennent faire barrage aux informations douloureuses qui accèdent moins au niveau cortical. La diminution des douleurs va permettre de libérer l'articulation engendrant la mobilité de celle-ci en plus de lui apporter du bien-être.

#### ***IV.4 Eau génératrice de bien être :***

Les enfants polyhandicapés vivent souvent leur corps comme étant douloureux et incontrôlable. Ce médiateur peut leur permettre de voir ce corps de façon positive.

Comme nous avons pu le voir dans les paragraphes précédents, l'eau a un effet euphorisant et relaxant selon son utilisation et son environnement. La relaxation va être en partie expérimentée par le portage et la possibilité d'être bercé (24).

Nous pouvons faire le parallèle entre le liquide amniotique dans lequel nous nous développons et les qualités de l'eau. On peut observer que lors du premier bain du bébé, celui-ci retrouve un bien-être et un apaisement. L'eau du bain lui offre des sensations proches de celles connues dans le milieu intra-utérin. Dans le ventre de la mère, l'enfant est protégé des contraintes du monde extérieur, des conditions atmosphériques, du poids...

Nous pouvons dire que les êtres humains ont un vécu archaïque avec l'eau. Ce vécu peut avoir un lien dans l'investissement du médiateur par les enfants polyhandicapés qui sont encore pour beaucoup dans un fonctionnement archaïque.

#### ***IV.5 Conclusion sur la médiation eau et les représentations du corps***

Toutes ces notions sont en lien avec les représentations du corps. Les canaux sollicités dans l'eau, en partie par les impressions tactiles, la température, les sensations kinesthésiques et vestibulaires enrichissent le schéma corporel et le modifient.

La médiation eau est donc un élément de choix dans l'étayage du schéma corporel grâce aux multiples stimulations sensorielles qu'il entraîne. Les enfants polyhandicapés que je suis amenée à voir à l'E.S.E.S présentent des troubles du schéma corporel, un retard dans la construction de celui-ci.

Il paraît donc légitime d'utiliser cette médiation afin d'expérimenter ce sentiment de cohésion, de ressenti du corps dans sa globalité mais également de chaque segment les uns en lien avec les autres.

L'enfant prend conscience des notions de dedans/dehors, surface/profondeur et enrichi son image du corps en intégrant les limites de son corps. L'enfant va pouvoir avoir un vécu positif, des sensations de bien être, de sécurité psychique étayant son sentiment d'unité.

*« 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. » C. Potel (31).*

Ainsi, les expériences sensorielles permettent à l'enfant de se percevoir dans le monde. Ces stimulations renforcent le vécu corporel des enfants polyhandicapés et les aident dans leurs échanges et leur relation à l'environnement.

Toutes les parties qui ont été décrites séparément afin d'apporter plus de clarté, s'entremêlent. Je vais pour illustrer cela présenter Émilie et l'apport de la balnéothérapie dans le développement de son rapport à son corps.

## ***IV.6 Cas clinique, Émilie***

### IV.6.1 Brève présentation d'Émilie

Émilie est née en 2009, elle est actuellement âgée de 9 ans. C'est une petite fille brune, les cheveux courts, avec un visage rond et expressif. Émilie est de petite taille, elle présente un retard staturo-pondéral correspondant à un enfant de 5-6 ans. De plus sa façon d'être à son environnement et son développement psychomoteur laisse penser à un développement d'un enfant de 5-6 mois.

On observe chez Émilie un strabisme convergent important et majoré à droite. C'est une enfant porteuse de polyhandicap accompagné de traits autistiques.

Dus à de nombreux déficits, son niveau de dépendance est assez important, elle est installée dans un fauteuil roulant avec corset siège qu'elle ne peut déplacer seule. Elle possède aussi un corset et des bottes. De plus Émilie est porteuse d'une gastrostomie permettant l'alimentation entérale ainsi que l'hydratation.

Elle ne peut s'exprimer par le langage verbal, cependant elle oralise par des cris, des pleurs et divers sons. De plus, il est possible d'interpréter son état par l'observation de son visage, ses expressions corporelles qui sont très expressifs (sourire, grimasse). Cela permet de voir les variations binaires de plaisir/déplaisir. Ses expressions semblent être dans deux extrêmes, ainsi elles sont facilement dissociables.

#### IV.6.2 Anamnèse

Émilie fait partie d'une fratrie de 5 enfants (2 frères et 2 sœurs). Son père est arrivé en France en 1973. Son frère aîné est né en Turquie où vivait sa mère, les autres enfants sont nés en France puisqu'elle a rejoint le père d'Émilie en 2001.

Émilie est née d'une grossesse gémellaire avec naissance à 36 semaines d'aménorrhée. La grossesse s'est déroulée sans anomalie particulière.

Au 8<sup>ème</sup> jour, elle semble montrer des signes de fatigabilité notamment lors de l'alimentation avec des difficultés respiratoire. Elle passe alors un séjour en néonatalogie où l'échographie cardiaque montre une altération de la fonction ventriculaire gauche avec microcardiopathie dilatée.

De plus, elle présente une encéphalopathie probablement congénitale mais sans diagnostic étiologique précis. Il est observé dès ses 6 mois, un retard psychomoteur très important avec un retard staturo pondéral ainsi qu'une hypotonie globale. Sur le plan psychomoteur, sa sœur jumelle se développe normalement. Cependant tous les enfants de la famille ont été suivis en PMI.

Différents examens ont été faits, les différentes consultations en neuropédiatrie, les enquêtes génétiques n'ont pas permis de diagnostic. Cependant, il y a eu des recherches au niveau des antécédents parentaux. Ces derniers ont constaté une consanguinité puisque les deux parents sont cousins germains. Il a été montré un déficit en G6PD chez la mère.

Par la suite, il a été posé un diagnostic de polyhandicap.

À l'âge de 7 mois elle est opérée pour une hernie.

Dès un an et neuf mois, Émilie est suivie en psychomotricité au jardin d'enfant.

Émilie a fait plusieurs épisodes d'otites à répétition, il a donc été décidé de faire une adénoïdectomie et poser des aérateurs trans-tympaniques bilatéraux (diabolos) en 2012. Le bilan auditif montre l'absence de surdité importante.

Au niveau ophtalmologique, Émilie présente un strabisme convergent important, il n'a pas été mis en évidence de malvoyance.

En 2014 elle est admise à l'E.S.E.S et vient en accueil de jour.

Son alimentation était difficile avec une prise de poids assez lente, il y a donc eu mise en place d'une gastrostomie avec intervention de type Nissen (2014). Elle poursuit donc un suivi en gastroentérologie.

Au sein de l'établissement, Émilie a un suivi de deux séances de psychomotricité par semaine (groupe et individuel), une séance en groupe d'ergothérapie et deux séances de kinésithérapie.

#### IV.6.3 Bilan/Observations

La situation d'Émilie ne nous permet pas de lui faire passer un bilan psychomoteur standard. Les enfants porteurs de polyhandicap sont entravés dans l'échange, dans leur communication et la compréhension peut être parfois difficile. C'est à travers l'observation sur le lieu de vie en groupe et en séances que nous allons pouvoir rédiger un bilan afin de décrire différents axes tels que le schéma corporel, la communication, le tonus, la motricité.

Hors du fauteuil et sans son corset, Émilie donne à voir un plaisir sensori-moteur. Elle cherche à se mouvoir et sollicite son tonus pour prendre appui sur son coude sur le côté, lui permettant peut être plus tard d'aller vers la position assise. On observe chez Émilie une **hypertonie des membres inférieurs et supérieurs avec une hypotonie de l'axe** (ce qu'on peut comparer à l'état tonique d'un bébé quelques mois). La position assise n'est pas acquise, malgré l'hypotonie, elle est capable de maintenir sa tête mais de façon assez fluctuante et fatigante.

Le fait de s'asseoir est possible seulement si l'adulte est l'aide à maintenir son dos lorsqu'elle s'engage dans ce mouvement. Elle semble beaucoup se contracter au niveau des abdos dans toutes les postures qu'elle choisit. On peut faire le lien avec le centre de son axe, le fait de se rassembler vers le centre entraîne une contraction de ses abdos et provoque une sensation de dur, de vivant et de contenant, recherchée chez Émilie lors de nombreuses activités.

Au sol, on la retrouve préférentiellement en décubitus dorsal mais elle est capable de retournement pour passer en décubitus ventral (et inversement). Pour se déplacer elle adopte le rampé sur le dos. Pour cela, elle peut soit incliner son buste de chaque côté en poussant sur les pieds, ou bien depuis peu, elle est capable de soulever son bassin et de pousser sur ses pieds en même temps. Il semblerait qu'elle recherche un appui du dos quasiment permanent, lui apportant un **arrière-plan qui chez elle est non construit.**

En plus de sa tonicité engagée dans le déplacement, son attention et son regard sont orientés vers un but. On ressent une certaine envie de sa part d'aller vers autrui, son regard peut être porté vers nous et elle va faire en sorte de se mouvoir pour arriver à côté et nous attraper. Je ne pense pas qu'Émilie soit capable de différencier les personnes qui l'entourent, elle réagit de la même manière avec chacun d'entre nous. C'est une enfant qui cherche à ce qu'un adulte lui apporte un appui et des sollicitations cependant l'identité de celui-ci n'a aucune incidence sur son comportement.

Émilie **recherche le contact**. Elle se colle à nous, comme solution de continuité pour pallier l'absence de représentation de la discontinuité, de la différenciation. Émilie va par le contact venir interagir avec les autres. On voit qu'elle dirige son regard vers quelque chose qui l'intrigue tels que des bruits forts.

À plusieurs reprises, elle va se diriger vers les autres enfants et nous même pour nous attraper la main, les jambes, les cheveux. Lorsqu'elle nous attrape elle a tendance à nous ramener vers elle et à taper sur son torse. Les vibrations, percussions corporelles permettent aussi de la calmer et d'être attentive sur ce qu'elle ressent. **Émilie est en recherche de sensation corporelle forte et dure permettant de lui faire ressentir son corps.**

Émilie est beaucoup sur un système d'accrochage, d'agrippement, d'ailleurs, elle investit elle-même énormément la partie haute de son corps (tête, cheveux, oreille, mains, bras, bouche). Elle joue avec ses mains permettant d'unir ses deux hémicorps droit et gauche en lien avec la construction de son axe corporel. De plus elle les bouge beaucoup devant ses yeux apportant des stimuli visuels.

Parfois elle s'installe dans une répétition sensorielle, telle que la production de bruit (grincement, griffe, cris). C'est une petite fille qui présente beaucoup de stéréotypies, en lien avec ce sentiment de non continuité de soi.

Elle tape continuellement des pieds, les mains passent et repassent devant son visage, elle se tape très souvent les oreilles.

En séance de psychomotricité, Émilie se dirige souvent vers le miroir pour l'attraper et regarder (tête à l'envers puisqu'elle est sur le dos). Cependant elle ne se voit pas réellement dedans. Sa construction corporelle et son identité sont encore trop « incomplètes », elle n'est pas suffisamment individuée.

On peut conclure qu'Émilie est une petite fille de 9 ans avec un retard psychomoteur important. Son développement psychomoteur serait semblable à celui d'un bébé de 5-6 mois.



#### IV.6.4 Projets

Avant que je fasse ces observations, Émilie avait déjà commencé une prise en charge en psychomotricité. La psychomotricienne par ses écrits avait élaboré le projet suivant :

- Réduire ses angoisses corporelles par un travail sur la contenance
- Soutenir son désir relationnel
- Accompagner et soutenir les explorations sensori-motrices pour ouvrir vers de nouvelles expériences posturales et motrices

Après quelques séances j'ai pu mettre en avant les objectifs principaux des séances de balnéothérapie avec Émilie :

- Offrir de nouvelles expériences et sensations
- Enrichissement du schéma corporel et modification de l'image du corps
- Construction d'une enveloppe, sécurité interne et contenance
- Amener un bien être
- Favoriser la communication et la relation

#### IV.6.5 Déroulement des séances

La séance de balnéothérapie est programmée de façon hebdomadaire. Celle-ci dure environ 45 minutes.

Préalablement nous remplissons le bassin d'une vingtaine de centimètre d'eau. Cela permet de ne pas rajouter de stimuli pendant la séance et que l'eau soit « disponible » dès l'arrivée d'Émilie. De plus, nous installons le chauffage (si nécessaire) afin qu'il n'y ait pas un trop gros écart entre la température ambiante et la température de l'eau. Cette dernière est d'environ 34 degrés afin que le corps nu de l'enfant ne se contracte pas par la sensation de froid lors des temps de change.

Nous essayons par les ritualisations, l'ambiance de la salle et notre présence d'apporter un cadre sécurisant et rassurant.

La séance comprend diverses étapes qui sont les suivantes :

Tout d'abord nous allons chercher Émilie dans son groupe et nous vérifions que son état de santé lui permet d'aller dans l'eau. Si tout va bien, nous rentrons dans la salle de balnéothérapie pour un temps de déshabillage. Ensuite nous entrons progressivement dans l'eau chaude. La séance se finit par une chanson marquant le retour dans le milieu sec. En sortant de l'eau, nous enveloppons Émilie avec de grandes serviettes afin de la sécher et de lui apporter un moment calme de contenance. Pour terminer il y a un temps de rhabillage pour ensuite retourner dans son groupe.

#### IV.6.6 Apports de cette médiation avec Émilie

Les représentations du corps vont s'enrichir à travers chaque expérience que va faire Émilie. Elles vont se développer en grande partie inconsciemment par un travail sur la relation, la contenance et la sensori-motricité. Je vais illustrer cela en vous montrant ce que cette médiation a apporté à Émilie.

#### **Relation et contenance**

La notion de relation et de contenance peut se ressentir à travers divers moyens. Tout d'abord, les bras du psychomotricien lors du portage peuvent être contenant. Le psychomotricien sert d'appui à la fois physiquement et psychiquement. Il faut qu'il soit impliqué dans la relation et qu'il apporte un holding sécurisant et assez ferme pour Émilie afin de lui apporter de bons appuis amenant au sentiment de contenance. Notre accompagnement lui permet de mieux ressentir son corps, l'aidant ainsi à s'individuer.

Outre le corps, tout au long de la séance, la verbalisation auprès d'Émilie peut être contenante. Elle permet en plus du physique, d'apporter un élément rassurant qui a la possibilité de « combler » le vide et de l'accompagner au niveau affectif dans ses expériences.

- ***Avant l'entrée dans l'eau***

Dans l'espace sec, la relation et la contenance avec Émilie passent beaucoup par le regard et par notre verbalisation. Avant d'entrer dans l'eau il est possible d'avoir des échanges avec elle.

- ***Temps dans l'eau***

Dans l'eau, c'est un peu différent. Émilie échange peu de regards. Ils semblent dirigés vers la découverte de son environnement et des différentes sensations. En effet l'eau n'est pas un référentiel habituel, Émilie vit donc de **nouvelles sensations** captant son attention. Nous avons essayé de la solliciter un peu plus pour avoir son attention.

Nous avons utilisé divers objets tel qu'un seau, un canard en plastique, une frite mais les objets ne semblent pas l'intéresser directement ; elle les attrape si ceux-là viennent à son contact et donc la stimulent au niveau du toucher.

Nous avons essayé de la solliciter par des bruits, des vocalises mais cela n'était sûrement pas assez puissant et contenant. En versant le seau d'eau sur son corps (à une certaine hauteur pour que le jet soit assez fort), elle a pu à ce moment réagir en tournant la tête et voir d'où cela venait. En la serrant dans nos bras tout en faisant des petites vibrations, nous arrivons à avoir un rire et un échange avec Émilie.

Ce qui va permettre d'entrer plus en relation avec Émilie dans l'eau, c' est notre corps lui-même. De plus, notre corps joue le rôle de barrière pour qu'Émilie ne tombe pas. Nous devons rester attentive à ses intentions pour que sa tête ne soit pas dans l'eau (ce qui provoque chez Émilie un sentiment plus ou moins désagréable avec des gémissements et des pleurs). Il faut pouvoir ajuster notre façon de la porter, de la tenir et de l'accompagner, on peut faire le lien avec le dialogue tonico-émotionnel. Celui-ci va se mettre en place du fait d'une proximité physique importante. Il va permettre d'aider Émilie à réguler ses états émotionnels et à mettre du sens sur ses différents états toniques.

J'ai donc remarqué qu'Émilie a besoin d'un accompagnement physique important et de contact direct pour la maintenir en relation. Si nous la contenons bien, elle semble plus présente à elle et à son environnement.

L'eau va d'une autre façon avoir cette fonction de contenance. Comme nous l'avons vu précédemment, l'eau va venir envelopper en partie le corps d'Émilie. Cela va **stimuler la surface de sa peau** et va par la pression exercée sur son corps, permettre de le **ressentir de façon plus importante et globale**. Elle va permettre à Émilie de faire la distinction entre le dedans de son corps et le dehors avec l'eau.

En effet, la notion de dedans/dehors semble relativement construite chez Émilie, cependant cela reste fragile, elle est toujours en recherche d'exploration notamment au niveau de la zone buccale. Cela peut s'expliquer en partie par le désinvestissement de celle-ci après la mise en place de la gastrostomie.

L'eau, la verbalisation, son corps lui-même sont des façons de ressentir une certaine contenance, cependant, il est nécessaire de rester en contact physique avec Émilie et de lui apporter des appuis, notamment au niveau du dos ainsi qu'un portage ferme.

Sur les dernières séances, Émilie a été capable de rentrer un peu plus en relation avec nous en nous adressant un **regard** accompagné d'une **orientation** du corps et de vocalises.

Au quotidien, son regard vient maintenant soutenir la reconnaissance de l'autre en cheminant de la main jusqu'à la tête.

- **Sortie de l'eau**

En sortant, le regard d'Émilie se stabilise du fait de son **apaisement**. Nous pouvons alors échanger de beaux et longs regards. Dans le déroulement de notre séance, nous consacrons un petit temps de contenance en sortant de l'eau. La psychomotricienne ou moi-même porte Émilie jusqu'au lit de douche afin de l'envelopper dans une grande serviette pour la sécher mais aussi avant tout pour apporter un temps calme de contenance.

Dans ces moments-là on observe chez Émilie une absence d'agitation, elle est apaisée. Son regard semble « dans le vide », cependant si je m'approche d'elle pour lui parler, son regard peut s'orienter vers moi. On constate également une **diminution des stéréotypies**, que ce soit dans l'eau ou dans sa vie quotidienne.

### La sensori-motricité

- **Sensorialité :**

Émilie est dans une agitation motrice importante engendrant une **hyperstimulation** qui maintient ce sentiment de continuité de soi.

Émilie est plutôt intéressée par tout ce qui est sensations fortes, dures et contenantes afin de sentir son corps comme solide. Pour cela elle va beaucoup taper dans l'eau mais aussi sur les bords et le sol du bassin avec ses pieds.

Dans l'eau, Émilie est continuellement en mouvement comme pour se procurer des sensations et un sentiment de dedans solide qui tient. Tous ces mouvements et expérimentation sont accompagnés de rires et de vocalises.

Durant le développement de l'enfant, COEMAN prétend qu'aux découvertes corporelles et spatiales sont jointes des vocalises qui rythment d'une certaine manière les mouvements (7). C'est aussi une façon de rechercher des sensations différentes, notamment au niveau de l'arrière gorge en jouant avec les vibrations et l'investissement de la zone buccale.

Au niveau visuel, Émilie semble attirée par l'eau, celle-ci vient stimuler ses récepteurs. En effet on observe une **accroche visuelle** de la part d'Émilie du fait des reflets, des ondulations et des éclaboussures.

L'entrée dans l'eau provoque chez Émilie une agitation motrice importante. Elle tape énormément sur l'eau avec ses membres inférieurs et supérieurs, ce qui attire une fois de plus son regard sur les éclaboussures qu'elle peut provoquer. Je me pose alors la question de la conscience de lien cause/effet qui amènerait chez Émilie la volonté de frapper l'eau pour reproduire des sensations qui semblent lui apporter de la satisfaction.

De plus j'ai remarqué qu'Émilie maintient sa tête penchée sur le côté. Son oreille est donc portée au plus près de la source sonore.

Dans le bassin, Émilie semble de plus en plus explorer son environnement. En effet comme j'ai pu le dire, elle expérimente les **changements de position** et va de plus en plus sur les espaces latéraux, élargissant son périmètre de préhension en construisant un nouvel espace. L'enrichissement des informations sensorielles lui permettent d'accéder à de nouvelles positions qui à leur tour vont venir stimuler ses sens.

Tous les mouvements d'Émilie vont faire onduler l'eau qui va venir stimuler sa peau. Lorsqu'elle est assise, l'eau arrive au niveau de son ventre, quand elle est presque allongée, l'eau est à hauteur de son cou. Ses mouvements et ses changements de positions vont la renseigner sur la spatialité de son corps et vont permettre par les variations vestibulaires de réélaborer et donc **d'enrichir sa proprioception**.

- **Régulation du tonus et maîtrise corporelle :**

Lorsque Émilie frappe sur la surface, elle est en appui sur notre corps. Effectivement, elle va la plupart du temps venir coller son buste sur notre cuisse et l'entourer avec un bras. Le bras de libre va venir frapper l'eau.

On ressent chez Émilie un **recrutement de tonus** dans tout le corps permettant d'agripper notre cuisse au même moment. Son corps entier est engagé dans l'action créant un « tout autour » et un « dedans » dur et existant.

La position préférentielle d'Émilie pour frapper dans l'eau avec la main est le décubitus ventral. Elle part de la position assise et bascule sur le côté pour venir poser sa poitrine sur nos jambes.

A partir de cette position assise, Émilie va pouvoir faire de nombreuses explorations sensori-motrices. L'eau lui permet de passer par des moments d'enroulement et de redressement. De plus, on peut constater qu'Émilie teste son équilibre par des mouvements de **flexion/extension** dans l'eau, c'est une phase que BULLINGER nomme espace du buste.

En effet le buste va être au centre de ces mouvements, ce qui donne lieu à la coordination de l'espace avant et arrière du corps. Cette coordination va pouvoir consolider et développer un **arrière fond** qui comme je l'ai déjà dit est peu construit chez Émilie.

En explorant autour d'elle, Émilie va engager la mobilisation de son épaule avec des rotations internes et externes. Celles-ci vont provoquer un croisement entre les structures horizontale et verticale permettant la torsion du tronc et donc la mobilisation de tout un schème moteur dans un espace tridimensionnel. La torsion est en lien avec la maîtrise du torse. Celle-ci permet d'expérimenter et de renforcer la **construction de l'axe corporel** et ainsi différencier les hémicorps droit et gauche. Cela va permettre la coordination de ces deux espaces, et ainsi lui ouvrir un champ de préhension plus important organisé autour de l'axe corporel.

Aujourd'hui, dans l'eau, Émilie recherche davantage les situations d'équilibre et de déséquilibre renforçant la découverte, la maîtrise de son buste et son torse.

La médiation eau permet entre autres par la pesanteur, la résistance et le maintien de son dos que tout cela soit possible. Émilie est capable de rester assise (accompagnée), d'investir l'espace alentour et de rester avec un peu d'aide **sur les genoux**. Cette position lui permet de limiter l'excitation qui peut parfois prendre de la place. L'agitation de ses jambes est donc réduite permettant de libérer un peu plus la motricité de ses membres supérieurs. Ceci lui permet d'explorer de manière plus calme.

À l'inverse, lorsque nous allons proposer un appui dos à Émilie, elle va immédiatement mobiliser ses membres inférieurs. On observe chez Émilie une ébauche de **dissociation des membres inférieurs**. Avant sa motricité globale était symétrique, lorsque qu'elle frappait les pieds, les deux tombaient en même temps. Cela montre le début d'une prise de conscience de l'axe, des hémicorps gauche et droit et donc de la construction de sa verticalité.

Dans la vie quotidienne Émilie investit plus la partie haute de son corps, cependant, ses membres inférieurs sont souvent en mouvement. Ce qui est intéressant avec l'eau, c'est qu'elle offre une facilité de mouvement et permet par la résistance de tenir plus facilement assise. C'est par cette position qu'Émilie va pouvoir explorer en partie ses membres inférieurs. On peut voir qu'elle va d'elle-même attraper ses pieds, **attraper ses jambes** qu'elle va porter et ramener vers son buste à plusieurs reprises. C'est aussi une façon de pouvoir se rassembler.

### **Conclusion :**

Depuis fin décembre (début de mon accompagnement en balnéothérapie), j'ai pu observer de légères évolutions dans l'eau mais aussi dans le quotidien d'Émilie que ce soit au niveau moteur ou relationnel.

La disponibilité d'Émilie s'accroît, elle montre moins de signes de mécontentement en fin de séance, ce qui lui permet d'avoir un meilleur vécu de la situation et de terminer sereinement.

On peut en conclure qu'Émilie continue d'explorer et d'intégrer petit à petit les parties de son corps. Ce qui lui permet aussi de prendre conscience de l'autre. Il serait donc intéressant de poursuivre les séances de balnéothérapie avec Émilie. En effet, il faut continuer de la solliciter dans ses mouvements, dans ses postures amenant spontanément vers la position sur les genoux. Émilie semble plus apaisée avec une baisse des stéréotypies. Elle laisse toujours à voir un plaisir sensori-moteur majeur avec l'exploration de son environnement de plus en plus importante et enrichissante. Tout cela contribue progressivement à l'évolution de ses représentations du corps.



## **Conclusion**

Dans la rédaction de mon mémoire, j'ai choisi d'aborder et de lier divers thèmes, à savoir, les représentations du corps, l'eau, le polyhandicap et la psychomotricité. L'investissement dans ce travail m'a permis de faire évoluer ma réflexion. Je me suis interrogée sur la manière dont les enfants de l'E.S.E.S vivent, ressentent, et perçoivent leur corps.

Je me suis demandée aussi de quelle façon le psychomotricien peut par le biais de l'eau, aider le sujet dans ses représentations alors que celles-ci se développent à partir de diverses modalités telles que les sensations, les pensées, les émotions et les relations. De plus que le sujet porteur de handicap à la fois moteur et mental va rencontrer de nombreuses difficultés dans la construction d'une image du corps et d'un schéma corporel unifié.

Nous les aidons par le biais du médiateur eau à expérimenter et s'approprier tout ce qui se passe et ce qu'ils ressentent. Le psychomotricien va aider à développer leurs acquis en améliorant leurs capacités de perception et de représentation du corps.

L'eau est un médiateur très riche, cependant, il ne faut pas oublier les effets néfastes qu'il peut produire selon le vécu de chaque personne. Ce n'est pas un milieu adapté à tout le monde, nous devons toujours y être attentif pour s'ajuster en fonction de chacun.

Avant d'utiliser ce médiateur il a fallu que je m'informe et que j'appréhende la manière d'utiliser l'eau et de voir quel en serait l'intérêt avec chacun des enfants. L'utilisation de ce médiateur seul n'a pas le même intérêt. C'est par notre pensée, notre savoir être en tant que psychomotricien que nous pourrons accompagner au mieux chaque personne.

## **Bibliographie :**

- (1) Anzieu D. Le moi peau, Dunod, 2006.
- (2) Barat C. L'enfant déficient mental polyhandicapé. Quelle réalité ? Quels projets ? Paris ESF, page 29 à 157, 1996.
- (3) Boscani F. Evolution psychomotrice, Image du corps et troubles de la fonction tonique dans les premières années de la vie. Vol15. 2003.
- (4) Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Erès, 2004
- (5) Chambon J.P. A la piscine avec des enfants autistes. Evolution psychomotrice, psych-eau-moteur, cahier N3 2003, N11, 1991.
- (6) Cloez A. Mémoire, Le polyhandicap à l'épreuve de l'adolescence, comment rester soi même en devenant un autre ? Particularités- apports de la psychomotricité, 2013.
- (7) Coeman A, Raulier H de Frahan M. De la naissance à la marche, les étapes du développement psychomoteur de l'enfant, ASBL Etoile d'herbe, 2004.
- (8) Conègre M. Mémoire « connais-toi toi-même » conscience corporelle de la personne âgée dépendante. Apport de la psychomotricité et de la médiation aquatique sur le réinvestissement corporel de la personne âgée dépendante, 2016.
- (9) Dalla Piazza S. et Godfroid B. La personne polyhandicapée, pages 15 à 49, 2004.
- (10) Dolto F. L'image inconsciente du corps, Seuil, 1984.
- (11) Evolution psychomotrice, rituels et nouvelles images du corps, N15, 2003.

- (12) Fernandez P. Au-delà du principe d'Archimède, l'expérience du corps aquatique. Evolution psychomotrices, Vol15, No59, 2003.
- (13) Garrelli M. Le schéma corporel chez les enfants I.M.C impuissances corporelles et images de soi, Enfance, tome 23, pages 343 à 363, 1970
- (14) Gorges-Janet L. Le polyhandicap, APF, 2002.
- (15) Goumas J, Grimont-Rolland E, Lambicchi S. Approche sensorimotrice de la prise en charge d'une jeune avec polyhandicap douloureux, Enfance, NecPlus, page 159 à 169, 2014.
- (16) <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/?sequence=5>
- (17) <https://www.chartenationalehandicap.com/chiffres/>
- (18) <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-holding-psychomoteur/>
- (19) Inserm. Déficience intellectuelle, les éditions Inserm, 2016.
- (20) Jeannerod M. De l'image du corps à l'image de soi. Revue de neuropsychologie, Vol2 page 185-194, 2010.
- (21) Kemoun G, Watelain E, Carette P, Hydrokinésithérapie, Elsevier SAS,2006
- (22) Latour A.M. La pataugeoire, contenir et transformer les processus autistique, Erès, 2014.
- (23) Legrand O. Tentative de représentation de la corporéité d'une enfant polyhandicapé et accompagnement en bain sensoriel, Erès, N° 28-29, pages 295 à 320, 2008.
- (24) Martin M. Dans la bulle, dans le bain, Santé mentale, No60, 2011.
- (25) Morin C. Schéma corporel, image du corps, image spéculaire, neurologie et psychanalyse, Erès, page 1 à 67, 2013.
- (26) Pignol S. Mémoire Aqua sert le psychomotricien: expérience auprès de patients adultes avec autisme déficitaires à travers la médiation eau, 2014.
- (27) Pireyre E.W. Clinique de l'image du corps, du vécu au concept, Dunod, 2015.

- (28) Pireyre E.W. L'image du corps : monolithique ou composite ? Evolutions psychomotrices, N82, Vol20, 2008.
- (29) Ponsot G. La personne polyhandicapée, Médecine et société, 2017.
- (30) Ponton G. Psychomotricité du jeune enfant, WEKA.
- (31) Potel C. Le corps et l'eau, Erès, 2009.
- (32) Rizzolati G, Sinigaglia C, Les neurones miroirs, Odile Jacob sciences, pages 129 à 203, 2011.
- (33) Robert-Ouvray S. Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité, Desclée de Brouwer, 2007.
- (34) Roussillon R. L'objet « médium malléable » et la conscience de soi, L'autre, pages 241 à 254, 2001.
- (35) Saulus G. Modèle structural du polyhandicap, ou : comment le polyhandicap vient-il aux enfants, la psychiatrie de l'enfant, Vol51, No61, page 153 à 191, 2003.
- (36) Schilder P. L'image du corps, Gallimard, 1968.
- (37) Scialom P, Giromini F, Albaret J-M. Manuel d'enseignement de la psychomotricité, Concepts fondamentaux, Solal, page 202, 2011.
- (38) Scialom P, Giromini F, Albaret J-M. Manuel d'enseignement de psychomotricité 2, Méthodes et techniques, Solal, pages 318 à 328, 2015.
- (39) Tescher-Pucet D. Franchir la surface : une prise de « risque » possible pour l'enfant quand on respecte son rythme d'exploration et qu'il se sent protégé et libre, Evolution psychomotrices, Vol15, No59, 2003.
- (40) Zucman E. Accompagner les personnes polyhandicapées, réflexion autour des apports d'un groupe d'étude du CTNERHI, CTNERHI, 1998.

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	2
AVANT-PROPOS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION .....	5
<b>A. DEVELOPPEMENT DES REPRESENTATIONS DU CORPS.....</b>	<b>7</b>
I. REPRESENTATIONS DU CORPS.....	7
II. CONSTRUCTION DU SCHEMA CORPOREL .....	10
<i>II.1 Le schéma corporel, un concept.....</i>	<i>10</i>
<i>II.2 La structuration du schéma corporel .....</i>	<i>11</i>
II.2.1 Le corps subi : 0-3 mois .....	12
II.2.2 Le corps vécu : 3 mois-3 ans .....	14
II.2.3 Les discriminations perceptives : 3-7 ans .....	17
III. L'IMAGE DU CORPS .....	18
<i>III.1 La notion d'image du corps.....</i>	<i>18</i>
<i>III.2 L'image du corps composite .....</i>	<i>20</i>
III.2.1 La sensation de continuité d'existence.....	20
III.2.2 L'identité et le processus d'individuation .....	20
III.2.3 L'identité sexuée .....	21
III.2.4 La peau psychique et physique.....	21
III.2.5 La représentation de l'intérieur du corps .....	23
III.2.6 Le tonus .....	23
III.2.7 Les compétences communicationnelles du corps .....	24
III.2.8 La sensibilité somato-viscérale ou sensorialité .....	25
III.2.9 Les angoisses corporelles archaïques .....	25
<b>B. LE POLYHANDICAP .....</b>	<b>27</b>
I. DEFINITION .....	27
II. EPIDEMIOLOGIE.....	29

II.1	Prévalence .....	29
II.2	Longévité.....	29
II.3	Etiologie .....	29
III.	SEMOLOGIE .....	30
III.1	Description de la déficience intellectuelle .....	30
III.2	Description de la déficience motrice .....	32
III.3	Troubles sensoriels et sensitifs.....	33
III.4	Atteintes secondaires .....	34
III.4.1	Orthopédie .....	34
III.4.2	Alimentation .....	34
III.4.3	Digestif .....	35
III.4.4	Respiration .....	35
III.4.5	Fragilité .....	35
III.4.6	Épilepsie.....	36
III.4.7	Douleur.....	36
III.5	Troubles associés.....	37
IV.	REPRESENTATIONS DU CORPS PERTURBÉES.....	37
IV.1	Altération et restriction des expériences affectives .....	38
IV.2	Altération et restriction des expériences sensori-motrices .....	38
IV.2.1	Régulation tonique défaillante et clivage corporel .....	38
IV.2.2	Motricité perturbée.....	40
IV.2.3	Défaut d'intégration sensorielle .....	41
IV.3	Endurer son corps.....	41
<b>C.EAU ET PSYCHOMOTRICITE .....</b>		<b>43</b>
I.	L'EAU .....	43
I.1	L'eau dans la vie quotidienne .....	43
I.2	Les caractéristiques de l'eau .....	43
I.3	Un médium malléable.....	44
II.	DIVERSES MEDIATIONS.....	46
II.1	Différents projets .....	46
II.2	Divers espaces.....	47
II.2.1	Piscine.....	47

II.2.2	Balnéothérapie .....	48
II.2.3	Bain thérapeutique .....	48
II.2.4	Pataugeoire.....	48
III.	INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.....	49
III.1	<i>Indications</i> .....	49
III.2	<i>Contres indications</i> .....	49
IV.	INTERETS DE LA MEDIATION EAU EN PSYCHOMOTRICITE AVEC DES ENFANTS	
	POLYHANDICAPES .....	50
IV.1	<i>Accompagnement du psychomotricien</i> .....	51
IV.1.1	La place du psychomotricien.....	51
IV.1.2	La relation .....	52
IV.1.3	La verbalisation .....	53
IV.2	<i>Eau et vécu psychique</i> .....	54
IV.2.1	La subjectivité de l'eau .....	54
IV.2.2	La fonction de surface de projection.....	54
IV.2.3	La régression.....	55
IV.3	<i>Eau génératrice de sensations et d'expériences sensori-motrices</i> .....	55
IV.3.1	L'extéroception.....	56
IV.3.2	La proprioception .....	60
IV.3.3	L'intéroception.....	63
IV.4	<i>Eau génératrice de bien être</i> :.....	65
IV.5	<i>Conclusion sur la médiation eau et les représentations du corps</i> .....	65
IV.6	<i>Cas clinique, Émilie</i> .....	66
IV.6.1	Brève présentation d'Émilie.....	66
IV.6.2	Anamnèse .....	67
IV.6.3	Bilan/Observations .....	68
IV.6.4	Projets.....	71
IV.6.5	Déroulement des séances.....	71
IV.6.6	Apports de cette médiation avec Émilie .....	72
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>79</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> :.....	<b>80</b>

## Annexe

Annexe 1 :

