



HAL
open science

Communication non verbale & polyhandicap : La psychomotricité en soutien à la communication non verbale auprès de sujets présentant un polyhandicap

Marie Gauteyron

► **To cite this version:**

Marie Gauteyron. Communication non verbale & polyhandicap : La psychomotricité en soutien à la communication non verbale auprès de sujets présentant un polyhandicap. Psychologie. 2020. dumas-02894704

HAL Id: dumas-02894704

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894704>

Submitted on 9 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

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

Institut de Formation en Psychomotricité
Collège Sciences de la Santé

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

COMMUNICATION NON VERBALE

&

POLYHANDICAP

*La psychomotricité en soutien à la communication non verbale
auprès de sujets présentant un polyhandicap*

Marie Gauteyron

Née le 10/06/1998 à Bordeaux

Directeur de Mémoire : Leonardo De Souza Leblond Miranda

Juin 2020

Remerciements

A Leonardo De Souza Leblond Miranda, mon maître de mémoire, pour son accompagnement tout au long de l'année,

A Marion Anquetil et Sarah Guiral, mes maîtres de stage à la Maison d'Accueil Spécialisée, pour leurs relectures attentives et leurs précieux conseils.

A Mauricette Guinaudeau, ma maître de stage à l'hôpital de jour, pour ses apports tant théoriques que pratiques,

A tous mes maîtres de stages ainsi qu'à l'ensemble des professionnels m'ayant intégrée dans les différentes institutions au cours de mes trois années de formation afin d'en apprendre davantage,

A tous les patients que j'ai pu rencontrer et qui m'ont permis d'enrichir mes connaissances et de m'adapter à chaque situation,

A l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour la multitude d'enseignements et pour leur adaptation en toute circonstance ainsi qu'à tous les intervenants,

A mes camarades de promotion et notamment au groupe deux avec qui nous avons partagé nos diverses expériences menant jusqu'à notre cheminement professionnel,

A ma famille, mes amis et à Corentin qui m'ont toujours soutenue dans mes projets et notamment dans mon parcours en vue d'être psychomotricienne,

A ma maman pour les propositions, les idées lors de ses nombreuses relectures et à sa patience,

Et à mon papa qui aurait été fier de moi,

De tout cœur, merci.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	2
Liste des sigles.....	3
Avant-propos	4
Introduction.....	5
PARTIE 1 : LA COMMUNICATION.....	8
I- DEFINITIONS.....	9
II- L'EMERGENCE DE LA COMMUNICATION CHEZ LE NOUVEAU NE	10
III- LA COMMUNICATION VERBALE	12
IV- LA COMMUNICATION NON VERBALE	15
V- LES OUTILS DE COMMUNICATION	26
SYNTHESE DE LA PARTIE 1	29
PARTIE 2 : LE POLYHANDICAP	30
I- DEFINITIONS.....	31
II- LES FREINS A LA COMMUNICATION.....	35
III- REGARD PSYCHOMOTEUR	46
IV- PRISE EN CHARGE TRANSDISCIPLINAIRE.....	53
SYNTHESE DE LA PARTIE 2	56
PARTIE 3 : ILLUSTRATION CLINIQUE	57
I- LE STAGE.....	58
II- UN EXEMPLE DE MEDIATION POUR LE PSYCHOMOTRICIEN, SUPPORT DE LA COMMUNICATION : LA MUSIQUE	62
III- ACCOMPAGNEMENT DE JEAN EN PSYCHOMOTRICITE.....	65
SYNTHESE DE LA PARTIE 3	79
Conclusion	80
Annexes.....	82
Bibliographie.....	86
Table des matières	95

Liste des sigles

- **AFSA** : Association Française du Syndrome d'Angelman
- **CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
- **CAAH** : Comité national Coordination Action Handicap
- **CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement
- **CIH** : Classification Internationale du Handicap
- **CLUD** : Comité de Lutte contre la Douleur
- **CNRTL** : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- **CTNERHI** : Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et Incapacités
- **EDAAP** : échelle d'Expression de la Douleur Adulte ou Adolescent Polyhandicapé
- **IME** : Institut Médico-Éducatif
- **LSF** : Langue des Signes Française
- **MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PECS** : Picture Exchange Communication System
- **PODD** : Pragmatic Organisation Dynamic Display
- **TEACCH** : Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children
- **TSA** : Trouble du Spectre de l'Autisme

Avant-propos

*Là, derrière nos voix
Est-ce que l'on voit nos cœurs
Et les tourments à l'intérieur
Ou seulement la la la*

*Là, derrière nos voix
Est-ce que l'on voit nos cœurs
Et les tourments à l'intérieur
Ou seulement la la la*

*Entendez-vous dans les mélodies
Derrière les mots, derrière nos voix
Les sentiments, les pleurs, les envies
Qu'on ne peut pas dire, non, non, non*

*Entendez-vous l'amour caché là
Derrière les mots, derrière les voix
Et puis après quand l'amour s'en va*

*Love you're on my mind
You make me see
You make me blind
It is so...*

*Là, derrière nos voix
Est ce que l'on voit nos cœurs
Et les tourments à l'intérieur
Ou seulement la la la*

*La révolte et la colère parfois
Derrière les mots, derrière les voix
Sur une guitare tout seul et tout bas
Refaire le monde*

*Il y a le rêve aussi de partir
Derrière les mots, derrière nos voix
Les terres lointaines qui nous attirent*

*La mer, les étoiles,
Rêve à hélice ou rêve à voiles
S'en aller hé hé hé*

*Là, derrière nos voix
Est ce que l'on voit nos cœurs
Et les tourments à l'intérieur
Ou seulement oh oh oh*

*Là, derrière nos voix
Est ce que l'on voit nos cœurs
Et les tourments à l'intérieur
Ou seulement la la la*

*Est ce que l'on voit nos cœurs
Et les tourments à l'intérieur*

*Derrière nos voix
Derrière les mots
Derrière nos voix
Est-ce que l'on entrevoit...*

Derrière les mots, Alain Souchon & Laurent Voulzy, 2014

Introduction

La communication est omniprésente dans notre quotidien. Même lorsque nous n'en avons pas conscience, nous communiquons. Pourtant, nous pouvons entendre parfois des propos tels que « si elle ne parle pas, elle ne dit rien ».

La communication se limite-t-elle au langage ?

Pour ma dernière année d'étude avant l'obtention du Diplôme d'État de psychomotricien, j'ai fait le choix d'être en stage dans deux institutions différentes. Je suis présente un jour par semaine dans un hôpital de jour qui accueille des enfants de 0 à 8 ans présentant des troubles de la communication et du développement. Je réalise mon deuxième jour de stage auprès d'adultes porteurs d'un polyhandicap au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS).

Ayant déjà effectué en fin de première année d'étude un stage d'un mois dans une MAS, j'ai souhaité reconduire cette expérience à l'année au sein d'une autre institution. J'ai été sensibilisée au public accueilli dans ce type d'établissement et le travail en psychomotricité qui peut s'y faire m'intéresse fortement. Je me questionne sur l'accompagnement et sur le soutien que nous pouvons avoir pour cette population en tant que psychomotriciens. C'est pourquoi, j'ai décidé d'orienter le sujet de mon mémoire vers le polyhandicap.

Lors de mes premiers jours de stage, un élément m'a interpellé. Un grand nombre de résidents ne possèdent pas le langage verbal et sont très déficitaires. Malgré cela, les soignants arrivent à comprendre leurs demandes et ce qu'ils veulent nous communiquer. C'est ainsi que j'ai décidé de m'intéresser au thème de la communication non verbale dans le polyhandicap en y associant l'apport de la psychomotricité.

Ce thème fait grandement référence à des notions fondamentales en psychomotricité, et particulièrement au dialogue corporel. Il s'agit de mettre son corps en jeu dans la relation. Tout au long de notre formation, nous avons des cours de pratiques ; une initiation aux médiations corporelles. Nous sommes ainsi invités à écouter nos perceptions corporelles pour pouvoir, dans un second temps, être attentif à celles d'autrui.

Il en découle plusieurs hypothèses :

- Nous pouvons communiquer sans langage. Pour un grand nombre de personnes, le langage est utilisé en premier lieu, mais, il existe d'autres moyens permettant cela. Et pour ceux qui possèdent le langage verbal de manière restreinte, nous pouvons prendre appui sur d'autres éléments pour échanger.
- L'entrée en relation des personnes en situation de polyhandicap est parfois différente. Certaines caractéristiques physiques inhérentes au polyhandicap (bave, faciès particulier) sont surprenantes et nous désorientent, nous déstabilisent. De plus, les codes de communication peuvent être inhabituels aux modèles que nous avons dans notre société. Un ajustement constant est nécessaire.
- La psychomotricité peut alors permettre de comprendre et d'établir des échanges avec ces sujets en prenant en compte toutes les particularités.

De ces hypothèses émerge une réflexion dont l'axe de travail principal concerne la psychomotricité et la communication non verbale :

Quel est l'apport d'un accompagnement en psychomotricité en soutien à la communication non verbale comme vecteur de relation dans le champ du polyhandicap ?

D'ailleurs, je pourrais m'appuyer sur mon expérience de stage à l'hôpital de jour afin d'éclairer autrement mes hypothèses de travail. L'échange non verbal se retrouve auprès de toute population et il est souvent possible de faire des liens. Effectivement, la communication et notamment la « communication non verbale » est très présente au sein de notre profession de psychomotricien, profession à médiations corporelles. Du nourrisson à la personne âgée, la communication sera toujours à nos côtés.

Pour l'élaboration de ce mémoire, j'ai fait le choix de me centrer seulement sur la communication non verbale car je pense que la psychomotricité est plus tournée vers ce thème. Le psychomotricien intervient davantage au niveau du corps que du langage. Ce dernier axe de travail relève plutôt des objectifs de l'orthophoniste. Nous pouvons ainsi noter l'importance de la pluridisciplinarité avec une complémentarité des différents professionnels.

Pour la partie théorique, j'illustrerai mes propos par des situations vécues à l'hôpital de jour afin d'étayer mon écrit et d'ouvrir mon regard. Cependant, la troisième partie sera centrée sur mes observations à la MAS.

Plusieurs étudiants ont réalisé des mémoires traitant de la communication, du polyhandicap et de la psychomotricité. Ces écrits ont permis d'orienter ma réflexion et de guider mes recherches théoriques : (Fraisie, 2019), (Gaillard, 2019), (Muzica, 2019), (Rolland, 2016), (Segond, 2015), (Billié, 2014).

Pour tenter de répondre à mon questionnement, j'ai construit ma réflexion autour de de trois grandes parties. Pour commencer, une première portera sur les principales composantes de la communication et plus particulièrement sur la communication non verbale. La seconde sera centrée sur les particularités du polyhandicap et les modalités relationnelles de cette population. Enfin, nous illustrerons ces propos théoriques par la présentation de Jean, un résident de la MAS que je rencontre en accompagnement individuel en psychomotricité autour de la médiation musique.

PARTIE 1 : LA COMMUNICATION

« Le corps est une carrière à mots et ses explorateurs assurent que là, sous la peau, il y a de quoi refaire la langue. »

Bernard Noël,
Les États du corps, 2000

I- DEFINITIONS

Dans un premier temps, nous allons définir la communication de manière générale. Il me paraît important d'évoquer le langage oral et la communication para-verbale avant de préciser mes propos autour de la communication non verbale. Ils permettent de donner des informations sur le message transmis sans pour autant s'attarder sur le sens des mots.

Nous pouvons trouver plusieurs définitions de la communication comme : « action de communiquer, de transmettre quelque chose » ou alors « ensemble de phénomènes concernant la possibilité, pour un sujet, de transmettre une information à un autre sujet, par le langage articulé ou par d'autres codes » (Mével, 2006). Nous voyons ici qu'il est question d'échanges entre plusieurs personnes. Dans cette dernière définition, nous notons une précision sur le moyen de transmission de l'information. La notion d'émetteur et de récepteur est fondamentale. Pour communiquer, il faut qu'une personne produise un élément mais il est également nécessaire qu'une autre personne puisse recevoir ce message. Celle-ci doit ainsi être disponible et attentive puisque la communication est permise par la mise en place d'une relation, d'un engagement mutuel.

Dans le *Lexique pour le psychomotricien*, il est noté que communiquer vient du latin *communicare* qui signifie « être en relation avec. Mettre en commun. La communication peut être verbale ou gestuelle » (Carric & Soufir, 2014, p.43). Nous pouvons souligner la nécessité de rassembler, de joindre plusieurs éléments. De plus, nous observons une définition qui prend en compte une autre donnée : la communication gestuelle, intéressant davantage la psychomotricité.

Nous distinguons deux aspects de la communication : le contenu (digital) et la relation (analogique). La communication analogique englobe le contenu, il s'agit d'une métacommunication (Watzlawick et al., 1972, p.52). La communication analogique représente particulièrement la communication non verbale alors que le digital correspond au sens des mots.

Maintenant que nous possédons les bases de la communication grâce à ces définitions, il faut s'intéresser plus particulièrement à l'individu, aux différentes composantes qui façonnent l'échange en permanence.

Dès la grossesse, le bébé est en interaction avec sa mère et cela se poursuivra (sous couvert d'un développement psycho-affectif sécure) avec autrui jusqu'aux derniers instants de son existence. Nous communiquons tout au long de notre vie.

Il est alors nécessaire, tout d'abord, de revenir au développement psychomoteur avec notamment la mise en place de la communication. En effet, la connaissance des différentes étapes de l'évolution de l'enfant permet de pouvoir s'y référer en cas de particularités. Cela nous permet de savoir quand, pourquoi et comment le concept étudié apparaît.

II- L'EMERGENCE DE LA COMMUNICATION CHEZ LE NOUVEAU NE

Comme nous l'avons vu, il est intéressant de faire un lien entre les éléments que nous observons et le développement normal de l'enfant afin de se situer par rapport à l'âge moyen d'acquisition et ce, quelle que soit la notion. Dans cette partie nous allons nous intéresser aux prémices du développement de l'enfant.

Le bébé est en relation particulière avec sa mère dès le début de la grossesse. Il peut réagir à certains sons (extérieurs et intérieurs) entendus. Ses mouvements in utero sont la preuve d'une première forme d'expression en réaction à son environnement. L'état émotionnel de la mère est ressenti par le tout petit qui va à son tour réagir. Puis, à partir de sa naissance et pendant les premiers mois de sa vie, le jeune enfant communique grâce au canal tonique mais aussi par le regard et la voix. Le dialogue tonique est essentiel au développement de l'enfant. En mettant des mots et en donnant du sens aux états corporels émotionnels vécus par l'enfant, nous lui permettons d'accéder au langage verbal. Ainsi, « dans les interactions mère-bébé, les productions gestuelles et sonores du bébé alors qu'elles ne sont pas au début dirigées et intentionnelles, sont cependant immédiatement prises dans des processus de transformations élaboratrices et de liaisons pulsionnelles entre le bébé et la mère » (Boubli, 2009, p.3). De plus, « les premiers gestes des mains produits par le nourrisson sont des réflexes de saisie, des mouvements d'ouverture-fermeture des doigts, des mouvements de bras... des gestes réflexes, qui vont fournir la base pour la gestualité communicative ultérieure » (Zacharopoulou-Sapalidou & Garitte, 2008, p.7).

L'enfant va petit à petit se rendre compte que ses gestes ont un impact sur l'environnement et qu'ils provoquent des réponses de la part de son entourage. Ainsi, il va pouvoir passer « d'une communication sensori-motrice à une communication intentionnelle et symbolique » (Zacharopoulou-Sapalidou & Garitte, 2008, p.4). Vers la fin de la première année de vie, les gestes de pointage ou déictiques apparaissent. Puis, « vers 15 mois, l'enfant est capable de reproduire des signes gestuels tels que "au revoir", "bravo" » (Zacharopoulou-Sapalidou & Garitte, 2008, p.8). Par l'imitation, les reproductions sont possibles. L'enfant prend en considération ce qu'il observe dans son environnement et effectue la même chose. L'imitation est permise entre autres par la présence des neurones miroirs, ceux-ci sont également engagés dans le mécanisme de l'empathie.

Par ailleurs, le regard, la voix et le dialogue tonico-émotionnel vont aussi préparer l'enfant à acquérir le langage. Selon Gladys Debieux, « parler à un tout-petit le stimule, l'encourage à communiquer, éveille en lui le plaisir d'émettre des sons, puis le désir de parler » (Debieux, 2019, p.70). Nous pouvons ici évoquer le concept de « *mirroring* » : il s'agit d'un accordage affectif, une adaptation de la manière de parler à l'enfant. Nous évoquons souvent l'importance de la voix de la mère, mais celle du père a également un rôle important puisqu'il va amener d'autres rythmes, une intonation différente et donc enrichir la sensorialité de l'enfant (Scialom et al., 2011, p.279).

De plus, « bien avant d'avoir prononcé son premier mot, le nourrisson construit progressivement un répertoire large de signaux posturo-mimo-gestuels à valeur communicative à partir de ses moyens innés : crier, pleurer... » (Zacharopoulou-Sapalidou & Garitte, 2008, p.7). Les cris du bébé sont diversifiés selon ses besoins : sommeil, faim, douleur et autres. Cela a une valeur de communication. Petit à petit, l'enfant, dans son développement et par le bain de parole dans lequel il se trouve, va passer du cri, aux gazouillis et enrichir ses vocalises jusqu'aux premiers mots.

Ici, nous avons vu comment la communication se met en place chez le nourrisson. La suite du développement psychomoteur sera abordée au fil de mon mémoire.

III-LA COMMUNICATION VERBALE

La communication verbale désigne l'ensemble des éléments d'information transmis, par l'utilisation de verbes, pour créer une phrase. Elle est une façon structurée et codifiée d'exprimer une idée, un besoin, un désir. Elle comprend le langage écrit, le langage oral et ses dérivés comme par exemple la Langue des Signes Française (LSF).

A) LE LANGAGE

Le langage est majoritairement le canal le plus sollicité pour communiquer dans notre société. Il est un instrument de communication, mais aussi un instrument de pensée à la base de nombreux apprentissages. L'accès au symbolique est essentiel à son émergence. De plus, le langage implique les fonctions cognitives mais nécessite également des coordinations, tout cela doit être mis en jeu simultanément. Selon Gladys Debieux, « parler nécessite notamment le contrôle et la coordination de mouvements agissant sur l'air contenu dans les organes respiratoires et vocaux » (Debieux, 2019, p.370). Elle rajoute qu'il est nécessaire :

- D'entendre ;
- De discriminer des sons, identifier les phonèmes. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), un phonème est « le plus petit segment phonique (dépourvu de sens) permettant seul ou en combinaison avec d'autres phonèmes de constituer des signifiants ou de les distinguer entre eux » (CNRTL, s. d.) ;
- De reconnaître et identifier les mots ;
- De donner une signification aux messages et donc comprendre ;
- D'élaborer une réponse : langage parlé, adaptation comportementale ;
- De vouloir et pouvoir émotionnellement s'exprimer oralement.

Nous distinguons plusieurs étapes nécessaires au développement du langage (Levy, 2016) :

- **De 0 à 2 mois**, nous évoquons la phase pré linguistique. Le jeune enfant peut différencier les phonèmes et les cris lui permettent d'exprimer ses besoins. Les vocalisations se diversifient progressivement.

- **Entre 3 et 4 mois**, nous observons l'émergence de sons où l'enfant reproduit ce qu'il entend dans son environnement.
- **Vers 5-6 mois**, il s'agit du début du babillage, essentiel au développement du langage. La communication non verbale s'élargit avec les regards, les sourires et les mimiques qui s'amplifient. L'enfant reconnaît son prénom.
- **Entre 6 et 8 mois**, nous notons une évolution dans la prononciation et les variations des sons.
- **Vers 8-9 mois**, en lien avec le développement de l'autonomie sur le plan psycho-affectif, l'enfant cherche à attirer l'attention. Il peut pointer du doigt et comprendre des mots simples comme « prends » ou « tiens ».
- **Vers 10 mois**, les possibilités de production de syllabes et de voyelles s'enrichissent.
- **Vers 12 mois**, les premiers mots apparaissent.

La deuxième année est une période que l'on peut désigner comme « la grande bifurcation ». L'enfant explore l'environnement, il est curieux et a de grandes possibilités dans ses mouvements. Mais, en prime, « il parvient à maîtriser mieux les expressions vocales qui coïncident avec la désignation du monde qu'il a entreprise » (Delion & Vasseur, 2010, p.188).

B) LA COMMUNICATION PARA-VERBALE

« Le langage, c'est d'abord de la musique : mélodie de la voix, variation des sonorités, rythme des intonations. » (Scialom et al., 2011, p.279). Nous pouvons faire abstraction du sens fourni par les mots pour se rattacher à l'intonation, la respiration et d'autres éléments qui en disent long sur le message communiqué. Il s'agit de l'enjeu de la communication para-verbale.

Lors d'un exercice en cours de théâtre j'ai pu remarquer l'intérêt de l'intonation et de la posture. Le but était d'entrer en communication avec un autre étudiant mais sans prononcer de termes compréhensibles, en utilisant seulement des syllabes juxtaposées. J'ai pu observer qu'il est possible de comprendre ce qui se joue dans la relation (joie, annonce d'un événement) sans pour autant mettre des mots sur ces actions.

La voix peut être chargée par les émotions ce qui peut refléter les sentiments de l'individu. Le débit, l'intensité, l'intonation et le timbre de la voix sont des indices sur ce qui est communiqué par l'individu. Une phrase dite en marquant des temps de pause n'aura pas le même impact que si nous l'énoncions dans une allure vive et rapide. Dans une pièce de théâtre, toutes ces modalités de discours sont prises en compte et placées de façon réfléchie afin d'appuyer ce qui est en train de se dire.

C) LE CAS PARTICULIER DE LA SURDITE

Nous pouvons nous questionner sur l'émergence de la communication dans le cas d'un enfant en situation de surdité ou qui évolue dans un milieu sourd. Il paraît important de soutenir l'enfant dans ses expressions corporelles, de lui faire un retour par gestes de ses comportements. Alors, les parents peuvent pratiquer la Langue des Signes Française (LSF). Il s'agit d'une communication verbale mais sans l'utilisation de la voix. La langue des signes est d'ailleurs considérée comme une langue à part entière et non comme une communication non verbale. Elle est structurée de la même manière que le langage oral. La LSF prend appui sur la modalité visuo-manuelle, alors que pour la langue orale, il s'agit de la dimension auditivo-orale. Dans la LSF, comme pour le langage oral, il y a un babillage qui est cette fois gestuel :

- **À 8 mois**, l'enfant commence à reconnaître les premiers signes.
- **À 13 mois**, il manie une dizaine de signes expressifs.
- **À 16 mois**, il réalise des combinaisons de signes expressifs. Il y a d'abord des gestes d'indication (par exemple indiquer un toit pour désigner une maison) puis des gestes présymboliques pour aller vers des gestes iconiques en présence d'objets. Petit à petit, les gestes symboliques apparaissent.

Une mère présentant une déficience auditive fait la différence entre les moments de communication non verbale et les moments où elle signe. Un bébé, même atteint de surdité, communique. Le développement n'est pas exactement le même mais il se superpose tout de même à l'évolution « normo-typique » de l'enfant.

Il existe d'autres types de communication comme :

- **La dimension supra-verbale** : il s'agit de notre apparence physique. Elle comprend les vêtements et la coiffure par exemple.
- **La dimension infra-verbale**, représentée par des signaux plutôt inconscients comme les odeurs corporelles.
- **La dimension péri-verbale** : cela renvoie à la notion de proxémie de Edward T. Hall qui sera décrite ultérieurement.
- **La dimension pré-verbale** : qui correspond au « stade du réflexe. On agit avant de penser. Par exemple, en cas de danger imminent, notre réflexe sera de nous enfuir avant même de réaliser notre sentiment de peur. » (Herrscher, 2012).

Nous allons voir à présent que ces dimensions font parties intégrantes de la communication non verbale.

IV- LA COMMUNICATION NON VERBALE

Maurice Merleau-Ponty évoque la place du corps « comme véhicule de l'être au monde » (Merleau-Ponty, 1945, p.97). En effet, notre corps est porteur de notre personnalité, de notre vécu et de notre expérience.

A) DEFINITION

Selon Jacques Corraze, « le terme de communications non-verbales s'applique aux gestes, à la posture, l'orientation du corps, la singularité somatique naturelle ou artificielle, voire à des organisations d'objets, des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise ». Pour ce même auteur, les communications non verbales sont « l'ensemble des moyens de communication existants entre des individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds muets, etc...) » (Corraze, 2014, p.15-16).

C'est seulement à partir de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle que l'étude scientifique de ce type de communication a débuté après en avoir reconnu son importance.

Les communications non verbales sont en rapport étroit avec le langage oral. Elles ont trois fonctions par rapport à lui : elles s'y superposent, elles s'y substituent et elles peuvent être indépendantes. Dans le premier cas, les communications non verbales illustrent le langage verbal en l'accompagnant de gestes et permettent de réguler le discours. Elles constituent un paralangage par la modification physiologique de la voix, qui ajoute des informations (intonation, amplitude, rythme, silence). Dans le second cas, des gestes peuvent remplacer un mot ou une phrase (« bravo », « au revoir »). Concernant la dernière fonction, effectivement, les émotions peuvent communiquer quelque chose indépendamment du langage (parfois même contraire).

Jacques Corraze a repéré plusieurs caractéristiques permettant d'établir une classification des communications non verbales (Corraze, 2014, p.12-13). Nous allons aborder ces différentes caractéristiques.

- **Les caractéristiques du corps, physiques ou physiologiques et mouvements :**

Les canaux sensoriels permettent de recevoir les informations. La vue (apparence physique), l'odorat, l'audition (tonalité et rythme de la voix, niveau sonore) et le toucher permettent d'appréhender un individu lorsqu'il se présente à nous.

La posture soutient le message émis par le sujet si elle est en adéquation avec ce dernier. Dans le cas où la posture est contradictoire au message, alors elle l'invalide. Les gestes peuvent être expressifs lorsqu'ils traduisent une émotion ou descriptifs lorsqu'ils alimentent le discours.

- **Les artefacts :**

Les modifications artificielles que l'homme fait subir à son corps ont aussi leur place dans la communication non verbale. Nous retrouvons des artefacts corporels proprement dit comme le maquillage, les tatouages ou les coiffures. Nous pouvons aussi mentionner les artefacts supportés ou tenus par le corps comme les bijoux, les vêtements, une canne ou une cigarette. Enfin, nous pouvons citer les artefacts liés au milieu comme les habitations.

Tous ces éléments varient en fonction de l'histoire de l'individu, de son mode de vie et de sa culture.

▪ **Les relations spatiales :**

La situation des individus dans l'espace constitue aussi une partie des communications non verbales. Les distances interpersonnelles varient selon les individus et la culture. Edward T. Hall a travaillé sur cette notion de distance lors des interactions entre les individus : la proxémie. Plus tard, Vincent Mabillot a réinterprété et adapté les travaux de Edward T. Hall. Il a donc distingué quatre sphères (Scialom et al., 2011, p.261-262) :

- **La distance intime** (inférieure à 45 cm) : « cette distance est réservée aux relations intimes avec le partenaire amoureux et les enfants. » C'est la distance qui met en jeu toutes les informations sensorielles produites par l'autre. Dans ce cas, la communication non verbale prend le pas sur la communication verbale.
- **La distance personnelle** (de 45 cm à 125 cm) : il s'agit de la « zone qui marque l'affectivité et la proximité dans la vie publique ». Nous pouvons encore toucher l'autre, nous ne sommes plus dans la vision globale d'autrui mais nous distinguons les détails de façon nette. Cette distance permet une conversation sur des sujets personnels.
- **La distance sociale** (de 1,2 m à 3,6 m) : « c'est la distance des relations interpersonnelles directes, sans être ni intimes ni amicales. » La communication verbale est prédominante. C'est la distance des rapports professionnels, « il n'y a plus de contact physique direct ».
- **La distance publique** (plus de 3,6 m) : « les personnes doivent commencer à forcer un peu leur voix. Il y a des changements posturaux, redressement et gestualité appuyée, pour soutenir le discours verbal ; les choix linguistiques sont différents. La vision de l'autre est moins précise. »

Cela est variable en fonction des cultures mais également en fonction des lieux où nous nous trouvons.

En plus de ces caractéristiques, Allen T. Dittmann évoque la communication non verbale qui « consiste en des comportements auxquels habituellement nous ne prêtons pas attention, peut-être parce que nous sommes entraînés à ne pas le faire » (cité dans Corraze, 2014, p.24). En effet, parfois nous ne nous rendons plus compte de tous les signaux que nous envoyons à notre interlocuteur.

Selon Paul Watzlawick, « on ne peut pas ne pas communiquer » (Watzlawick et al., 1972, p.285). Sans en avoir l'intention et sans en avoir conscience nous renvoyons des éléments de notre état à l'autre. Nous pouvons alors nous demander si l'expression est une communication. Selon Jacques Corraze « l'expression est un concept qui connote la manifestation objective d'un état intérieur » (Corraze, 2014, p.18). Devons-nous différencier ces deux notions à savoir expression et communication ? Ou alors, sont-elles liées et très dépendantes ?

B) POSTURES ET EXPRESSIONS

Selon Jacques Corraze, la posture désigne « la position du corps, ou de ses parties, par rapport à un système de repères déterminés. Il s'agit donc de l'orientation des éléments corporels. » (Corraze, 2014, p.143). La posture représente la façon dont nous nous tenons, la manière dont nous plaçons les différentes parties de notre corps dans l'espace.

La posture et les expressions corporelles participent à la communication non verbale. Le maintien, le contrôle postural et l'ancrage renvoient aussi des éléments sur le message transmis. Faire passer un message en position de repli n'aura pas le même impact que de garder la tête haute avec une allure assurée. La posture est régulée par le tonus, par les émotions et le système sensoriel (Scialom et al., 2011, p.36).

Chaque personne possède un vécu différent et donc une singularité. C'est pourquoi, « la posture est le support des émotions, mais aussi de l'histoire de chacun » (Sage, 2008a, p.3). De plus, « bien qu'il existe des stéréotypes de postures reconnus par tous et marqués culturellement, au quotidien chaque personne exprime corporellement les émotions de manière différente » (Sage, 2008b, p.19). Il est donc fondamental de replacer ce que nous observons dans le contexte et notamment de faire le lien avec l'histoire de la personne. Certaines postures permettent d'identifier rapidement l'état émotionnel du sujet, cependant, en fonction de chaque individu, nous observons de légères variations, moins évidentes.

La gestuelle, par exemple avec les mains, permet de renforcer ce qui est énoncé verbalement. Il s'agit de gestes co-verbaux. Nous pouvons distinguer « d'une part des gestes liés aux activités cognitives de l'individu (représentations spatiales, temporelles, etc...) et d'autre part des gestes liés à l'expressivité émotionnelle » (Zacharopoulou-Sapalidou & Garitte, 2008, p.5). Pour les premiers, nous pouvons citer les emblèmes qui « sont des gestes conventionnels qui peuvent se substituer entièrement au mot (comme faire signe "bonjour") ». Pour les seconds, ceux-ci sont variables en fonction des situations plus ou moins angoissantes. Par ailleurs, nous évoquons aussi les gestes régulateurs ou bâtons qui « règlent le débit de la parole ». Enfin, il y a les gestes illustateurs qui « dessinent des formes, des relations spatiales, décrivent des associations des idées, des actions » (Zacharopoulou-Sapalidou & Garitte, 2008, p.6). Cependant, chaque geste n'est pas univoque, nous ne devons pas interpréter trop rapidement. Effectivement, chaque personne possède des représentations personnelles qui peuvent être différentes et un mouvement ne signifie pas la même chose pour chacun de nous. Il est important d'être attentif et d'être sûr de ce que le sujet tente de nous exprimer. Ils peuvent également permettre de communiquer des informations sans se superposer au langage oral.

Les expressions du visage (gestuelle mimico-faciale) sont aussi à prendre en compte. Elles sont liées aux émotions. Le visage en dit long sur le ressenti du sujet. Mais en complément de ces expressions, la sudation et la coloration de la peau permettent aussi d'en savoir davantage sur l'état de la personne. De plus, l'expression du visage peut traduire l'émotion ressentie. Les traits du visage sont différents suivant si l'individu est en colère, triste ou effrayé. Il existe des bilans psychométriques qui permettent d'évaluer les compétences émotionnelles (identification, compréhension, expression, régulation et utilisation) en testant la reconnaissance des émotions sur des visages, en deux dimensions, sur une feuille.

Nous avons pu observer l'importance de l'engagement corporel. Ce dernier fait grandement appel au tonus musculaire, toile de fond des émotions.

C) LE TONUS MUSCULAIRE ET LE DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL

Pour cette partie, je m'appuie principalement sur le Manuel d'enseignement de psychomotricité (Scialom et al., 2011, p.173-179) dont je citerai la page à chaque fois.

1) DEFINITION DU TONUS

Le mot tonus vient du grec *tonos* qui signifie tension, il est alors question d'un « état de tension permanente des muscles » (Carric & Soufir, 2014, p.253).

Nous distinguons plusieurs types de tonus :

- Le **tonus de base** ou le **tonus de fond** « participe de la qualité de cohésion d'ensemble du corps [...] il soutient alors le sentiment d'unité corporelle et d'individuation et constitue une véritable "enveloppe tonique" en support de l'enveloppe-peau » (p.173). Il est involontaire et permanent, il ne disparaît pas au repos, en dehors de toute activité, ni pendant le sommeil. Il participe à l'état de vigilance.
- Le **tonus postural** « représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des "mises en forme corporelles" (postures) et de leur équilibre. Il est alors lié à la vigilance et à l'éveil, dans une influence réciproque, intervenant dans la régulation de l'activité perceptive » (p.173). Il représente avec le tonus de fond, le substrat de l'affectivité et des émotions. Il est sous commande réflexe mais peut être contrôlé volontairement.
- Le **tonus d'action** « est à la base de la motricité globale (locomotion, gestuelle...) ainsi que de la communication non verbale et du langage » (p.175). Il se définit par la contraction musculaire permettant l'action et le mouvement, dans un déroulement spatialisé. Il peut être recruté le plus fréquemment pour un acte intentionnel sous commande volontaire mais peut également être sollicité dans une action réflexe automatique.

La tonicité corporelle présente trois fonctions principales (p.175) :

- La vision et le tact permettent de rencontrer l'autre ;
- La tonicité fluctue en fonction de notre état interne et permet alors de se rencontrer soi-même ;
- Celle-ci permet aussi de communiquer avec le bébé à travers le dialogue tonique lorsque que nous le portons.

2) DU DEVELOPPEMENT DU TONUS...

Le tonus apparaît dès le 7^{ème} mois de la vie intra-utérine et évolue dans le temps. A la naissance, le nourrisson possède une hypotonie axiale et une hypertonie des membres en flexion. Puis, petit à petit, un équilibre va apparaître avec la diminution du tonus des membres et l'augmentation du tonus de l'axe. Cette évolution va suivre les lois de développement que nous appelons les lois de succession (loi céphalo-caudale et loi proximo-distale) : l'enfant acquiert d'abord le maintien de la tête puis du tronc et ainsi de suite. De même, par exemple, pour le membre supérieur, il s'agit d'abord du tronc puis des bras, des mains et enfin des doigts.

Le tonus du tout petit va varier en fonction de ses états. Nous évoquons alors l'hypertonie d'appel lorsque le nourrisson a faim ou tout autre sentiment d'inconfort. Lorsque ses besoins sont satisfaits nous parlons d'hypotonie de réplétion, de satisfaction. Le tonus permet donc de communiquer mais également de pouvoir rentrer progressivement dans le langage. En effet, « l'enfant va établir des corrélations dans son propre corps entre ses émissions sonores et son vécu tonique, notamment à travers l'imitation verbale » (Ballouard, 2011, p.96). Le tonus a une valeur de communication non-verbale. Les signes émis par le bébé constituent un système d'expression précoce des émotions. Il envoie des signaux auxquels la mère donne du sens. Selon Wilfried R. Bion, « afin de pouvoir donner un sens à une expérience intérieure, les données des sens non élaborées doivent être transformées en éléments mentaux. Les sensations brutes, les éléments bêta sont nécessairement évacués. Les éléments alpha peuvent quant à eux servir de pierres angulaires d'un développement émotionnel et intellectuel » (Bronstein, 2012, p.772). Les éléments bêta produits par le bébé vont être transformés en éléments alpha par la mère ce qui permet de structurer la pensée de l'enfant.

3) ... AU DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL

Henri Wallon dès 1930 a employé le terme de « dialogue tonique ». Puis en 1977, Julian de Ajuriaguerra a décrit le « dialogue tonico-émotionnel » en reprenant et en approfondissant le travail réalisé auparavant par Henri Wallon.

Pour Julian de Ajuriaguerra, « le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge » (Bachollet & Marcelli, 2010, p.14).

Henri Wallon en 1942 explique que l'ajustement tonique « se fait sur un mode vibratoire selon quatre modalités » (Scialom et al., 2011, p.179-180) :

- **Porter** : « le lien tonique est nourri par les portages et les soins donnés à l'enfant. » Chaque parent porte son enfant différemment ce qui permet d'enrichir le dialogue ;
- **Palper** : il s'agit du toucher ;
- **Parler** : la mise en mots des éprouvés corporels permet à l'enfant de se les approprier et de se les représenter ;
- **Penser** : « le parent pense pour son enfant et désintoxique son vécu », cela nous renvoie aux théories de Wilfried R. Bion.

Lorsque le bébé est porté dans les bras de sa mère, plusieurs paramètres sont à prendre en compte comme le tonus des bras, le rythme du portage, la mimique du visage et la musique de la voix (prosodie). Cela forme le dialogue tonico-prosodico-mimo-émotionnel (Bachollet & Marcelli, 2010, p.15).

Donald W. Winnicott a élaboré les concepts de « holding » et « handling » (Lehmann, 2007, P.173-174) :

- **Le holding** correspond à la manière dont l'enfant est porté physiquement, il tient compte « de la sensibilité de la peau de l'enfant (toucher, température) mais également de sa sensibilité auditive, visuelle, ainsi que de sa sensibilité à la chute (effet de la pesanteur) ».
- **Le handling** est un prolongement du holding. Il « désigne non seulement les soins manuels prodigués par la mère ou ses substituts quand elles font la toilette du nourrisson, le changent, l'habillent, mais également les caresses et les autres contacts affectifs cutanés ».

Donald W. Winnicott précise que l'existence, « même si elle est fondée sur une tendance innée à grandir, elle ne peut être effective sans la présence d'un être humain qui participe activement au holding ("maintien") et au handling ("maniement") du bébé. Une rupture dans ce domaine correspond à des troubles somatiques » (Winnicott et al., 2007, p.67). Le jeune enfant ne peut donc pas se développer normalement sans être porté autant physiquement que psychiquement. Ne pas concevoir le portage comme un soin autant nécessaire que la nourriture est délétère pour l'évolution du nourrisson.

Le toucher est alors très important dans la communication. Cependant, il faut être attentif à la manière dont nous touchons ; cela peut être vécu comme un acte bienveillant mais également comme intrusif. Cela peut perturber la fonction de pare excitation de la peau en particulier chez le tout-petit et chez une personne porteuse d'un handicap. Il est important de mettre en place une relation de confiance.

4) LE DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL COMME SUPPORT DE LA COMMUNICATION EN PSYCHOMOTRICITE

Par ailleurs, en psychomotricité notamment, il est important que le thérapeute soit attentif à ce qu'il renvoie au patient. Le dialogue tonique se réalise dans les deux sens : chaque sujet envoie des informations à l'autre. Selon Catherine Potel, « on ne peut pas concevoir un travail du toucher sans saisir la part touchée de soi quand on touche » (Potel, 2015, p.116). Nous pouvons évoquer les notions de transfert et de contre-transfert. Ces concepts sont employés plus particulièrement en psychanalyse. Le transfert est le « mécanisme par lequel un sujet, au cours de la cure, reporte sur le psychanalyste les sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait primitivement, surtout dans l'enfance, pour ses parents ou ses proches » (CNRTL, s. d.). Nous voyons ici qu'il s'agit d'un mouvement du patient vers le thérapeute.

Le contre-transfert est quant à lui « l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation » (Larousse, s. d.). Dans ce cas, la transmission se fait dans l'autre sens, du thérapeute vers le patient. En psychomotricité, nous retrouvons aussi cela. Cependant, à la différence de la psychanalyse, nous n'analysons pas le transfert.

Le tonus est donc fondamental en psychomotricité, le dialogue tonico-émotionnel est inscrit dans la communication non verbale.

A l'hôpital de jour, j'ai pu participer à « l'atelier tissus ». A la fin de la séance, nous proposons aux enfants de placer le tissu de façon à former une « gouttière ». Pour cela, deux professionnels se placent chacun à un bout du tissu et relèvent les bords. L'enfant va venir s'asseoir au milieu en se tenant de chaque côté au tissu. Puis, les professionnels penchent le tissu vers les côtés pour provoquer un balancement. L'intérêt est que l'enfant s'ajuste toniquement afin de ne pas se laisser tomber. Il doit se laisser porter tout en régulant son tonus.

En tenant le tissu, j'ai pu constater qu'en fonction de l'enfant, l'engagement tonique n'est pas le même. Pour certains enfants, le tonus est plus élevé que pour d'autres dans cette situation. Nous pouvons faire l'hypothèse que certains présentent davantage d'angoisses et notamment des angoisses de chutes. Le tissu représente un intermédiaire par lequel le dialogue tonique s'effectue tout autant. L'enfant perçoit le mouvement et en retour nous adaptons notre manière de tenir le tissu. En effet, en tant que psychomotriciens, nous sommes à l'écoute de cette régulation tonique ce qui nous permet de nous adapter, de nous ajuster à la situation. De plus, selon les textures des tissus, nous n'observons pas les mêmes réactions puisque cela vient stimuler les canaux sensoriels de différentes manières : certains tissus peuvent produire des bruits lorsque nous les touchons, cela fait appel au sens tactile mais aussi au sens auditif, un enfant peut apprécier une texture et pas une autre.

« Agissant sur un mode vibratoire, le tonus assure une fonction de communication, à la fois consciente et inconsciente avec des variations qui, par étayage, se chargent d'affects et de représentations, formant un ensemble psychomoteur qui se transforme, se décline, s'enrichit, ou s'appauvrit selon les rencontres. » (Scialom et al., 2011, p.174).

Le tonus varie en fonction de nos expériences et de notre état émotionnel, c'est pour cette raison que nous évoquons le terme de dialogue tonico-émotionnel.

Quand nous marchons main dans la main avec un enfant, si nous réalisons des petites pressions dans sa main, nous pouvons observer une régulation du rythme de la marche avec un accordage entre les deux partenaires : il s'agit d'un dialogue tonico-émotionnel. Lorsque nous faisons cela, nous accentuons ce qui se passe inconsciemment lorsque nous marchons, c'est-à-dire une variation de tonus.

Également, par ces petites pressions, nous permettons à l'enfant de retrouver une certaine verticalité et d'avoir de meilleurs appuis. Des appuis stables et solides permettent un ancrage et ainsi favorisent un sentiment de sécurité. De plus, la main, en complément de ses aspects sensoriels (chaleur corporelle, texture), transmet à l'enfant une sécurité affective.

D) LE REGARD

Le regard est aussi un élément important de la communication. Il en existe plusieurs types. Par exemple, il peut être fuyant, soutenant ou fermé. Une personne peut présenter un regard vide ou fixe sur un objet ou un individu. Nous pouvons alors parler de grasping visuel où « le regard est involontairement attiré vers un endroit ou un objet. Les tentatives de fixation volontaires sont invariablement parasitées par le retour du regard vers l'objet de fixation premier qui représente la réassurance » (Dr Boussand, 2011). A l'opposé, le regard peut être instable et en permanence en mouvement.

Il ne s'agit pas seulement de décrire les types de regard, il est également important de prendre en compte la multitude de fonctions de celui-ci. En effet, il participe grandement au développement de l'enfant. Alain Berthoz nous explique que l'enfant, « avant de marcher avec ses jambes, [il] marche avec son regard, il interroge sa mère » (Berthoz, 2008, p.34). Le regard de la mère permet de soutenir l'enfant. De plus, « échanger un regard exige que le sujet ait construit une perception cohérente de lui-même et de ses relations avec le monde » (Berthoz, 2008, p.47). Nous pouvons alors faire référence aux stades de corps perçu, de corps vécu et de corps conçu (Berthoz, 2008, p.47).

Également, le regard permet de porter l'enfant psychiquement. Nous pouvons penser aux notions de « holding » et « handling » de Donald W. Winnicott évoquées auparavant.

Le regard se suffit à lui-même, nous ne sommes pas obligés de parler pour nous comprendre. De plus, selon Daniel Marcelli, en général, le regard précède la communication prosodique, tonique puis verbale : « mère et bébé commencent par se regarder, s'envisager plus que se dévisager, puis entrent en interaction quand chaque partenaire semble y être disposé. L'échange de regard soutient et pilote un partage émotionnel au cours duquel la prosodie, l'expression mimique, la tonalité de la voix forment un tout cohérent d'où pourra émerger progressivement un sens univoque, en une sorte de sens émotionnel qui précède la compréhension du discours et des mots. » (Bachollet & Marcelli, 2010, p.16).

Il s'agit d'une fin de séance, l'enfant se trouve dans un coussin enveloppant, il écoute une musique calme. Il m'appelle afin que je me place près de lui. Durant l'écoute, l'enfant me fixe du regard. Dès l'instant où je porte mon regard vers lui, il dévie le sien. Je décide alors de détourner les yeux pendant quelques minutes afin de le laisser m'observer. Petit à petit, je dirige à nouveau mon regard vers lui et je note qu'il ouvre les yeux puis les ferme. Plus tard, par moments, il a été possible de rester en contact visuel, il s'est alors mis à sourire.

Ma place, en tant que stagiaire, est venue faire tiers dans la relation duelle mise en place depuis plusieurs années entre la psychomotricienne et cet enfant. Je pense qu'un temps d'habituatation à ma présence était nécessaire pour cet enfant, un temps pour apprendre à me connaître. Dans ce cas, nous avons pu faire connaissance par le regard. Nous observons ici un ajustement. Le regard a permis de nous mettre en relation sans utiliser le langage.

Le regard en dit long sur l'émotion du sujet. En effet « le regard échangé est chargé d'émotion et il n'est pas possible d'évoquer l'échange du regard sans insister sur l'importance de l'émotion dans la détection du regard d'autrui » (Berthoz, 2008, p.43).

V- LES OUTILS DE COMMUNICATION

Il existe différents outils élaborés spécifiquement pour communiquer. Ces systèmes de communication alternatifs nécessitent une formation, une initiation. Ils ne sont pas innés et sont le fruit d'un apprentissage.

A) La Langue des Signes Française :

La LSF « s'appuie sur le langage mimique (expression par un geste défini des objets, actions, sentiments), sur l'imitation (caractéristique d'un objet, d'une action), mais aussi sur la symbolisation, l'allusion et les conventions. L'expression du visage est très importante » (Blog Hop'toys, 2018). Comme il s'agit d'une langue, elle n'est pas universelle. Chaque pays possède sa propre langue des signes. La LSF se rapproche du langage verbal car elle est élaborée de la même façon. Il s'agit donc d'une langue construite et non pas seulement d'imitation d'actions ou d'objets.

B) Le Makaton :

Il peut être utilisé pour des adultes ou enfants atteints de troubles d'apprentissage et de la communication. « Le Makaton favorise le développement du langage oral en proposant plusieurs canaux de communication :

- **Gestuel** : on utilise des signes dont la plupart sont issus de la LSF ;
- **Écrit** : on utilise les pictogrammes qui sont conçus pour représenter des mots, des concepts ;
- **Oral** : tous les mots sont oralisés. » (Centre de Ressources Multihandicap, 2010).

C) Le cahier de communication :

Nous pouvons également citer le cahier de communication où le sujet doit associer plusieurs pictogrammes afin de réaliser une demande. Il s'agit toujours d'une phrase de type « je veux ... » et l'individu ajoute les images qu'il souhaite.

A l'hôpital de jour, le petit déjeuner est un moment dédié à inciter les enfants à communiquer. En effet, chacun à tour de rôle doit faire part de ce qu'il a envie de boire ou manger.

Certains, ayant des difficultés de langage, prennent leur cahier de communication et collent le pictogramme correspondant à leur demande. Ils peuvent ainsi participer aux échanges et exprimer leurs souhaits. Cela permet de créer des interactions.

D) Le Pragmatic Organisation Dynamic Display (PODD) :

En Français, il signifie Tableaux Dynamiques à Organisation Pragmatique. Il s'agit d'un « ensemble de classeurs de communication à base de pictogrammes. Ces classeurs ont une organisation du vocabulaire très spécifique (organisation "pragmatique" et "dynamique") qui doit permettre à l'enfant de dire "ce qu'il veut, à qui il veut, quand il veut" » (Association Française du Syndrome d'Angelman, 2014). Le PODD s'adapte au sujet puisqu'il est construit de manière individualisée. A la différence du cahier de communication simple, le PODD permet de communiquer de nombreux messages et pas seulement les phrases construites sous la forme de « je veux... ». Il est alors possible de raconter ce que la personne a fait ou va faire et il ne s'agit pas seulement de réaliser une demande.

E) Picture Exchange Communication System (P.E.C.S.) :

« En Français, il s'agit d'un système de communication par échange d'images. » Le but est l'échange d'une image contre un objet désiré. Nous incitons la personne à communiquer, à réaliser des demandes (Blog Hop'toys, 2014).

Dans la MAS où je réalise mon stage, cette technique est très utilisée par l'accueil de jour. Certains résidents s'en sont saisis et viennent vers nous, une image à la main pour demander certains jeux comme le ballon. De plus, la journée est résumée par des images placées sur un tableau. Il s'agit d'un planning d'orientation temporelle permettant l'anticipation des événements à venir. Cela participe ainsi à la réduction des troubles comportementaux. Après chaque temps, nous décollons l'image avec le résident pour lui montrer que l'activité est terminée.

SYNTHESE DE LA PARTIE 1

La communication est une notion complexe, nous avons pu voir qu'il n'y a pas un seul type de communication. Le langage est souvent perçu comme le premier moyen d'échange mais un grand nombre d'éléments propres au corps y contribuent aussi. Nous distinguons la communication verbale, la communication para-verbale et la communication non verbale. Chacune possède ses propres caractéristiques. Nous retrouvons des notions de psychomotricité dans les différentes modalités observées lors d'interactions. Cependant, une forme se rapproche davantage de notre profession, la communication non-verbale.

Maintenant que les éléments principaux ont été définis, il est intéressant de se questionner sur les entraves à la communication lors de pathologies. En effet, des difficultés de communication peuvent être causées par une multitude de troubles. Parmi ceux-là, nous pouvons notamment évoquer le polyhandicap.

PARTIE 2 : LE POLYHANDICAP

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »

Françoise Dolto
Les étapes majeures de l'enfance, 1998

Après avoir posé les bases de la communication « normo-typique », nous allons à présent s'intéresser à celle concernée par le cadre du polyhandicap. Nous en évoquerons donc les freins et nous établirons un regard spécifique à travers les items que l'on retrouve en psychomotricité. Enfin, la prise en charge sera brièvement exposée.

I- DEFINITIONS

A) LE POLYHANDICAP DANS LE HANDICAP

En général, nous préférons l'utilisation du terme « sujet en situation de polyhandicap » plutôt que « polyhandicapé ». En effet, la pathologie ne définit pas l'identité, une personne est avant tout un être humain. Nous pouvons en dire de même pour tous les types d'affections.

Tout d'abord, il semble important de définir le terme de « handicap ». Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises » (Comité national Coordination Action Handicap).

Si nous nous penchons du côté de la loi, nous trouvons l'article L114 de la loi du 11 février 2005 : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (*Legifrance*).

Nous constatons qu'à ce jour, dans la Classification Internationale du Fonctionnement (C.I.F.) qui a remplacé la Classification Internationale du Handicap (C.I.H.), nous utilisons les termes de fonctionnement et de degré de participation à une activité.

En effet, dans le passé, et notamment dans le modèle de Philip Wood (Chapireau, 2001, p.37-56), il était question de :

- **Déficiences** : qui correspondent à des atteintes d'organes ou de fonctions.
- **Incapacité** : il s'agit de la conséquence de la déficience, centrée sur l'activité. Les limitations des gestes et des activités de la vie ordinaire engagent la personne dans son ensemble.
- **Handicap** ou **désavantage social** : les limitations au libre exercice des rôles sociaux défavorisent la personne par rapport à la situation qui serait la sienne si elle était bien portante. Il s'agit donc d'un désavantage social pour un individu donné en lien avec la déficience et l'incapacité.

De plus, le mot handicap n'existe que depuis 1957, il a remplacé les termes d'« invalide » ou d'« infirme ». Les définitions ont donc évolué permettant une vision davantage positive et intégrative du handicap.

B) LE POLYHANDICAP

1) DEFINITIONS

Pour commencer, il est nécessaire de distinguer les « multi-handicaps ». Le Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et Incapacités (CTNERHI) a différencié ces différentes notions en 1980 (Zucman, 2007, p.89) :

- Le **plurihandicap** est une « association fortuite de plusieurs déficiences graves, avec coefficient intellectuel normal ou supérieur à 50 ». Nous pouvons citer comme exemple une surdité associée à une cécité.
- Le **polyhandicap** est une « association de plusieurs déficiences graves, expressions multiples de lésions cérébrales diffuses, avec quotient intellectuel inférieur à 50, troubles neuromoteurs associés et une dépendance importante dans les actes de la vie quotidienne ».

- Le **surhandicap** désigne une « surcharge progressive d'une déficience par des troubles relationnels ou cognitifs, consécutifs à des carences dans l'environnement familial, institutionnel ou social ». Le surhandicap est le plus fréquent. Il constitue un risque majeur chez les personnes pluri- ou polyhandicapées. Une prévention active et continue est donc indispensable.

En 1969, Elizabeth Zucman a été la première à décrire le polyhandicap. Depuis, les définitions ont évolué grâce aux recherches et aux nouvelles découvertes.

De par la multitude de description du polyhandicap et de sa complexité, j'ai fait le choix de me concentrer sur une définition. Cette dernière, conséquente, représente les différentes facettes du polyhandicap. Il s'agit d'une description large du polyhandicap, adoptée par le ministère :

« Les personnes polyhandicapées sont des enfants ou des 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 accidents ou à des affections progressives et dégénératives, chez lesquels la déficience mentale sévère est associée à des troubles moteurs et très souvent à d'autres déficiences, entraînant une restriction extrême de leur autonomie, nécessitant à tout âge de la vie un accompagnement permanent et qualifié associant éducation, soins, communication et socialisation ainsi qu'un accompagnement proche, dense et individualisé. » (Zucman, 2007, p.180).

Ainsi, nous observons qu'il est question d'une association de déficiences :

- La **déficience mentale** ou **déficience intellectuelle** est définie par l'OMS 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 » (Comité national Coordination Action Handicap). Il est important de ne pas la confondre avec le handicap psychique qui lui n'a pas de cause connue et ne présente pas toujours de déficience intellectuelle.

- Un **handicap moteur** (ou **déficience motrice**) « recouvre l'ensemble des troubles (troubles de la dextérité, paralysie, ...) pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes) » (Comité national Coordination Action Handicap).

2) ETIOLOGIE

L'étiologie exacte du polyhandicap n'est pas totalement définie. En effet, pour environ 30% des cas, les atteintes sont inconnues. Toutefois, les causes connues ont leur origine dans une période proche de la naissance. Le plus fréquemment, en prénatal, avec des causes génétiques, chromosomiques, métaboliques ou une maladie maternelle. En périnatal, une anoxie, une infection ou un traumatisme peuvent altérer un cerveau fragile. Enfin, en postnatal des infections méningées, cérébrales et des traumatismes peuvent être mises en cause.

3) LES TROUBLES ASSOCIES

Il existe un grand nombre de troubles associés au polyhandicap. Des répercussions notables existent suite à la complexité de la présentation clinique. En effet, « les problèmes médicaux des personnes gravement handicapées, notamment polyhandicapées, dérivent principalement des atteintes neurologiques primaires et concernent essentiellement la sphère alimentaire et digestive et la sphère orthopédique » (Chavaroche, 2013, p.38).

Il peut donc y avoir des « fausses routes » provenant d'un défaut du réflexe de déglutition. De plus, certaines positions pour manger ou boire peuvent entraîner des difficultés comme l'hyperextension de la tête ou les mouvements parasites (Chavaroche, 2013, p.38). Nous pouvons également évoquer les problèmes de digestion (reflux gastriques, perturbations du transit). Les déformations orthopédiques sont également courantes. Des troubles sensoriels sont fréquents avec en particulier les troubles de la vision ou de l'audition. Cela peut entraîner des comportements de repli et d'isolement. L'épilepsie est souvent retrouvée.

Enfin, nous pouvons parfois observer des troubles du comportement avec auto-agressivité (automutilations, se frapper etc...) et/ou hétéro-agressivité. Il est intéressant de comprendre la valeur et le sens de ces actes, il peut s'agir d'un moyen pour communiquer ou pour se sentir exister.

Virginie se tape constamment les tempes. Ce comportement s'accroît lorsqu'elle a faim ou qu'elle est frustrée. Nous pouvons constater qu'il s'agit d'une manière de s'exprimer. Le but est alors de trouver un autre moyen, en équipe, qui pourrait lui permettre de communiquer sans se faire du mal.

Une des caractéristiques qui est souvent présente dans le polyhandicap est la réduction de l'autonomie amenant à une dépendance. Les gestes du quotidien nécessitent un accompagnement. La relation avec l'environnement de l'individu est également rendue difficile, entravant les moyens d'échanges.

II- LES FREINS A LA COMMUNICATION

Pour une personne en situation de polyhandicap, « les capacités à se mouvoir, à apprendre et à communiquer se trouvent fortement entravées. L'autonomie extrêmement réduite ne signifie pas pour autant que les personnes polyhandicapées ne développent pas certaines capacités d'adaptation » (Scialom et al., 2015, p.140). En effet, les modes de relations vont être différents mais ils seront tout de même présents. Une personne porteuse d'un polyhandicap va pouvoir s'adapter et évoluer par elle-même et avec les aides qui lui sont proposées. Il est donc important, pour chaque individu, de connaître les éléments perturbant sa communication. Il s'agit d'un double handicap, les deux interlocuteurs sont mis en difficulté : la personne en situation de polyhandicap mais aussi celle souhaitant entrer en relation avec elle. Il peut être délicat de savoir de quelle manière aborder l'autre. Il faut être ouvert à la relation et à toutes les caractéristiques de ces sujets afin d'établir un lien, de permettre l'échange.

Chaque individu étant singulier, les préférences, les atteintes et les manières de faire diffèrent. Nous évoquons alors ce que nous qualifions de « freins à la communication ». Cependant, nous parlons de freins mais pour quelle raison ? Pour nous, il s'agit d'une entrave car c'est un mode de fonctionnement différent de ce que nous avons l'habitude d'observer.

Nous pouvons donc nous questionner : s'agit-il réellement de freins ou tout simplement d'un mode d'échange alternatif ?

Pour échanger et construire une relation, il est aussi important d'avoir une conscience de soi et de l'autre. Sans ce sentiment d'existence, l'échange est perturbé.

Ainsi, nous allons nous intéresser à la conscience de soi et de l'autre avant d'évoquer les modalités relationnelles différentes, causées par les conséquences des troubles.

A) CONSCIENCE DE SOI ET DE L'AUTRE

1) L'EMERGENCE DE LA CONSCIENCE DE SOI

Avoir conscience de soi et de l'autre font également partie des modalités relationnelles qui peuvent exister. Il est question d'habiter son corps, de se sentir « chez soi » et de se différencier de l'autre. Dès sa naissance et tout au long de son développement, le nourrisson va prendre conscience petit à petit de ces notions. Nous pouvons dire que « c'est par l'appropriation subjective de son corps – avec un corps qui devient de plus en plus autonome et au service du désir, de la découverte, des expériences et de la curiosité – que l'enfant prend possession de lui-même » (Potel, 2010, p.79). Toutes les expériences et les expérimentations qu'il va vivre vont forger cette représentation de soi et de l'autre. Les sensations vont devenir progressivement des perceptions, qui à leur tour, vont permettre de construire des représentations.

C'est à la naissance que le bébé va commencer à percevoir cette différence de l'espace de soi et du non soi. Jusqu'à présent, il était dans le ventre de sa mère et les deux ne formaient qu'un. C'est pourquoi, « les premières perceptions et sensations liées à l'air et à la pesanteur naissent du premier moment, celui qui augure la vie hors du ventre maternel » (Potel, 2010, p.130).

Lorsque le bébé naît, il se retrouve au contact de l'extérieur et une ébauche de la différenciation d'autrui émerge. Des inquiétudes apparaissent et c'est ainsi que le bébé peut être calmé par un contact physique, ou en le couvrant d'un drap par exemple.

Cependant, « les angoisses corporelles du nouveau-né normal persistent chez l'autiste ou le polyhandicapé qui n'ont pas construit cette enveloppe : ce sont des vécus d'écoulement, de liquéfaction et de chute » (Haag, 1993, p.38).

Dans le développement normal, cette conscience corporelle va peu à peu s'accroître par toutes les expériences sensori-motrices que va réaliser l'enfant. Selon André Bullinger, « la constitution d'une subjectivité est un long processus qui s'appuie sur les interactions que l'organisme entretient avec son milieu » (Bullinger, 2007, p.23). Les flux sensoriels prennent une place importante dans ces vécus. L'enfant va notamment réaliser des « expériences polysensorielles qui incluent en général une expérience proprioceptive » (Rochat, 2003, p.40). La proprioception désigne la « perception qu'a l'homme de son propre corps, par les sensations kinesthésiques et posturales en relation avec la situation du corps par rapport à l'intensité de l'attraction terrestre » (CNRTL, s. d.). Cette impression est donc très liée à la conscience de soi. Les expériences polysensorielles sont représentées notamment par le toucher double. A titre d'exemple, lorsque « je porte ma main à ma joue, je fais l'expérience exclusive de ma main touchant mon visage et mon visage touchant ma main » (Rochat, 2003, p.40). L'enfant sent alors que deux parties de son corps sont sollicitées et touchées.

2) LE ROLE DE L'AUTRE DANS LA CONSTRUCTION DE SOI

Nous pouvons également noter l'importance de l'adulte, des figures parentales qui permettent d'accompagner et de soutenir cette construction de soi. En effet, « une autonomie bien intégrée ne peut se construire qu'à partir du sentiment d'être soi, et celui-ci ne peut naître que de l'appui que l'on trouve auprès d'un autre, en général l'adulte » (Potel, 2010, p.87). Nous voyons donc une complémentarité entre soi et l'autre, chacun se nourrit réciproquement : l'enfant expérimente parce que le parent lui en donne la possibilité. Et pour être autonome, il faut se sentir différencié de l'autre, il s'agit donc d'un processus complexe.

Selon Donald W. Winnicott, la mère est le premier miroir de l'enfant, elle « regarde le bébé, et ce que son visage exprime est en relation avec ce qu'elle voit » (cité dans Winnicott et al., 2007, p.29). Nous pouvons nous questionner sur cette notion de regard lorsqu'il s'agit d'un enfant en situation de polyhandicap : quel regard porte la mère sur lui ?

« Le bébé, à travers le miroir particulier que sont les yeux de sa mère, a non seulement une image de lui-même mais aussi des sentiments que lui renvoie celle-ci à son égard. Que voit alors un enfant polyhandicapé ? Un regard bouleversé, fuyant, inquiet, déprimé ? » (Rofidal & Pagano, 2018, p.48).

Le visage de la mère est donc le précurseur du stade du miroir (Winnicott et al., 2007, p.29). Or, « que le sujet ait un sens des autres et de soi suppose déjà l'idée d'un corps contenu, non seulement dans son image (c'est le stade du miroir décrit par Lacan, intégré par l'enfant entre 16 et 18 mois) mais aussi dans son intériorité, une intériorité qui ne cesse de s'enrichir » (Potel, 2010, p.73). Le stade du miroir est donc une étape importante dans le développement de l'enfant, il prend alors conscience de son propre corps et se différencie de l'autre. « Il s'agit de la rencontre de l'enfant, encore immature au plan moteur, avec son image. » (Assoun, 2017, p32). Jacques Lacan évoque « la matrice symbolique où le je se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre et que le langage ne lui restitue dans l'universel une fonction de sujet » (cité dans Assoun, 2017, p.37). En effet, le pronom « je » vient marquer cette individuation. Nous observons que les enfants, au départ, parlent d'eux à la troisième personne du singulier et c'est lorsqu'ils ont pris conscience de leur unité qu'ils peuvent utiliser le « je » pour se définir.

Par exemple, je pense à un résident de la MAS qui utilise le langage verbal. Il peut communiquer et possède du vocabulaire. Cependant, il n'a pas accès au « je » et se nomme par son prénom.

Nous pouvons alors nous questionner sur son rapport avec son corps, s'il possède la sensation d'appartenance à son corps et qu'en est-il de sa construction de soi ?

3) L'IMPORTANCE DES LIMITES CORPORELLES

« Mais ce sens de soi ne peut véritablement se construire que si toutes ces expériences faites et éprouvées par l'enfant peuvent se « loger » dans un espace, celui d'un corps protégé par des limites sensibles solides, sécurisantes. » (Potel, 2010, p.73). En effet, pour habiter son corps, il faut s'y sentir en sécurité, le corps est notre « maison », il doit nous protéger. Nous pouvons faire un lien avec la notion d'enveloppe corporelle. La peau représente la limite entre l'intériorité et l'extérieur.

Didier Anzieu évoque la peau comme « à la fois une pellicule et une interface [...] séparant ces deux mondes en les mettant en relation. » Il décrit deux rôles de cette interface, la fonction de pare-excitation pour « la couche la plus externe la plus périphérique, la plus durcie, la plus rigide, [...] tournée vers le monde extérieur. » Et la fonction réceptrice correspondant à « la couche interne, plus mince, plus souple, plus sensible » (Anzieu, 1995, p.258).

La notion de limite dedans/dehors est donc importante. Dans le polyhandicap, ce sentiment est souvent perturbé. Nous voyons alors des sujets qui ne se différencient pas de l'autre. Ils peuvent prendre la main de la personne près d'eux pour réaliser l'action pensant qu'il s'agit de leur propre corps. Ils peuvent également se coller à l'autre, pensant que l'ensemble ne fait qu'un.

Un résident de la MAS se laisse souvent tomber sur les personnes présentes autour de lui. Il possède pourtant de bons appuis mais il a besoin de cette fusion à l'autre. Il ne se ressent pas comme une personne individuée, en sécurité et le contact avec l'autre lui est indispensable.

En séance de psychomotricité, nous pouvons voir qu'il recherche la proximité. En effet, il colle son visage contre celui de la psychomotricienne presque comme s'il voulait entrer à l'intérieur d'elle. Cette (illusion de) fusion est non seulement rassurante, mais elle participe aussi au soutien, pour le résident, du sentiment d'être. Cela empêche, paradoxalement, une construction sécurisée de la conscience de soi puisqu'elle n'est pas différenciée de celle de l'autre.

4) DANS LE POLYHANDICAP

Sans expérience, nous ne nous connaissons pas, nous ne connaissons pas nos limites et cela nous empêche d'être soi, à l'aise dans l'environnement. Dans le polyhandicap, le corps peut être « peu disponible pour faire des expériences sensorielles et motrices, accaparé qu'il est par la douleur, l'insécurité et la succession d'actes médicaux plus ou moins intrusifs et douloureux » (Rofidal & Pagano, 2018, p.52). En effet, la pathologie fait que dès la naissance, le sujet a besoin d'un grand nombre de soins qui peuvent être vécus plus ou moins violemment.

Des examens médicaux sont réguliers et « dans ce contexte, l'enfant mémorise des expériences sensorielles traumatisantes qui peuvent s'inscrire au plus profond de son être » (Rofidal & Pagano, 2018, p.52).

Cependant, « l'enfant polyhandicapé a, pendant sa vie intra-utérine, vécu des expériences avec son environnement. Ces expériences "basales" lui offrent des possibilités de perception somatique (ressentir son corps et son enveloppe par le toucher), vestibulaire (ressentir son corps par le mouvement dans l'espace) et vibratoire (ressentir son corps et son squelette par la voix humaine) » (Rofidal & Pagano, 2018, p.65-66). Ces différentes modalités permettent cette première conscience de soi.

Également, dans le polyhandicap, les expériences sensori-motrices sont éprouvées mais leur intégration et leur représentation peuvent en être perturbées. Et tout cela va entraver la relation à soi, à l'autre et à l'environnement et donc la communication. Selon André Bullinger, « des limitations dans les capacités représentatives rendent difficiles les élaborations instrumentales pour la communication et l'échange physique avec son milieu » (Bullinger, 2007, p.154-155).

C'est ainsi que la communication non verbale prend toute son importance. En effet, « chez l'adulte, un ensemble de représentations sont susceptibles de relayer le « dialogue tonique » dans son rôle de régulation tonico-émotionnelle » (Bullinger, 2007, p.154). Avec l'apparition du langage, le dialogue tonico-émotionnel ne sera plus le canal privilégié de communication même s'il est toujours présent. Cependant, « la personne profondément déficiente ne dispose pas le plus souvent de moyens de communication instrumentaux et médiatisés » (Bullinger, 2007, p.157).

La plupart des personnes en situation de polyhandicap n'accèdent pas au langage et un autre moyen doit être utilisé afin de s'exprimer. Le dialogue tonico-émotionnel peut donc, dans ce contexte, reprendre une place centrale pour communiquer.

Toutes ces perturbations viennent modifier les moyens d'échange. La manière d'être en relation va être adaptée en fonction des différentes caractéristiques.

B) MODALITES RELATIONNELLES DIFFERENTES

1) TONUS ET REPERCUSSIONS PHYSIQUES

Tout d'abord, nous allons revenir sur la grande notion du tonus, toile de fond des émotions. Certains individus peuvent être hypotoniques, soit au niveau d'une partie du corps soit globalement. Au niveau du visage, par exemple, cela peut empêcher la lecture des mimiques : le sujet possède une expression neutre et identique à longueur de temps, et ainsi les mimiques sont peu perceptibles.

A l'opposé, l'hypertonie peut empêcher la réalisation de certains mouvements. Elle peut bloquer la personne dans une posture, les membres sont raides rendant impossible toute mobilité.

Une résidente à la MAS présente une hypertonie au niveau du cou avec une très grande résistance pour se tourner vers la gauche. Sa tête est donc la plupart du temps penchée en avant, vers le bas et vers la droite. Il est alors difficile pour elle, de diriger son regard vers autrui afin de communiquer. Or, nous avons vu précédemment que le regard permet de soutenir la communication. Cette résidente se trouve ainsi fermée sur elle-même ce qui peut lui procurer un sentiment d'isolement et renforcer une symptomatologie dépressive.

Des mobilisations passives lui sont proposées afin d'élargir l'amplitude des mouvements de ses cervicales. A la fin de ces temps, nous pouvons observer que cette résidente présente un meilleur port de tête, le regard droit vers l'horizon. Nous constatons un sourire sur son visage, ses yeux explorent l'environnement et suivent les échanges qui se réalisent autour d'elle.

Une hypertonie et un manque de mobilisation peuvent entraîner des rétractations au niveau des membres. Il s'agit d'une des complications les plus fréquentes dans le polyhandicap. Celles-ci peuvent modifier, voire empêcher, l'exécution de certains gestes. La personne se trouve donc en difficulté à faire part de ce qu'elle souhaite transmettre. Par exemple, elle ne parvient pas à pointer les objets ou les personnes. Il en est de même pour attraper quelque chose. Cela demande de déployer beaucoup d'énergie. Répéter et faire cet effort tout au long de la journée peut être épuisant et inciter à ne plus essayer et à se refermer sur soi.

2) LES MOUVEMENTS PARASITES

Nous pouvons évoquer les mouvements perturbant l'échange avec notamment le cas des personnes hyperexcitables avec des gestes exacerbés comme lors du syndrome d'Angelman. Il s'agit d'une maladie neurogénétique entraînant « une déficience mentale d'intensité variable, associée à un retard du développement moteur, une hyperactivité et une quasi-absence de langage ». Ce syndrome peut causer également une « capacité d'attention faible, une démarche raide et saccadée et des traits comportementaux particuliers avec sourires et rires très faciles, une hyperexcitabilité se traduisant par un battement des avant-bras et une hyperactivité » (Association Française du Syndrome d'Angelman, 2018).

Ces mouvements viennent perturber les échanges, nous pouvons les mettre en lien avec les stéréotypies, elles aussi entravant la communication. Elles sont caractérisées par « la répétition continuelle des mêmes gestes (stéréotypie motrice ou échopraxie), des mêmes tics, des mêmes mots (stéréotypie verbale ou écholalie) » (Carric & Soufir, 2014, p.239). Il s'agit de mouvements répétitifs, souvent rythmés dans lesquels la personne paraît s'absorber. Ces stéréotypies semblent procurer à la personne une intense satisfaction (autostimulation) et une excitation. Elles ont des conséquences sur les fonctions motrices de coordination, de praxie, sur les fonctions sensorielles mais elles jouent aussi un rôle dans la dimension relationnelle. En effet, la stéréotypie peut venir couper la relation et peut diminuer les interactions et par conséquent renforcer l'isolement. Les stéréotypies viennent réguler les angoisses du sujet dont l'origine peut être de nombreux stimuli du milieu. Il est ainsi fréquent que « les informations données par l'environnement ne soient pas comprises par l'enfant. Celui-ci, pour conserver une certaine stabilité psychique et physique, s'organise lui-même des situations stimulantes (stimulations vestibulaires, vibratoires, somatiques) » (Rofidal & Pagano, 2018, p.55).

3) DES REPRESENTATIONS DIFFERENTES

Les signaux de communication des personnes en situation de polyhandicap ne correspondent pas toujours à nos représentations et aux codes sociaux de notre société. Ils ne vont pas montrer les choses de la même manière. Par exemple, nous pouvons voir des individus qui vont sourire en réaction à la douleur.

Il est aussi important de prendre en compte qu'il s'agit de sujets qui possèdent parfois un retard intellectuel ce qui va forcément impacter sur le mode de fonctionnement. L'observation et la recherche de la signification sont donc essentielles puisque selon Elizabeth Zucman, il faut « savoir prendre son temps et vaincre la peur de se tromper, pour bien comprendre ce qu'ils expriment si difficilement mais avec tant de joie » (Zucman, 2007, p.189).

4) L'APPARENCE

Certains sujets sont tellement marqués corporellement par le handicap que cela peut déstabiliser. En effet, nous sommes confrontés à des faciès particuliers, certains bavent, d'autres ont une dentition chaotique ou bien une désorganisation oculaire. Il est nécessaire de prendre en compte « ce que ces résidents suscitent dans l'imaginaire de chacun, y compris chez les professionnels du soin et de l'éducation, du côté de la "monstruosité" ou de la "souillure" » (Chavaroche, 2013, p.13). Chacun possède des représentations différentes qui peuvent modifier nos perceptions face à la personne et le rapport au handicap n'est pas le même. Il est donc intéressant de se connaître, de faire attention à ce que nous renvoyons à la personne dans notre manière d'être et de répondre. Il faut être sensible à nos propres limites.

Nous pouvons rapprocher cette appréhension du corps de l'autre entre soignant et soigné en psychomotricité avec ce que Catherine Potel appelle le contre-transfert corporel, il « n'est pas uniquement l'émotion vécue "en direct" dans la relation, c'est aussi ce qui se réveille chez le thérapeute en présence de son patient, qui transfère sur lui des vécus primitifs, ceux-ci activant ce qui a été depuis longtemps enfoui dans la mémoire du corps du thérapeute, et qui est réveillé dans la relation transféro-contre-transférentielle » (Potel, 2015, p.123). Il s'agit de ce que le patient interroge en nous. Nous sommes tous marqués de notre subjectivité, de nos croyances, de nos pensées et nous ne pouvons pas nous défaire d'un regard subjectif. Il est important de prendre en compte ce contre-transfert et de ne pas s'y enfermer au risque de freiner l'évolution du patient et de se mettre soi en difficulté en tant que soignant.

5) LE STATUT D'ADULTE

Nous devons garder en mémoire le statut d'adulte de ces personnes accueillies. Notre rôle est différent, bien qu'il soit nécessaire de s'adapter à leur développement, car il ne s'agit pas d'enfants. En effet, « si leur âge est bien celui d'adultes, leur développement affectif et intellectuel les contient dans des registres infantiles. En revanche, leur développement corporel avec les caractéristiques adultes qui y sont attachées, notamment sexuelles, induit une grande confusion chez ceux qui les accompagnent dans la vie quotidienne, surtout dans les moments d'intimité que sont les toilettes » (Chavaroche, 2013, p.13-14). Nous pouvons par moment avoir des confusions, de par leur dépendance, et les traiter sur un mode infantilisant. Ces personnes présentent un retard mais cela ne leur enlève pas tous les vécus et expériences qu'ils ont pu avoir durant toutes ces années de vie. L'entourage doit donc « savoir les accompagner dans chaque étape de vie, en différenciant ces étapes en fonction de l'âge réel de la personne et non de son apparente stagnation dans la dépendance physique » (Zucman, 2007, p.195).

6) LES ADAPTATIONS

Nous avons pu voir que certains éléments mettent en difficulté la communication. Cependant, elle est toujours présente et d'autres modalités prennent le relais. Il est ainsi fondamental de s'intéresser et de s'appuyer sur celles-ci et un ajustement constant est nécessaire.

Gaëtan Munoz (2002) a décrit une « aire d'échange archaïque commune » pour communiquer avec la personne en situation de polyhandicap. Il s'agit d'un espace de rencontre et il le caractérise comme archaïque car c'est « du côté du corps dans ses fonctions les plus archaïques que les personnes polyhandicapées peuvent s'exprimer ». Nous voyons ici toute la dimension non verbale de la relation, il faut s'appuyer sur le corps et selon lui, « une des difficultés à travailler du côté du corps dans ses fonctions les plus archaïques, c'est qu'elles ne sont plus nos moyens d'échange privilégiés » (Munoz, 2002). En effet, dans notre quotidien nous n'utilisons plus ce canal en priorité. Il est présent mais nous n'y prêtons pas attention en permanence. Nous sommes habitués à ce qu'une personne parle et que l'autre l'écoute tout en ayant une certaine distance entre les interlocuteurs (cf. Hall, p.18).

Avec une personne ayant des difficultés de communication, il est nécessaire de changer notre approche et notre manière de s'exprimer et de comprendre l'autre, un remaniement s'impose. Tous les éléments de la communication non verbale décrits dans la première partie sont à prendre en compte et c'est ainsi que « les échanges se construisent à partir d'un souffle qui va être repris, à partir d'une pulsation, d'un balancement, d'une ondulation, d'un effleurement de peau » (Munoz, 2002).

De plus, le traitement de l'information est parfois long et le temps de réponse peut arriver plus tardivement. « Il est essentiel de s'accorder également au rythme de la personne. Les réponses sont souvent lentes à venir ; l'accompagnement verbal devra être bien ajusté. Trop d'informations ou de stimulations risquent d'avoir un effet désorganisant. » (Scialom et al., 2015, p.145). Il faut donc ne pas hésiter à attendre avant de répéter ou reformuler notre demande car la répétition peut être source d'un nouveau traitement de l'information, ce qui retarde alors davantage la réponse attendue.

J'ai remarqué qu'il n'était pas toujours évident de laisser un temps de silence en attendant la réponse. Lors de mon stage à la MAS, nous proposons une activité à une résidente consistant à mettre les anneaux du plus grand au plus petit sur un pic. Lorsque j'animais cette activité, au départ, il était difficile pour moi d'attendre l'initiation motrice. Je répétais la consigne ou employais d'autres mots pensant que la résidente n'était plus attentive ou qu'elle n'avait pas compris la question. Petit à petit, j'ai pu me rendre compte que le temps de traitement de l'information permettant la réponse motrice était long et qu'il fallait marquer cette pause. Mes répétitions venaient alors couper le processus de réflexion en cours chez cette résidente.

A travers cette partie concernant les freins à la communication, nous avons pu voir que les personnes en situation de polyhandicap possèdent des modalités relationnelles différentes. Celles-ci viennent alors également mettre en difficulté les individus souhaitant construire un échange avec eux. En psychomotricité, il est nécessaire de prendre en compte ces perturbations mais d'autres éléments concernant les items psychomoteurs peuvent être eux aussi modifiés.

III-REGARD PSYCHOMOTEUR

A) LE BILAN PSYCHOMOTEUR DANS LE POLYHANDICAP

Selon le décret d'acte de 1988 (*annexe n°1*), le psychomotricien est habilité à réaliser un bilan psychomoteur et à rééduquer les divers désordres psychomoteurs. Il est noté que le psychomotricien contribue au traitement de différents handicaps par des techniques d'approche corporelle. Dans le cadre du polyhandicap, il est très difficile de réaliser un bilan psychomoteur classique. En effet, le niveau de développement étant bas et la compréhension de certaines consignes difficile, un bilan standard est irréalisable. Nous pouvons alors nous inspirer de ces différents tests standardisés tout en les adaptant. Les items évalués sont les mêmes mais chaque épreuve est remaniée. De plus, il est nécessaire de s'appuyer particulièrement sur l'observation clinique. Elle représente une grande partie du bilan. Il faut alors être attentif à toutes les informations comme par exemple la gestuelle, l'occupation de l'espace, les mimiques, la motricité. Nous pouvons alors parler de diffraction psychomotrice (*annexe n°2*). En effet, « il s'agit d'abord de décortiquer chaque action selon différents pôles, puis d'être attentif à la résonnance entre eux » (Albaret, 2018, p.307).

Au cours d'une même activité, nous pouvons observer un grand nombre d'éléments permettant l'élaboration du bilan psychomoteur.

Lors de mon stage court en MAS en fin de première année de psychomotricité, j'ai pu réaliser ma première évaluation psychomotrice. Il s'agissait d'une résidente porteuse d'un polyhandicap.

En amont, j'avais élaboré une trame avec divers jeux afin d'évaluer les différents items. Le déroulement de la séance était clairement établi. Cependant, lorsque la résidente est entrée dans la salle, elle s'est dirigée directement vers les tapis et n'a pas souhaité prendre en compte mes consignes. Un moment de flottement s'est alors installé. Je ne savais pas comment réagir et la manière de réaliser tout de même mes observations. La résidente pointait différents éléments présents autour d'elle. Après quelques minutes de réflexion, j'ai décidé d'être à son écoute et de suivre ses indications : elle guidait la séance en me montrant des objets, nous jouions donc ensemble.

Finally, through these games, I was able to observe and analyze the important elements in order to write my report. It is through clinical observation of spontaneous activity that I was able to observe the items I had initially planned.

A large number of psychomotor functions are affected in polyhandicap. Obviously, each one is different and not all present the integrity of these different perturbations. I will thus evoke these notions that can be affected.

B) TONUS ET MOTRICITE

To begin, we will focus on the achievement of motor skills. It « concerns the tone, posture, the body axis and movement. It can be of pyramidal, spastic or flaccid type. It can be of extrapyramidal type (athetosis, dystonia, chorea...). We also find cerebellar ataxia and, in a large part of cases, mixed forms: for example, an athetosis associated with a spasticity » (Scialom et al., 2015, p.141). These disorders hinder global motor skills but also fine motor skills. Moreover, we often observe hemiplegias, that is to say paralyzes of certain limbs. The subject cannot then use this part of the body which is immobile. This affects motor skills.

We can be faced with difficulties of tonal regulation; some present a hypertonicity while others are rather hypotonic. This modifies the relations of the individual with the environment and leads to difficulties in motor skills and coordinations. It is therefore a question of a « disorganization or even an incapacity to organize a movement of object grasping. Difficulty resulting from a deficit of tonico-postural and tonico-emotional regulation » (Scialom et al., 2015, p.142).

At the level of oculo-manual coordinations we can note sometimes that the gesture and the gaze are not in harmony. The gaze is very important since to realize an action, it must guide the movement. Without this, a large number of tasks become difficult to accomplish. Moreover, sometimes we observe a latency time between the processing of visual information and the response to the stimulus, this is also linked with the gaze.

En balnéothérapie, nous effectuons des échanges de gros ballon avec Marjorie. Le ballon vient d'abord s'appuyer sur son visage, puis, dans un second temps, elle tend les bras et le renvoie. Nous remarquons qu'elle est en incapacité de prévoir l'arrivée du ballon et de programmer une réponse motrice à cet évènement. Elle est débordée par l'action et ne peut pas permettre à son regard d'envoyer des informations à ses muscles pour réagir à la situation et guider le mouvement. Elle présente donc des difficultés neuromotrices.

A force de répétition, Marjorie a pu anticiper l'arrivée du ballon en préparant ses mains. Cependant, cela lui demande de l'effort et nous voyons que lors de moments de fatigue cela n'est pas possible.

C) LES FONCTIONS COGNITIVES

Les actions de préhension demandent également des capacités de planification et d'anticipation. Il s'agit là des fonctions exécutives, qui peuvent, elles aussi, être perturbées. De plus, le temps d'attention est parfois très court empêchant la poursuite et la concentration sur une activité ou plus simplement sur un mouvement.

Sandra présente d'importantes difficultés d'attention.

Lors d'un échange de balle, elle déambule dans la salle et nous sommes contraints de la solliciter à de nombreuses reprises afin de lui faire la passe. Lorsqu'elle entend son prénom, elle regarde la personne tenant le ballon, puis, en l'espace de quelques secondes, elle se remet en mouvement et détourne à nouveau son attention.

Nous pouvons aussi constater que même lorsqu'elle fait des actions spontanément, elle présente ces difficultés, ne se souvenant plus de ce qu'elle est en train de réaliser. En effet, par exemple, elle se lève d'un pas décidé puis s'arrête brusquement, sidérée.

D) LA REGULATION EMOTIONNELLE

Nous distinguons cinq compétences émotionnelles de base : l'identification, la compréhension, l'expression, la régulation et l'utilisation (Mikolajczak, 2014, p.7). La régulation des émotions peut être difficile par la non capacité à réaliser une de ses étapes. Nous pouvons par exemple identifier une émotion sans pouvoir l'utiliser par la suite.

Lorsque nous allons en balnéothérapie, Julien est très heureux. Cet évènement engendre chez lui beaucoup d'émotion. Il s'assoit sur la chaise et se met en apnée, il devient rouge, se crispe. En effet, les émotions et le tonus sont très liés, c'est pour cette raison que nous parlons de régulation tonico-émotionnelle.

Par la mise en mot de l'émotion et de son effet, Julien peut alors se détendre et retrouver une organisation corporelle plus apaisée.

E) L'ORGANISATION SPATIO-TEMPORELLE

La notion de repérage spatial et temporel peut être perturbée. Il existe des techniques comportementales permettant de soutenir cette structuration. Par exemple, l'utilisation de pictogrammes ou encore la méthode Treatment and Éducation of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH).

Ces outils peuvent être mis en place avec la coopération d'un psychologue comportementaliste par exemple. Ils sont particulièrement utilisés dans le cadre du Trouble de Spectre de l'Autisme (TSA).

Par ailleurs, les rituels aident à l'intégration de ces concepts. Ils permettent de structurer les différents rythmes de la journée et d'anticiper les évènements à venir. La répétition et la stabilité des rituels favorisent l'assimilation des concepts de temps et d'espace.

F) LA SENSORIALITE

Le traitement de l'information sensorielle peut être entravé également. Il est fréquent que des sujets présentent des troubles somatiques comme par exemple une cécité ou une surdité. Il est donc essentiel d'avoir vérifié au préalable par des examens si la personne voit bien ou entend bien avant d'évaluer les modalités sensorielles du sujet.

Cependant, l'évaluation sensorielle est importante puisqu'elle nous permet de « déterminer si le sujet privilégie un sens pour être en relation, ou pour "capter" le monde extérieur, ou encore s'il s'agit d'un "agrippement" sensoriel. On observera sa capacité à associer deux modalités sensorimotrices : préhension/vision » (Scialom et al., 2015, p.144).

En fonction de ce que nous avons noté, nous allons pouvoir aménager l'environnement de la personne.

J'ai pu assister à une évaluation sensorielle en salle snoezelen. Pour cela, nous avons préparé la pièce, allumé les stimuli :

- tactiles : objets de différentes textures disposés dans la salle ;
- olfactifs : diffuseurs d'huiles essentielles ;
- auditifs : musique et objets sonores ;
- visuels : colonne à bulles, fibres optiques, projection et tapis lumineux ;
- vibratoires : fauteuil vibrant et matelas à eau.

Nous avons alors attendu et observé ce vers quoi, spontanément le résident s'est tourné. Au fur et à mesure, la psychomotricienne faisait varier les différents éléments de la salle en les éteignant et rallumant pour observer la réaction produite en retour de la part du résident.

Nous avons donc pu rendre compte des sensibilités, préférences ou non pour chaque sens que présentait le résident.

En parallèle, un questionnaire concernant la sensorialité (Questionnaire de Dunn) a été donné aux professionnels présents auprès du résident au quotidien pour assembler les deux évaluations afin de proposer un environnement sensoriel cohérent au quotidien et durant les séances proposées en psychomotricité.

G) LA COMMUNICATION

Dans cette sous-partie, nous allons évoquer la douleur. Comment dire que nous avons mal et à quel endroit lorsque nous sommes privés du langage oral ?

C'est un sujet qui me questionne car sur mon lieu de stage, j'ai pu entendre plusieurs cas de résidents pour lesquels nous avons pu administrer un traitement contre une douleur permettant une amélioration du comportement. La personne manifeste sa douleur d'une certaine manière, mais il n'est pas toujours simple pour le soignant de comprendre ce signal.

Il faut donc essayer de distinguer trouble du comportement et douleur ce qui n'est pas toujours simple. Il existe différentes échelles qui permettent d'évaluer la douleur chez l'enfant et l'adulte polyhandicapé. Il s'agit le plus souvent d'hétéro-questionnaires rempli par l'entourage et/ou les équipes. Il est question de s'intéresser au comportement du sujet dans le détail, s'appuyant grandement sur une observation fine de l'individu. Par exemple, nous pouvons citer l'échelle d'Expression de la Douleur Adulte ou Adolescent Polyhandicapé (EDAAP). Elle comprend 11 items, répartis en deux parties : retentissement somatique et retentissement psychomoteur et corporel (Rondi et al., 2008), (annexe n°3).

Daniel vocalise tout au long de la journée. Cela est difficile pour son entourage, les soignants ne savent plus quoi faire ni comment réagir. Un jour, une prescription de paracétamol a été faite et nous avons pu voir que cela a eu un effet considérable puisque qu'il n'y avait plus aucun cri.

Nous en avons conclu que ce résident était douloureux, cela a permis de l'apaiser lui, mais aussi son environnement. A ce jour, d'autres investigations sont en cours pour déterminer le lieu et l'origine de cette douleur afin de la traiter. En effet, le paracétamol a atténué la douleur mais il faut en connaître la cause pour pouvoir la soigner au plus vite, tout traitement médicamenteux comportant des risques (habituations, effets indésirables).

H) LE SCHEMA CORPOREL ET L'IMAGE DU CORPS

Selon Julian de Ajuriaguerra, le schéma corporel « s'édifie sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, 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 » (Scialom et al., 2011, p.228). Le schéma corporel n'est pas figé, il évolue dans le temps. Par exemple, lorsqu'une femme est enceinte ou lors du vieillissement, les modifications corporelles entraînent des changements au niveau du schéma corporel. Ce dernier est un référentiel pour réaliser les mouvements. Dans le polyhandicap, cette représentation du corps peut être perturbée et ainsi entraver les gestes et déplacements puisqu'il ne procure pas un repère assez solide et sur lequel s'appuyer.

Pour Paul Schilder, l'image du corps est « la synthèse d'un modèle postural du corps, d'une structure libidinale et d'une image sociale » (Scialom et al., 2011, p.228). Nous pouvons nous questionner sur la perception de l'image du corps d'un individu porteur d'un polyhandicap. En effet, les déformations physiques peuvent renvoyer une vision négative de soi.

Les notions de schéma corporel et d'image du corps ne sont pas figées et sont en perpétuel remaniement. Nous pourrions donc parler de représentations dynamiques du corps (Branchard & Moyano, 2018).

I) LA LATERALITE

La latéralité est en lien avec la conscience d'un axe corporel unifié. Nous pouvons faire un parallèle avec la construction du schéma corporel.

Dans le cadre du polyhandicap, les différents troubles peuvent entraîner l'incapacité à utiliser le membre dominant. Une hémiplégie peut, par exemple, obliger à utiliser l'autre main ou l'autre jambe. Il en est de même pour les rétractations.

Simon présente une préférence manuelle à gauche mais avec une « tétanie » de la main qui l'empêche de réaliser efficacement les actions. En revanche, il est plus habile de la main droite : il possède un bon déliement digital et son poignet est plus souple. Dans ses activités quotidiennes, cette dichotomie doit le contraindre.

En psychomotricité, un des objectifs est de l'inciter à utiliser sa main droite afin de rendre l'utilisation de ce membre davantage spontanée et que cela s'applique dans son quotidien.

De plus, certains sujets peuvent ne pas croiser les mouvements au niveau de l'axe corporel, la main droite va effectuer les gestes à droite et la main gauche effectue les actions à gauche. Il s'agit d'un défaut d'intégration de l'axe corporel. Nous pouvons faire un lien avec la construction de l'axe corporel chez l'enfant où selon André Bullinger, « avant que la rotation du buste soit installée, la bouche va servir de relais pour passer un objet d'une main à l'autre et d'un espace à l'autre » (Bullinger, 2007, p.141). L'espace de préhension n'est alors pas encore unifié, l'espace gauche et l'espace droit ne sont pas reliés.

Ainsi, face à toutes ces difficultés pouvant être rencontrées, il est indispensable de proposer un accompagnement adapté à la personne en situation de polyhandicap.

IV- PRISE EN CHARGE TRANSDISCIPLINAIRE

Le terme transdisciplinarité a été inventé par Jean Piaget en 1970. Plus tard, en 1996, Basarab Nicolescu a défini la transdisciplinarité comme « ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline » (Lascaux & Morel, 2015, p.352). Elle se distingue de la pluridisciplinarité qui « concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois qui vise à enrichir la connaissance de l'objet dans la discipline considérée » (Lascaux & Morel, 2015, p.351). Pour les personnes en situation de polyhandicap, la prise en charge est préférentiellement transdisciplinaire car il est important que tous les corps de métier convergent vers le même projet de vie. Cela va au-delà de la prise en charge pluridisciplinaire.

Concernant cet accompagnement, nous pouvons évoquer en premier lieu, les soins quotidiens. En effet, dans la plupart des cas, il s'agit de personnes dépendantes. Des aides pour la toilette ou pour les changes sont donc indispensables. Les professionnels donnant ces soins sont au plus proche de la personne. Ils font partie du quotidien, ce qui leur offre une connaissance approfondie de l'individu. Cela crée une relation particulière entre le soignant et le soigné. Nous retrouvons dans ces actes toutes les notions citées précédemment : le toucher avec les concepts de holding et de handling, la notion d'enveloppe corporelle, le regard et bien d'autres encore.

Puis, au niveau médical et paramédical, nous pouvons citer les interventions des médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes et autres. La plupart des sujets porteurs d'un polyhandicap présentent un traitement médicamenteux et nécessitent un suivi. Les professionnels paramédicaux exercent sous prescription médicale. En fonction des besoins du patient, la fréquence de ces rencontres est ajustée. Également, il y a d'autres rendez-vous médicaux occasionnels comme chez le dentiste ou l'ophtalmologiste.

Le projet de soins est élaboré par toute l'équipe. « Les axes de travail mis en place au sein d'une équipe pluridisciplinaire sont généralement l'éveil sensorimoteur, l'unité corporelle, l'intégration de repères spatio-temporels ou l'amélioration de l'attention. Mais avant tout, il est important que le sujet vive dans un certain confort (orthopédique, bien-être...). » (Scialom et al., 2015, p.143). Il faut donc prendre en compte toutes les dimensions de la personne et ses besoins afin de coordonner les soins car chacune de ces dimensions possède des répercussions sur les autres.

En dehors des différentes prises en charge, au quotidien, il est important d'apporter des stimuli sensoriels. Il faut faire vivre l'espace environnant tout en veillant à ne pas sur-stimuler, c'est-à-dire à mettre plusieurs éléments simultanément comme la télévision, la radio, de nombreux bruits. « Le risque est alors de voir certains résidents lutter contre ces stimulations trop violentes en se repliant sur eux-mêmes ou en recourant à des mécanismes de défense plus actifs (stéréotypies, auto-agressivité...). » (Chavaroche, 2013, p.83). Ils peuvent également être en hypervigilance en permanence, ce qui rend difficile la relation avec leur environnement.

Dans le cadre d'une institution, les différents accompagnements viennent couper le quotidien. Philippe Chavaroche, en évoquant les activités explique que « cette discontinuité conduit à une autre relation au temps ; entre deux séquences d'activité, une mentalisation est possible : attendre la prochaine rencontre, se rappeler la précédente » (Chavaroche, 2013, p.31). Cette vision peut aussi s'appliquer aux prises en soins qui viennent bousculer la linéarité du quotidien.

Nous pouvons aussi évoquer la stimulation basale développée par Andreas Fröhlich dans les années 1970. Cette approche « propose de répondre aux besoins élémentaires de la personne en situation de handicap profond dans sa globalité (besoins physiologiques, psychologiques, sociaux) et dans les situations de la vie quotidienne » (Rofidal & Pagano, 2018, p.66). Il s'agit d'une façon de faire et d'être particulière. La perception, le mouvement et la communication sont au centre de cette pratique (De Montgolfier, 2019). « Accompagner la personne au sens « basal » du terme, c'est donner du sens à ce qu'elle vit, dans sa globalité, en valorisant ses compétences sensorielles, motrices, cognitives et émotionnelles, si minimes soient-elles. » (Rofidal & Pagano, 2018, p.66).

Il s'agit d'apporter des stimuli sensoriels au sujet de manière la plus simple possible. Elle se pratique dans tous les actes quotidiens. Par exemple, lors de la toilette, la façon de toucher va être spécifique permettant de créer une relation avec l'individu, que ce dernier soit présent dans l'action et ne soit pas qu'un objet de soin. Il s'agit d'une approche pédagogique de l'accompagnement qui nécessite une formation.

Le soin psychomoteur peut être intégré aux autres prises en charge existantes. En fonction des problématiques des individus, le psychomotricien soutient le sujet dans le développement de ses capacités pouvant être perturbées. De plus, le psychomotricien est formé dans sa pratique à être à l'écoute de la communication non verbale, il est attentif à l'expression « silencieuse » pourtant si bruyante du sujet qui essaye de dire quelque chose qui ne fait pas sens pour lui avec les mots. Le psychomotricien est à l'écoute de son patient, il doit être disponible à la fois physiquement et psychiquement. C'est ainsi qu'en psychomotricité, la « démarche passe par une tentative d'harmonisation de son savoir-faire et de son savoir-être » (Scialom et al., 2015, p.146).

Lors de chaque prise en charge en psychomotricité, il est important d'établir un cadre bien défini dans le but de permettre un sentiment de sécurité et de contenance pour le patient. Selon Catherine Potel, « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (Potel, 2010, p.321). Ce cadre doit donc être linéaire et doit permettre au sujet de déployer ses capacités.

La prise en charge transdisciplinaire est essentielle à la personne porteuse d'un polyhandicap. En effet, les professionnels se complètent et chacun apporte un regard spécifique. Par exemple, les soignants présents au quotidien connaissent très bien l'individu. Ils vont pouvoir transmettre des informations aux autres acteurs de la prise en charge qui vont donner, en retour, des pistes afin d'améliorer l'accompagnement. Il s'agit d'un travail de coopération. Cela permet aussi d'éviter ou de limiter la progression de sur-handicaps et ainsi de maintenir les facultés existantes du sujet. Il est donc important de laisser une place à l'autonomie et de ne pas « faire à la place ».

SYNTHESE DE LA PARTIE 2

Nous avons pu voir qu'il n'est pas simple de définir le polyhandicap. Il existe de nombreuses définitions.

En résumé, le polyhandicap vient perturber un grand nombre de fonctions du sujet entravant la relation à soi, à l'autre et à l'environnement. Les présentations cliniques sont variées, divers symptômes sont observés en fonction de chaque sujet.

L'apport de la psychomotricité est intéressant puisque de nombreuses fonctions psychomotrices peuvent être défaillantes. Nous allons donc voir cela, à présent, au travers d'une illustration clinique.

PARTIE 3 : ILLUSTRATION CLINIQUE

« Je comprenais ce qui se disait, mais j'étais incapable d'y répondre. Hurler et battre des mains étaient les seuls moyens de communication dont je disposais. »

Temple Grandin,
Ma vie d'autiste, 1999

Pour cette partie clinique, je souhaite décrire dans un premier temps la MAS où j'ai réalisé mon stage. Puis, je m'intéresserai à la musique comme choix de médiation pour le psychomotricien. En effet, elle est le support de la prise en charge de mon étude de cas. Ainsi, dans un dernier temps, je présenterai Jean, un résident que je rencontre.

I- LE STAGE

A) PRESENTATION DE LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE (MAS)

La MAS est un établissement du secteur médico-social. Elle est rattachée à une association qui regroupe plusieurs structures. Les valeurs de cette association, tirées du projet de l'association, sont :

- **L'éthique** : « œuvrer en faveur de l'épanouissement des personnes handicapées intellectuelles, dans le respect des règles éthiques, déontologiques et professionnelles en protégeant leurs intérêts moraux et matériels » ;
- **La solidarité** : « favoriser et développer les relations de solidarité entre les familles par l'écoute, l'entraide et le partage, en veillant à la pérennité et l'adaptation de ses actions » ;
- **La tolérance** : « promouvoir la dignité de la personne handicapée et faire respecter ses droits, ses choix et sa libre expression, en prônant la tolérance et la reconnaissance de sa différence ».

La MAS accueille 54 adultes, 48 résidents sont internes et 6 sont admis à l'accueil de jour et rentrent chez eux le soir. Les plus jeunes de la structure ont 19 ans et les plus anciens ont 68 ans. Les sujets présentent diverses pathologies. Nous pouvons rencontrer des individus porteurs d'une trisomie, d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), d'un syndrome de West ou des troubles résultant d'une encéphalopathie et bien d'autres encore. Selon le projet d'établissement, « la MAS accueille et accompagne des personnes adultes handicapées, inaptes à toute activité professionnelle, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants ».

L'objectif global est de « garantir la construction partagée avec l'utilisateur et son entourage d'un projet de vie assurant son bien-être physique et mental et favorisant son développement personnel dans le respect de sa dignité et de ses choix et la garantie de ses libertés fondamentales ». Tout cela doit se réaliser dans un cadre de vie sécurisé.

Concernant l'organisation spatiale, il existe un bâtiment central constitué des bureaux administratifs, de l'accueil de jour, des bureaux de la psychomotricienne, des psychologues et des infirmières. Il y a également la salle de balnéothérapie et de psychomotricité. Autour de ce bâtiment, nous observons six maisons, chacune indépendante les unes des autres. Elles disposent de chambres simples et doubles. Chaque maison comprend une grande salle centrale pour les repas et la vie collective. A proximité de ce salon, il y a les chambres avec des salles d'eau communes à deux personnes. Elles sont équipées d'une douche et parfois d'une baignoire adaptée si besoin, d'un lavabo à hauteur nécessaire pour favoriser l'accès en fauteuil roulant et de toilettes. Rattachées à la pièce centrale, nous avons aussi la cuisine et une lingerie pour le traitement du linge des résidents. Chacune des maisons possède une terrasse extérieure. Le salon est une pièce chaleureuse où les résidents se retrouvent, il s'agit d'une unité de vie. Ce lieu incite à la socialisation et l'objectif est de « favoriser l'intégration de chacun dans cette collectivité qui, comme tout espace social, est régi par des lois permettant la vie commune et qui représente un élément important dans la constitution de l'identité individuelle » (Chavaroche, 2013, p.88).

La durée moyenne de séjour à la MAS est de 21 ans, il est donc indispensable que les résidents s'y sentent bien. Cependant, il n'est pas question de créer une « famille artificielle ». Chaque résident possède sa propre famille mais « toutefois la comparaison met en évidence que, tout comme une famille offre à l'enfant un milieu favorable à son évolution psychoaffective, la vie quotidienne en institution peut offrir aux résidents un milieu propice à un possible développement » (Chavaroche, 2013, p.28).

Un projet personnalisé est réalisé pour chaque sujet et est réactualisé régulièrement. Les familles sont libres de venir rendre visite au résident. Ils ont aussi la possibilité de passer du temps ensemble à l'extérieur de la MAS.

Les avantages de l'établissement sont la présence d'une salle Snoezelen et d'une salle de balnéothérapie. Le but de la salle Snoezelen est de « consacrer aux résidents un temps dédié, dans un espace approprié, à "des activités" reposant sur des sollicitations sensorielles, où la stimulation des sens se fait simultanément ou séparément » (Orain, 2008, p.158). Tous les sens sont stimulés. Le résident explore la salle et investit ou non les différentes sollicitations. Par ce procédé, nous pouvons observer des sujets manifester un état d'apaisement.

Nous réalisons aussi des séances de psychomotricité dans la balnéothérapie. L'eau a de nombreuses vertus et notamment celle de retrouver des expériences archaïques. Cet enveloppement du corps peut rappeler les moments passés dans le ventre de la mère. Également, l'eau permet d'alléger le poids du corps et ainsi de permettre à certains résidents de marcher librement sans risque de chute. Il s'agit d'un médiateur intéressant. Selon Catherine Potel, plusieurs axes se dégagent concernant le travail dans l'eau, il peut être question :

- D'un « espace transitionnel privilégiant la relation, lieu déterminant un objet d'investissement intermédiaire ;
- D'une aire de jeu permettant des explorations psychomotrices structurantes ;
- D'un lieu de rencontre dans un autre monde plus proche et plus intime au regard de certaines pathologies comme l'autisme ;
- D'un travail rééducatif permettant un réengagement fonctionnel du corps » (Potel, 2009, p.25).

La psychomotricienne réalise également des séances dans la salle de psychomotricité et en chambre suivant les besoins du résident. La professionnelle est intégrée dans la prise en charge transdisciplinaire au sein de la MAS. Son regard et ses apports sont pris en compte par les autres professionnels.

B) LES PROFESSIONNELS

Les corps de métier présents à la MAS sont riches. Une directrice et un adjoint de direction coordonnent de manière générale l'établissement. Puis, nous pouvons citer les employés des services administratifs et généraux ainsi qu'une assistante sociale.

Une infirmière coordinatrice et deux monitrices éducatrices coordinatrices s'occupent de l'organisation des soins et des accompagnements des résidents. Pour le médical et le paramédical, un médecin psychiatre et un médecin généraliste interviennent dans la structure. Des infirmières, un kinésithérapeute, une psychomotricienne, une ergothérapeute, un psychologue clinicien et une psychologue comportementaliste sont aussi présents dans l'institution.

Au sein des maisons, des aides-soignantes et des aides-médico-psychologiques assurent l'accompagnement au quotidien des résidents.

Nous voyons donc toute la transdisciplinarité qui s'installe autour de la prise en charge du résident. C'est ainsi que des réunions sont nécessaires afin de coordonner les différents corps de métier. Il existe des réunions :

- **D'analyse de pratique** qui est un espace de travail permettant de questionner sa pratique professionnelle et les impacts que celle-ci a pour les résidents ;
- **D'équipe** pour aborder les difficultés spécifiques au travail d'équipe ;
- **Paramédicale** qui réunit le médical, la direction et le paramédical afin d'évoquer les prises en charges pluridisciplinaires des résidents ;
- **Institutionnelle** pour annoncer les informations institutionnelles et/ou associatives transversales à chaque professionnel ;
- **De fonctionnement** pour donner les informations des événements passés et à venir ;
- **De projet personnalisé** pour définir les axes de travail auprès du sujet ;
- **Médicale** constituée du médecin et des équipes pour leur permettre de poser des questions sur le traitement au quotidien des résidents et sur leurs pathologies.

Maintenant que le cadre institutionnel est établi, nous allons nous intéresser plus particulièrement à la psychomotricité.

II- UN EXEMPLE DE MEDIATION POUR LE PSYCHOMOTRICIEN, SUPPORT DE LA COMMUNICATION : LA MUSIQUE

A) QU'EST-CE QU'UNE MEDIATION ?

Le psychomotricien, dans sa pratique, fait appel à divers médiateurs. Il s'agit de créer un espace de rencontre entre le patient et le thérapeute. Donald W. Winnicott définit une aire intermédiaire d'expérience (*experiencing*) « où la réalité intérieure et la vie extérieure contribuent l'une et l'autre au vécu » (Winnicott & Harrus-Révidi, 2010, p.30).

Ce n'est pas l'objet médiateur en lui-même qui permet la relation mais c'est ce que nous en faisons. La médiation va être définie dans un cadre déterminé à l'avance. Catherine Potel distingue un cadre à la fois physique et psychique. De manière concrète, elle cite les conditions d'espace, de matériel, de temps, d'encadrement et de fonctionnement institutionnel. Le cadre psychique regroupe la mise en pensée des actions du psychomotricien s'appuyant sur des références théoriques ainsi que ses compétences propres. Le psychomotricien doit être disponible à la fois psychiquement et corporellement, il possède une fonction d'accueil. Il joue également le rôle de pare-excitation et possède des capacités de contenance. Par sa mise en jeu corporelle, le psychomotricien prend une fonction de miroir. Enfin, il doit respecter le secret thérapeutique (Potel, 2010, p.321-345).

Selon Françoise Giromini, « le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui. Il n'est pas utilisé pour la transmission d'un savoir ou d'un savoir-faire au titre d'un apprentissage » (Giromini, 2017, p.52). Nous allons voir comment la musique peut soutenir un projet de prise en charge. Ainsi, le but n'est pas d'apprendre à jouer de la musique à un niveau très élevé mais plutôt d'utiliser cet art comme médiateur.

B) LES QUALITES DE LA MUSIQUE

Nous distinguons le rythme et la mélodie, avec chacun leurs caractéristiques. Armand Pijulet précise que « le rythme musical permet l'inscription corporelle dans une production ou un mouvement, et la répétition de sa structure donne du repère. Quant à la mélodie : elle donne de la couleur et de la nuance » (Pijulet, 2010, p.6).

Nous pouvons prendre la musique comme médiateur pour divers objectifs. Elle peut être employée pour soutenir la structuration temporelle avec l'élaboration de rythmes, pour travailler le souffle ou encore les coordinations lorsque nous jouons d'un instrument. En effet, « la musique permet sous toutes ses formes l'expression individuelle ou collective, favorise la relation, la communication et les échanges, affine la perception sensorielle et émotionnelle, développe les capacités de concentration et la motricité » (Scialom et al., 2015, p.419-420). Écouter de la musique peut être contenant et apporter une enveloppe protectrice. Cependant, un son peut aussi être vécu comme intrusif et angoissant. Il est important de s'adapter et d'être à l'écoute de chaque individu. Aucun sujet ne possède les mêmes sensibilités et certains vont avoir un attrait particulier pour une activité alors que d'autres ne veulent pas y être confrontés. La musique peut aussi favoriser la communication et plus particulièrement la communication non verbale, permettant de s'exprimer. C'est sur cette fonction que je vais plus particulièrement m'intéresser.

C) LA MUSIQUE COMME SUPPORT DE LA COMMUNICATION

La musique « comprend une dimension du langage, de la verbalisation et de la symbolisation, extraordinaire et représente un excellent moyen d'expression de communication et d'échanges » (Pijulet, 2010, p.6). De plus, elle va créer des vibrations dans le corps et ainsi contribuer à la conscience de soi (nous avons vu que cette dernière est importante pour communiquer).

Par ailleurs, nous pouvons constater, en assistant à un concert d'harmonie, la cohésion et la manière dont chaque musicien contribue à la production globale du morceau. Tout cela s'effectue sans mot et sous la direction d'un chef d'orchestre. Celui-ci, à travers ses gestes et ses expressions permet de communiquer aux musiciens la manière de jouer.

Il s'agit d'un langage codifié à travers la battue de la mesure mais tous les éléments autour sont spontanés et relèvent d'un engagement corporel. La gestualité, les mimiques et la posture vont être différentes suivant la personne se trouvant à la direction. Il existe une pratique musicale s'appuyant sur la communication non verbale, le *Sound Painting*. Celui-ci permet de jouer des musiques sans utiliser de partition, ni le langage. Il a été élaboré par Walter Thompson aux États-Unis dans les années 1970. Il s'agit de « faire de l'improvisation collective tout en étant dirigé, avec une technique qui utilise un langage gestuel pour orienter l'improvisation, tout en laissant les musiciens donner libre cours à leur interprétation et à leur créativité » (Lévy et al., 2019, p.884). Le dialogue corporel est très présent dans ce procédé, l'écoute et l'observation de l'autre est indispensable.

D) LA MUSIQUE, DU PLAISIR A S'EXPRIMER

La musique peut se vivre de manière passive ou active, celle-ci « offre un espace de "repos" par son côté contenant, mais aussi de plaisir et de jeu » (Lecourt, 2010, p.37). Un fond musical calme peut être utilisé pour se détendre. Mais, le sujet peut aussi créer sa propre musique. Nous faisons appel ici aux capacités de créativité, d'imagination et d'expression. Il est donc question de jouer ce que nous souhaitons. Nous pouvons remarquer que suivant l'état émotionnel, la mélodie ne sera pas la même. Une personne énervée pourra par exemple taper des rythmes à un tempo rapide et dans une nuance assez forte. C'est ainsi que la musique est une notion dynamique, mettant en mouvement le corps. Elle peut avoir divers effets puisqu'elle « peut à la fois apaiser, secouer, réveiller, déranger, agresser par son rythme, sa coloration mélodique, ses timbres, sa composition, son interprétation » (Pijulet, 2010, p.6).

La musique peut être structurée mais elle peut également être spontanée et sans règle précise. C'est pourquoi, une « bonne part du plaisir musical vient, justement, de cette faculté de s'exprimer simultanément (sans avoir à attendre son "tour de parole"), de s'accorder et de se comprendre ensemble et dans l'instant même de l'expression » (Lecourt, 2010, p.37). Il n'y a pas besoin de réfléchir, il s'agit de faire ce que nous ressentons et de se laisser aller à nos envies.

E) LA MUSIQUE, UNE MEDIATION THERAPEUTIQUE

Rolando Omar Benenson a beaucoup travaillé sur la musicothérapie. Il a mis en évidence les effets de celle-ci dans de nombreux domaines et notamment dans la communication. La musique est « sensée ouvrir des canaux de communication chez des patients présentant des troubles sévères de la relation et de la communication » (Pijulet, 2010, p.8). Elle peut être un outil d'échange permettant d'entrer en relation avec des sujets dont les modalités relationnelles diffèrent.

Le psychomotricien adapte cette médiation en fonction des objectifs recherchés. Il peut ainsi proposer des ateliers autour de l'écoute musicale dans un but de détente, des percussions corporelles pour « jouer avec son corps » ou alors des instruments de musique. Les possibilités sont nombreuses.

La musique est une médiation intéressante pour le psychomotricien et notamment pour explorer toute la dimension du dialogue corporel. En effet, elle « constitue un excellent moyen de communication non verbale par sa dimension accessible et efficace pour créer, maintenir et développer des liens communicationnels et des échanges relationnels » (Pijulet, 2010, p.8).

III- ACCOMPAGNEMENT DE JEAN EN PSYCHOMOTRICITE

Lors de mon stage à la MAS, j'ai pu rencontrer de nombreux résidents présentant chacun des pathologies et des caractéristiques différentes. Je suis présente un jour par semaine dans la structure. Un grand nombre de sujets bénéficient d'un accompagnement par le biais de multiples médiateurs.

Parmi tous ces résidents, il y a Jean, une personne de 25 ans en situation de polyhandicap. Dès le premier instant où je l'ai rencontré, plusieurs choses m'ont interpellé ; il n'a pas accès au langage et s'appuie sur la communication non verbale pour échanger. Cependant, cela se produit de manière très adhésive et les modalités relationnelles sont alors différentes. C'est pourquoi j'ai pensé qu'il serait intéressant de réfléchir à un accompagnement pour Jean en lien avec ma réflexion principale à savoir la communication non verbale dans le polyhandicap. La musique est le médiateur choisi pour cette prise en soin.

Quel est l'apport de la médiation musique, support de la rencontre et de la communication non verbale, dans la problématique d'individuation et de différenciation de Jean causant de nombreuses angoisses ?

Après vous avoir évoqué ma rencontre avec Jean et décrit son histoire de vie, j'énoncerai les diverses observations psychomotrices. Enfin, je préciserai les grands axes de son accompagnement.

A) NOTRE RENCONTRE

Je rencontre Jean dès mon premier jour de stage à la MAS. Il vient aussitôt vers moi pour me solliciter. Il se tient très proche, sourit et vocalise. Ne connaissant pas encore les lieux, professionnels et résidents, il est difficile pour moi de réagir face à cette situation. Ce même jour, nous réalisons une sortie à l'extérieur de l'établissement. Jean est alors toujours très adhésif, collé à moi, il me suit et me tient le bras.

Les vendredis suivants, après réflexion et discussion avec l'équipe, j'ai pu comprendre petit à petit le fonctionnement de Jean. Progressivement, j'ai pu lui expliquer qu'il peut se tenir à distance pour échanger avec moi. Quelle est la place de l'autre pour Jean ? Rencontrer l'autre est-il difficile ? Le connaître davantage m'a permis de mieux le comprendre et ainsi de m'adapter et de m'ajuster dans la relation.

B) HISTOIRE DE VIE

Jean est né le 2 novembre 1994. Il présente une déficience intellectuelle profonde associée à des troubles moteurs tels qu'une ataxie, c'est à dire « l'absence de coordination des mouvements volontaires contrastant avec l'intégrité de la force musculaire » (CNRTL, s. d.) ainsi qu'une paratonie qui est une « anomalie de la contraction musculaire dans laquelle le muscle, au lieu de se relâcher [...] se contracte plus ou moins » (CNRTL, s. d.). Jean possède également des troubles sensoriels et notamment un déficit visuel.

Tout cela découle de séquelles neurologiques dues à une encéphalopathie par anoxie néonatale. Une encéphalopathie est un « ensemble de troubles neurologiques et psychiques résultant d'atteintes cérébrales pré-, néo- ou post-natales » (CNRTL, s. d.).

C'est à l'âge de trois mois que ses parents ont remarqué un retard dans son développement. Il a alors bénéficié d'un accompagnement en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) dès l'âge de 18 mois et ce jusqu'à 4 ans avec une rééducation kinésithérapique. Il a ensuite été dirigé vers un Institut Médico-Éducatif (IME) de 2001 à 2007 où il a été suivi en orthophonie et psychomotricité. L'acquisition de la marche est apparue tardivement, vers l'âge de 6 ans. Dans le développement de l'enfant « normo-typique », celle-ci arrive généralement entre 9 mois et 18 mois. En 2007 et jusqu'en 2015, il est accueilli dans un autre IME. C'est en juillet 2015 qu'il intègre la MAS en tant qu'externe. En février 2017, il est admis à l'accueil de jour de la MAS suite à la création de ce service. Il vient en taxi du lundi au vendredi de 10h à 17h.

Il vit avec ses deux parents. Son père présente un syndrome de FAHR (une maladie dégénérative déclarée en 2012, menant à une cécité). Il a un frère de 33 ans et deux demi-sœurs de 44 ans et 40 ans issues d'une première union du père.

C) PRESENTATION GENERALE

A ce jour, Jean a 25 ans. Il est de grande taille et de corpulence assez forte. Ses cheveux sont courts et bouclés. Il présente un strabisme divergent. Ce trouble peut entraver la communication puisque parfois nous pouvons nous questionner sur la direction de son regard. Cependant, « ce n'est pas parce qu'une personne ne dirige pas son regard vers autrui ou vers un objet qu'elle ne les perçoit pas » (Berthoz, 2008, p.45). Il est autonome dans ses déplacements ce qui lui permet d'aller marcher seul dans le parc extérieur de la MAS.

Il communique majoritairement par un canal non verbal et possède de nombreuses ressources dans ce domaine. Il utilise et comprend des gestes simples. Verbalement, il dit seulement quelques mots, à savoir, « papa », « maman » et « loula » (le nom de son chien). A l'accueil de jour, le mode de communication privilégié est l'utilisation de photos qui représentent des lieux, des objets ou des activités. Il s'agit donc d'un support visuel. Je me questionne quant à l'adhésion de Jean à cette technique. En effet, il présente une déficience visuelle ce qui peut entraver l'utilisation de ces pictogrammes. Jean est expressif, sa gestuelle mimico-faciale est très développée lui permettant ainsi d'échanger avec l'autre. Son visage traduit les différents états émotionnels qui le traversent.

En observant son comportement, nous pouvons aussi nous rendre compte de ce qu'il tente d'exprimer. Lorsqu'il est douloureux, il se replie sur lui-même, son regard est triste. Il peut d'ailleurs parfois montrer spontanément une zone douloureuse sur son corps. Même s'il utilise peu de mots, il émet différents sons. La dimension para-verbale permet également d'informer sur ce qu'il souhaite exprimer.

Jean s'implique dans les activités mais il faut le solliciter pour que sa participation dure. Il a besoin d'être stimulé pour pallier à sa passivité et à son accrochage aux autres. Jean cherche l'entrée en relation mais nous pouvons nous questionner sur la place de l'autre pour lui. En effet, pour se différencier, il faut se sentir comme un être individué. Il est important d'éprouver ses limites corporelles. Lors de grands déficits, sensoriels et mentaux, « c'est surtout le défaut de mentalisation et de représentation – qui ne trouvent pas le chemin des processus symbolisation secondarisée – qui fait barrage à l'autonomie psychique » (Potel, 2010, p.86).

Au quotidien, il est nécessaire de lui apporter beaucoup de réassurance et de contenance. En sortie, il se tient à proximité des professionnels afin d'être sécurisé. Pour aller aux toilettes, il est autonome mais toujours dans le but de se rassurer, il demande aux professionnels de l'accompagner. Lorsque Jean est anxieux, nous pouvons voir souvent la même réaction : il pose sa main sur son front, son visage se crispe, il devient sonore et agrippe le bras de l'encadrant. Une mise en mot avec une voix calme lui permet de s'apaiser. La fonction contenante consiste à contenir et à transformer (Ciccone, 2012). De par cette verbalisation, nous pouvons noter l'importance de la prosodie. Celle-ci est intégrée à la communication non verbale. Les informations données par la voix sont indispensables dans l'accompagnement relationnel. En effet, « en situation de communication, la prosodie émotionnelle joue un rôle important au même titre que l'expression faciale afin de transmettre une émotion ou un état mental » (Lacroix, 2016, p.83). Une voix calme va être perçue par Jean comme contenante entraînant un apaisement. Ce n'est pas tant les mots qui vont favoriser cela mais toutes les tonalités, rythmes et nuances de la voix qui vont être dans le registre de la douceur.

Les objectifs de la prise en charge éducative pour Jean à la MAS sont de favoriser la communication et l'autonomie autant dans les gestes d'hygiène que dans ses déplacements. Il est également question de développer ses repères spatiaux et temporels en l'aidant à identifier son planning. Il participe à différentes activités telles que le sport adapté et des moments en balnéothérapie récréative.

D) MES OBSERVATIONS

1) INTRODUCTION

J'ai préparé une trame de bilan psychomoteur que je souhaitais faire passer à Jean. Au vu de la situation pandémique actuelle, je n'ai pas pu me rendre sur mon lieu de stage et ainsi proposer ce bilan. Je vais donc me baser sur l'observation clinique qui représente une part importante de la compréhension du sujet. Catherine Potel évoque l'importance de l'observation clinique. Selon elle, le bilan devient alors « un bilan clinique qui donne une image du fonctionnement psychodynamique du patient, fonctionnement s'observant dans sa motricité, son investissement de l'espace, ses réactions d'inhibition corporelle ou au contraire d'excitation » (Potel, 2010, p.308).

2) CAPACITES MOTRICES

Concernant la locomotion, le polygone de sustentation de Jean est élargi, alternative corporelle afin de se stabiliser de façon sécuritaire. Nous pouvons mettre cela en lien avec des difficultés d'équilibre. Les changements de positions ne sont pas fluides. Par exemple, pour se relever du sol, Jean prend de grands appuis à la fois au niveau des pieds mais également avec ses mains. Son équilibre est précaire et il se retrouve en difficulté. A-t-il peur de la chute ? De par ses difficultés à se mettre debout, a-t-il peur de ne pas pouvoir se relever après la chute ? Ou alors, s'agit-il d'un problème somatique avec par exemple un trouble de l'oreille interne non identifié ? Enfin, est-il question d'un sous-investissement du flux vestibulaire ? Comme André Bullinger l'explique, « les variations de flux vestibulaires entraînent des réactions tonico-posturales permettant un ajustement de l'organisme à la nouvelle situation ; mais cette variation du flux peut aussi provoquer des réactions toniques inadaptées » (Bullinger, 2007, p.231).

Jean ne dissocie pas les mouvements de ses doigts ce qui entrave la motricité fine. De plus, il est en hypertonie globale, cela vient affecter ses actions : ses mouvements sont saccadés et ralentis. Pour attraper un objet, ses gestes ne sont pas précis. Nous pouvons noter que ses coordinations bi-manuelles sont efficaces ou non en fonction de l'action qu'il est en train de réaliser. Quand il s'agit d'un réflexe, il peut associer les mouvements de ses mains pour les rendre complémentaires. Par exemple, pour positionner correctement l'objet dans sa main, il s'aide de son autre main. Hors réflexe, ses coordinations ne sont pas toujours fluides. Des difficultés de dissociation sont aussi observées. Il n'est pas simple pour Jean de réaliser un mouvement avec une main pendant que l'autre réalise une action différente. Il utilise préférentiellement sa main droite pour réaliser les gestes du quotidien.

Son hypertonie vient moduler le dialogue tonico-émotionnel. Lorsqu'il me prend la main ou le bras, ses membres sont contractés. Parfois, il peut tout de même se relâcher légèrement.

3) RAPPORT A L'ENVIRONNEMENT

Au niveau de la structuration temporo-spatiale, Jean semble repéré au sein de la MAS lors de ses divers déplacements. Il faudrait investiguer davantage : s'appuie-t-il sur ses sensations kinesthésiques répétées et donc sur la place de son corps dans l'espace ? Ou alors, s'agit-il d'un réel repérage spatial ? Concernant le temps, les rituels ainsi que le planning journalier mis à sa disposition l'aident à identifier les différents temps de la journée. Mais, il semble tout de même désorienté par moment et questionne sur le retour à son domicile.

Ses capacités d'attention sont faibles. Jean est vite distrait par l'environnement et il ne peut rester seulement que quelques minutes sur la même activité.

4) SENSORIALITE

Pour interroger sa sensorialité, je me suis servie du profil sensoriel de Dunn. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire rempli par l'équipe encadrante de l'accueil de jour. J'ai réalisé le compte rendu en collaboration avec la psychomotricienne. Celui-ci a été effectué en février 2020.

Sur le plan auditif, nous notons une hypersensibilité lorsque les sons viennent de l'environnement et que Jean n'est pas acteur de cette stimulation sensorielle. De plus, il se retourne régulièrement pour observer ce qui se passe autour de lui. Nous pouvons mettre en lien cette hypervigilance avec une hypersensibilité auditive. En effet, par l'observation de son environnement, Jean se protège de possibles bruits inattendus. Cela va de pair avec sa non capacité à pouvoir anticiper et donc avec sa désorganisation temporelle.

Enfin, il faudrait investiguer davantage l'odorat car il ne semble pas sentir les odeurs fortes. En effet, nous observons une absence de réaction lorsqu'il est confronté à une senteur intense.

5) RAPPORT A SOI ET A L'AUTRE

De manière générale, Jean est très attentif et sensible à son environnement. Il recherche la présence de l'autre, parfois même de façon adhésive. Nous pouvons faire un lien avec la notion de proxémie décrite par Edward T. Hall, où dans ce cas, les distances pour interagir avec autrui ne sont pas adaptées au contexte (cf. p.18).

Jean présente des difficultés de régulation émotionnelle. Face à une émotion vive, il devient alors rouge et crispé. L'intégration des règles sociales n'est pas simple, provoquant des crises de colères et Jean peut alors se montrer hétéro-agressif. Angoissé, il peut aussi manifester ce comportement lorsqu'un grand nombre de personnes sont présentes autour de lui. L'agressivité « peut être une défense saine contre une situation où les limites du soi sont franchies, envahies ou même menacées car le fait de pouvoir ressentir son agressivité permet de pouvoir sentir et délimiter le soi » (Akasha & Frimodt, 1997, p.137). Cette réaction, pour Jean, lui permet donc de se protéger. En lien avec sa problématique de limites corporelles, il s'agit d'un moyen de se sentir contenu et de se mettre à l'abri face à cette sensation d'intrusion.

Didier Anzieu explique qu'une carence dans la fonction contenante du Moi-Peau est à l'origine de deux types d'angoisses : « l'angoisse d'une excitation pulsionnelle [...] l'individu cherche une écorce substitutive dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique [...] Dans le second cas, l'enveloppe existe, mais sa continuité est interrompue par des trous. C'est un Moi peau passoire » (Anzieu, 1995, p.125).

Les diverses problématiques de Jean peuvent être mises en lien avec ce concept de Moi peau passoire. En effet, son adhésivité, son hypertonie, ses difficultés de perception de limites corporelles et son agressivité lorsque celles-ci sont franchies témoignent d'une enveloppe perméable. La réassurance et la verbalisation d'autrui endossent donc la fonction de pare-excitation lui permettant d'intégrer ces moments difficiles. Cela renvoie aux concepts d'éléments alpha et bêta de Wilfried R. Bion puisque pour « pouvoir donner un sens à une expérience intérieure, les données des sens non élaborées doivent être transformées en éléments mentaux » (Bronstein, 2012, p.772). De plus, nous observons une faible tolérance à la frustration. Il possède des angoisses qui peuvent le gêner dans la vie quotidienne. Lorsque nous lui disons « non », il fait un geste mimant l'action de se taper, son visage se ferme et se crispe.

6) SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS

En mettant en parallèle le questionnaire concernant la sensorialité et mes observations, il semblerait donc pertinent de proposer un accompagnement en psychomotricité à Jean. Celui-ci lui permettrait d'avoir un espace thérapeutique en relation duale dans un environnement sécurisé afin de limiter ses angoisses et ainsi d'être pleinement attentif à l'activité qu'il est en train de réaliser (diminution du niveau de vigilance lié à l'environnement). La psychomotricité pourrait également venir soutenir sa régulation émotionnelle et l'amener à travailler ses coordinations et dissociations. Jean me sollicitant régulièrement et une alliance (qui deviendra thérapeutique) entre nous s'étant établie, il a été décidé, après validation des coordinatrices, que je réaliserai cette prise en soin.

E) RENCONTRES EN PSYCHOMOTRICITÉ

1) L'ÉLABORATION DU CADRE

La musique est la médiation choisie pour cette prise en charge. Ce choix s'est fait en prenant en compte la sensibilité de Jean pour cette activité. La musique, en tant que médiateur, permet de travailler sur plusieurs notions. Selon Édith Lecourt, il s'agit d'un « support précieux à la construction psychique, [...], depuis le bruit jusqu'à la musique, et support tout aussi précieux à l'analyse relationnelle » (Lecourt, 2010, p.38).

Nous nous voyons trente minutes, une fois par semaine. L'heure a été choisie de manière à éloigner Jean de l'accueil de jour au moment où il y a le plus de passage. En effet, les temps où un grand nombre de personnes se trouve autour de Jean ont tendance à l'angoisser et générer des crises de colère.

Cet atelier participe aussi à la structuration temporelle par l'intermédiaire de la production et reproduction de différents rythmes, stimulant son expression. Ainsi, à travers la création et l'expérimentation de rythmes et répétitions, j'incite Jean à rester sur cette activité et ainsi d'agrandir les temps de présence et d'attention. La répétition est un moyen de travailler sur l'anticipation et donc de manière plus globale sur la structuration temporelle. Cette prise en charge se limite à la durée de mon stage. Mais, je pense que cela participe également à la prise de conscience de la notion de temps : celui-ci n'est pas linéaire. Cela fait aussi appel aux notions de permanence de l'objet et de continuité d'existence.

Nous réalisons ces séances dans la salle d'activité de l'accueil de jour. Cela lui permet de ne pas quitter son lieu d'accueil et de limiter les angoisses liées au changement. Nous sommes assis à la table face à face.

Lors de cet atelier, il peut découvrir différents instruments et les expérimenter. Par exemple, nous utilisons des bâtons de rythme, des tam-tam, des xylophones et des maracas. Il travaille donc, en parallèle, ses coordinations oculo-manuelles, ses coordinations bi-manuelles et sa sensibilité tactile et auditive.

Pour signifier le début de notre atelier, Jean tient son tam-tam dans ses mains et je tape dessus en me dirigeant vers la salle. Il me suit et lorsque nous commençons la séance, il le pose sur la table près de nous. Lorsque nous avons terminé, nous rangeons ensemble tous les instruments puis, je lui donne son tam-tam qu'il peut ramener à l'accueil de jour. Jean a rapidement intégré ces rituels. Le tam-tam est donc utilisé seulement pour faire la transition entre le début et la fin de la séance. Nous ne jouons pas avec cet instrument durant la séance. Il s'agit d'un objet transitionnel. Donald W. Winnicott qualifie l'objet transitionnel par « la première non-moi possession. Ce n'est pas moi, mais c'est à moi et cela fait partie de moi » (Winnicott & Harrus-Révidi, 2010, p.14).

En lien avec cela, au quotidien, Jean possède toujours plusieurs objets lui appartenant qu'il garde précieusement dans ses mains. Ils les amènent toujours avec lui d'une pièce à l'autre. Ces objets viennent donc le rassurer lors des moments de transition et de séparation.

2) LES GRANDS AXES DU TRAVAIL AVEC JEAN

▪ **Les stéréotypies, vecteur de communication :**

Jean se lasse rapidement des instruments. Je dois le stimuler pour qu'il continue de jouer. En effet, il teste l'objet et il travaille donc la notion de cause à effet, mais il s'arrête vite. Il me regarde, sourit et attend. A ce moment, j'observe des stéréotypies : il se penche brusquement et régulièrement sous la table. Simultanément, il fait trembler ses jambes. J'ai d'abord pensé à une chose qui l'intriguait en dessous mais au fil des répétitions j'ai opté pour l'hypothèse de stéréotypies motrices. Les stéréotypies sont un mécanisme de défense, elles permettent de réduire l'angoisse. Selon Chantal Lheureux-Davidse, elles « réduisent et bordent un espace plus restreint, se protégeant ainsi d'un trop d'informations environnantes » (Lheureux-Davidse, 2018, p.52). Nous pouvons penser que ces stéréotypies viennent pallier ses angoisses et sont en lien avec son hypervigilance à l'environnement. Je pense qu'il faudrait songer à un réaménagement de la salle afin de permettre à Jean de se sentir davantage en sécurité. Au fil des séances, il répète ces stéréotypies qui deviennent un jeu et nous permettent d'être en relation. Je réponds en miroir et c'est dans mon imitation immédiate que se trouve le jeu. Celle-ci a une fonction de communication et « peu importe si l'imitateur apprend quelque chose de nouveau ou pas, ce n'est pas l'objectif. L'objectif est de s'adresser à l'autre. Et l'autre reçoit généralement son imitation comme une marque d'intérêt ou même d'admiration » (Nadel, 2016, p.23).

▪ **L'appel de « maman » :**

Jean peut parfois évoquer « maman » pendant les séances. Il le répète régulièrement au quotidien. Je me questionne s'il s'agit d'une habitude à dire ce mot ou s'il est annonciateur d'une situation angoissante pour lui. Nommer sa mère peut être rassurant.

Cela peut rappeler les angoisses archaïques et notamment les angoisses de différenciation et de séparation. Celles-ci « opèrent donc simultanément et harmonieusement tout au long de la vie, d'autant plus que la différenciation est prépondérante à l'aube de la vie psychique et que la séparation nécessite un certain degré de différenciation soi/autre » (Alvarez & Disnan, 2009, p.34). Ou alors de par la possession d'un vocabulaire pauvre, « maman » est polysémique pour Jean. Nous pouvons évoquer le para-verbal puisque l'intonation de ce mot n'est pas toujours la même. Je me demande aussi s'il cherche à savoir quand il va retrouver sa famille. Je lui explique donc que ce n'est pas encore l'heure et lui énonce les différents temps qu'il va y avoir avant le retour à son domicile. Il semble par la suite davantage apaisé. Cela est sans doute en lien avec ses difficultés d'organisation temporelle.

- **Le rapport au toucher :**

Jean apprécie le contact, il peut me toucher la main ou souhaite me faire un bisou. Il fait également des bisous aux objets. Quel est donc son rapport à l'autre et à l'objet, quelle différence pour lui ? Aussi, quel est son rapport au flux tactile ? Jean présentant un déficit visuel, la vue n'est donc pas un sens investi, un contact proche avec l'objet est peut être nécessaire pour percevoir le monde qui l'entoure. Afin d'envisager le rapport à son environnement, il est important de se sentir différencié. Pour se sentir individué, il faut pouvoir réaliser des expériences sensori-motrices tout au long de sa vie. Selon Catherine Potel, « avoir un corps à soi, c'est avoir des repères, se connaître, avoir des sensations et des perceptions qu'on peut intégrer (faire entrer à l'intérieur de soi) en lesquelles on a confiance, sur lesquelles on peut s'appuyer » (Potel, 2010, p.81). Jean semble parfois ne pas pouvoir s'appuyer sur ses propres ressources et donc ne se sent pas contenu et en sécurité dans son corps. Également, il tape régulièrement les baguettes contre la paume de sa main. Essaie-t-il de produire un son ? Ou alors, se stimule-t-il au niveau du flux tactile ? J'aurais aimé pouvoir lui proposer des castagnettes afin qu'il puisse à la fois taper dans sa paume de la main mais aussi, simultanément, produire un son.

▪ **L'expression et le jeu avec les instruments :**

Jean est très expressif, j'observe un grand nombre de mimiques faciales. Par exemple, quand il essaye d'emboîter les bâtons de rythme et qu'il ne comprend pas pourquoi ça ne fonctionne pas, il fronce les sourcils et gonfle ses joues.

Pendant la séance, il est parfois sensible à des bruits inattendus : il sursaute, se redresse, fronce les sourcils et ouvre légèrement la bouche. Lorsque des personnes passent et qu'il les voit à travers la fenêtre, Jean est aussi très expressif, il est étonné. Sa posture varie en fonction de son état émotionnel. J'ai pu observer des moments où il possède des difficultés à réguler ses émotions.

Pour réaliser des dissociations, il n'est pas simple pour lui de prendre un objet dans chaque main et de réaliser des gestes différents simultanément. Lorsqu'il tient les bâtons de rythme, la main gauche sert de support sur laquelle la main droite vient taper dessus. Une main est toujours à l'arrêt lorsque l'autre est en mouvement. Dans cet atelier, j'aurais donc pu lui proposer de travailler davantage cela par des jeux d'imitation de rythmes et sons faisant appel aux deux mains. Il pourrait être question de jouer du xylophone en exécutant diverses frappes au niveau de chaque main.

Jean est capable de faire des choix et de les partager à l'autre. Par exemple, lors d'une séance, il a été plus difficile pour lui d'aller dans la salle. Il désirait se promener à l'extérieur. Il est finalement venu. Dix minutes avant la fin de cette séance, il s'est approché de moi et a souhaité me faire un bisou. Puis, il a pris ma main et m'a amené à l'extérieur de la salle. Il voulait sortir, je l'ai donc accompagné. Durant cette séance, il a porté un grand intérêt pour les baguettes de différentes tailles et a passé un moment à tester les sons. Il est resté plus longtemps que les autres fois sur cette activité. L'effort de concentration et d'attention a peut-être rendu nécessaire l'arrêt de la séance plus tôt.

Jean a le souci de l'ordre et du rangement durant la séance. Il prend soin de reposer correctement et de ranger les baguettes une à une en se remémorant le son de chacune en les posant.

3) LES LIMITES : LA DISTANCE SOIGNANT-SOIGNE

Cet accompagnement avec Jean m'a permis de réfléchir sur la question de la distance entre le patient et le thérapeute et de la place de chaque individu dans la relation. En effet, il me sollicite souvent corporellement. Par exemple, il se tient près de moi, me touche la tête, le bras ou s'approche pour me faire un bisou. Que faire dans ces situations et comment me placer par rapport à lui ? De plus, Jean et moi avons une proximité d'âge qui peut aussi accentuer la difficulté à trouver cette place ajustée.

Il est donc important d'être particulièrement vigilant au transfert et au contre-transfert. Le cadre thérapeutique mis en place en amont permet de se protéger un minimum de ces enjeux. A posteriori, il est aussi intéressant de s'interroger sur ce qu'il s'est passé durant la séance, comment nous nous sommes sentis. Cette réflexion peut se faire seul dans un premier temps mais elle peut aussi faire l'objet de temps supervision ou de régulation. Il s'agit alors d'exposer notre situation à d'autres professionnels afin de recueillir leurs points de vue et de pouvoir ainsi évoluer dans notre manière d'être et de penser.

J'ai donc questionné les différents acteurs de la prise en charge de Jean qui ont pu m'éclairer sur la façon dont je pouvais me comporter avec lui. Je peux alors lui dire comment je me sens quand il est proche de moi. Je lui explique qu'il est trop près et que ce n'est pas simple pour moi d'échanger dans ces conditions. Je lui dis que ce n'est pas nécessaire qu'il me fasse des bisous, que nous pouvons être en relation d'une autre manière. Je pense qu'il est important de lui rappeler le contexte, de lui expliquer pourquoi certains actes sont adaptés dans des situations et pas dans d'autres.

En tant que psychomotriciens nous sommes amenés à vivre ce type de situation puisque nous nous mettons en jeu corporellement et nous nous engageons dans la relation. Il faut donc être prudent. C'est pourquoi, la médiation vient faire tiers dans la relation et permet de mettre une certaine distance dans la dualité. Il est important d'être à l'écoute de ses ressentis et d'observer si en retour cela amène quelque chose de négatif au patient ou qui n'est pas sain compte tenu de la relation thérapeutique.

F) SYNTHESE DE CET ACCOMPAGNEMENT

Les angoisses et les questions des limites corporelles et de différenciation viennent perturber Jean au quotidien. Il possède tout de même l'envie et les moyens de communiquer. Grâce à ses expressions, la tonalité de sa voix et ses gestes, nous le comprenons et il peut réussir à nous comprendre également. Un de mes objectifs aurait été d'agrandir les temps de découverte, d'exploration et de jeux avec les objets, cela participant à la structuration temporelle. Jean a besoin de temps de concentration pour effectuer l'atelier musique que j'ai mis en place. Je pense que par la répétition et la régularité des séances ces temps pourraient être plus longs tout en respectant ses besoins et son envie. Une condition essentielle est qu'il soit avec une personne qui le rassure. Il doit être en confiance sans un élément perturbateur qui viendrait le déconcentrer. Définir un cadre thérapeutique est essentiel afin d'établir un sentiment de sécurité et de continuité.

Cet atelier sur le thème de la musique permet de travailler de nombreuses notions concernant le développement psychomoteur. Dans le cas de Jean, la musique lui apporte une enveloppe contenant limitant ses angoisses. Par la cause à effet, il se rend compte que ses gestes provoquent un son. Il prend en considération la conséquence de son acte et cela participe à son sentiment d'existence. Le tour de rôle et l'écoute de l'autre permettent à Jean d'être dans un processus de différenciation. Les sons et rythmes qu'il produit ne sont pas les mêmes que les miens, nous pouvons réaliser des choses différentes. A travers ces jeux musicaux, nous échangeons et Jean peut ainsi s'exprimer selon son état émotionnel par la manière de réaliser les sons et les rythmes. D'autres médiateurs auraient pu être utilisés pour cet accompagnement comme le ballon. Faire des échanges fait aussi appel aux notions de différenciation et d'individuation. La régulation tonique est indispensable à la réception et à l'envoi du ballon. De plus, des ballons de différentes tailles et textures permettent d'enrichir les expériences et nécessitent un ajustement constant. La communication non verbale est tout aussi présente dans ce type d'activité avec le dialogue tonique à travers les lancers du ballon, les expressions corporelles et faciales et la posture notamment.

La psychomotricité joue un rôle essentiel dans l'équilibre de Jean et les temps en relation duale réfléchis en amont et en équipe sont très importants pour lui quelle que soit l'activité choisie.

SYNTHESE DE LA PARTIE 3

A travers cette partie ciblée sur la pratique, nous avons pu faire un lien entre les concepts théoriques énoncés dans les deux premières parties et leur application.

Le psychomotricien possède un large choix dans les médiations qu'il peut proposer. Cela va dépendre de sa sensibilité et de celle du patient ainsi que du projet de soin. Ce dernier peut évoluer au fil de l'accompagnement.

L'institution influence aussi le cadre du suivi. En fonction des besoins, du mode de fonctionnement, de la demande et des moyens de l'établissement, les accompagnements ne s'effectuent pas de la même manière.

Ma rencontre avec Jean et ma réflexion autour de celui-ci m'ont permis d'élaborer davantage les notions concernant la communication non verbale. J'ai pu petit à petit faire des liens entre son fonctionnement et les données théoriques.

Conclusion

Au début de cet écrit, le questionnement principal était : quel est l'apport d'un accompagnement en psychomotricité en soutien à la communication non verbale comme vecteur de relation dans le champ du polyhandicap ?

En s'intéressant un peu plus à la communication, nous comprenons qu'il n'existe pas qu'une seule façon de s'exprimer. Pour échanger, nous prenons appui sur de nombreux éléments. Au près de personnes en situation de polyhandicap, nous observons l'importance de la communication non verbale qui reste un mode d'échange privilégié pour cette population. La plupart du temps, ces sujets n'ont pas d'autre moyen que de prendre soutien sur leur corps afin de communiquer. Cependant, les modalités relationnelles peuvent être différentes et variées en fonction des difficultés et problématiques et demandent alors une adaptation. Les outils palliatifs peuvent se trouver inaccessibles pour certains, porteurs d'un grand nombre de troubles associés. C'est notamment le cas de Jean pour qui le passage par le non verbal est le canal communicationnel indispensable. Par le biais de la musique, nous avons pu être en relation et Jean a pu s'exprimer de manière active.

Grâce à Jean et à tous les autres sujets rencontrés sur mes lieux de stages, j'ai pu comprendre que la psychomotricité est une discipline prenant en considération le dialogue corporel et le corps en relation. Le psychomotricien est formé à être à l'écoute de ses sensations et perceptions et à être attentif à la communication non verbale d'autrui. Dès le bilan et tout au long de la séance, il observe tous ces signaux. Cela vient démontrer qu'il est possible de communiquer sans avoir recours au langage. Nous pouvons constater que le psychomotricien peut venir soutenir et prendre en charge les personnes porteuses d'un polyhandicap et en particulier dans le domaine de la communication non verbale. De par son regard spécifique et son engagement corporel, la relation prend une autre dimension. L'objectif est de favoriser l'échange dans un cadre suffisamment contenant et sécurisé pour le patient. Le dialogue tonico-émotionnel prend une place majeure mais le regard, la posture, la gestuelle et l'expression jouent un rôle tout aussi important dans l'observation du psychomotricien. De plus, cette discipline paramédicale s'intéressant à la globalité du sujet, il est donc question de prendre en compte toutes les particularités de l'individu.

A travers l'élaboration de ce mémoire, j'ai pu me questionner sur la notion de communication non verbale dans le polyhandicap mais ma réflexion ne s'arrête pas là. En effet, je pense que dans ma pratique personnelle, j'ai beaucoup évolué grâce à ces recherches effectuées. Avec d'autres populations, je peux aussi mettre en lien ce que j'ai appris et expérimenté.

J'ai pu, cette année notamment, enrichir grandement mes connaissances afin de me positionner d'abord en tant que stagiaire mais, pour le futur, en tant que psychomotricienne.

Le sujet de la communication non verbale peut ouvrir sur d'autres recherches et d'autres expérimentations. Qu'en est-il de la communication non verbale lorsque tout à coup nous n'avons plus que celle-ci pour échanger ? Cela pourrait être le cas par exemple pour une personne âgée qui ne parle quasiment plus, ou une personne victime d'un accident causant la perte du langage. Des remaniements doivent avoir lieu, mais de quelle manière se font-ils ?

Annexes

Annexe n°1 : Décret d'acte de 1988 des psychomotriciens.

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice - Article 1 | Legifrance

14/03/2020 11:05



Chemin :

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

Article 1



Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants [*compétence, attributions*]:

1. Bilan psychomoteur.
2. Education précoce et stimulation psychomotrices.
3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
 - retards du développement psychomoteur ;
 - troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
 - troubles du schéma corporel ;
 - troubles de la latéralité ;
 - troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
 - dysharmonies psychomotrices ;
 - troubles tonico-émotionnels ;
 - maladrotesse motrices et gestuelles, dyspraxies ;
 - débilité motrice ;
 - inhibition psychomotrice ;
 - instabilité psychomotrice ;
 - troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.
4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Liens relatifs à cet article

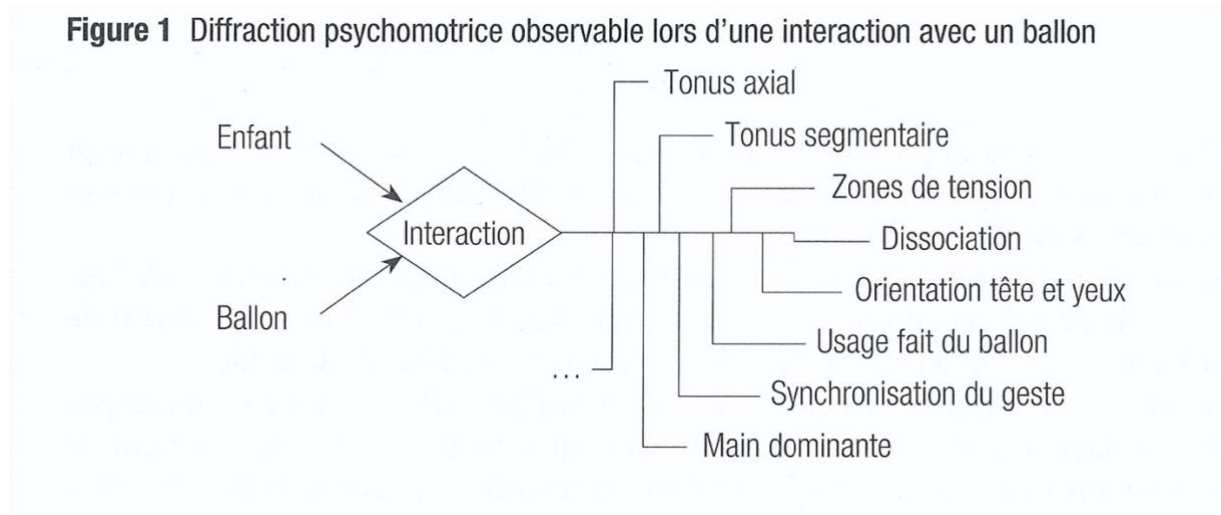
Cité par:

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 - art. 2 (Ab)
Décret n°88-659 du 6 mai 1988 - art. 2-1 (Ab)
Décret n°88-659 du 6 mai 1988 - art. 3 (Ab)
Arrêté du 2 octobre 1991 - art. 5 (Ab)

Nouveaux textes:

Code de la santé publique - art. R4332-1 (V)
Code de la santé publique - art. R4332-1 (V)

Annexe n°2 : Diffraction psychomotrice observable lors d'une interaction avec un ballon
(Scialom et al., 2018, p.307).



Annexe n°3 : Échelle d'évaluation de l'expression de la douleur chez l'adolescent ou l'adulte polyhandicapé (EDAAP) élaborée par le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) de l'hôpital marin d'Hendaye, à partir des échelles DOLOPLUS et DESS (2007).



**EVALUATION DE L'EXPRESSION DE LA DOULEUR
CHEZ L'ADOLESCENT OU ADULTE POLYHANDICAPE
(EDAAP)**

NOM :
Prénom :
Pavillon :

		Date :		
		Heures		
RETENTISSEMENT SOMATIQUE				
PLAINTES SOMATIQUES	1. Emissions vocales (langage rudimentaire) et/ou pleurs et/ou cris :			
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels ou absence habituelle...	0	0	0
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris habituels intensifiés ou apparition de pleurs et/ou cris...	1	1	1
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris provoqués par les manipulations...	2	2	3
	Em. Voc. et/ou pleurs et/ou cris spontanés tout à fait inhabituels... Em. Voc. et/ou mêmes signes avec manifestations neurovégétatives...	3 4	3 4	3 4
POSITIONS ANTALGIQUES AU REPOS	2. Attitude antalgique :			
	pas d'attitude antalgique	0	0	0
	Recherche d'une position antalgique	1	1	1
	Attitude antalgique spontanée	2	2	3
	Attitude antalgique déterminée par le soignant Obnubilé(e) par sa douleur	3 4	3 4	3 4
IDENTIFICATION DES ZONES DOULOUREUSES	3. Zone douloureuse :			
	Aucune zone douloureuse	0	0	0
	Zone sensible localisée lors des soins (visage, pieds, mains, ventre...), nommer :	1	1	1
	Zone douloureuse révélée par la palpation	2	2	3
	Zone douloureuse révélée dès l'inspection lors de l'examen	3	3	3
	Zone douloureuse désignée de façon spontanée Examen impossible du fait de la douleur	4 5	4 5	4 5
SOMMEIL	4. Troubles du sommeil :			
	Sommeil habituel	0	0	0
	Sommeil agité	1	1	1
	Insomnies (troubles de l'endormissement ou réveil nocturne) perte totale du cycle nyctéméral (déséquilibre du cycle veille/sommeil)	2 3	2 3	3 3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR ET CORPOREL				
TONUS	5. Tonus :			
	Tonus normal, hypotonique, hypertonique	0	0	0
	Accentuation du tonus lors des manipulations ou gestes potentiellement douloureux	1	1	1
	Accentuation spontanée du tonus au repos	2	2	3
	Mêmes signes que 3 avec mimique douloureuse Mêmes signes que 2 avec cris et pleurs	3 4	3 4	3 4

MIMIQUE	6. Mimique douloureuse, expression du visage traduisant la douleur :			
	Peu de capacité d'expression par les mimiques de manière habituelle	0	0	0
	Faciès détendu ou faciès inquiet habituel	0	0	0
	Faciès inquiet inhabituel	1	1	1
	Mimique douloureuse lors des manipulations	2	2	2
	Mimique douloureuse spontanée	3	3	3
	Même signe que 1 - 2 - 3 accompagné de manifestations neurovégétatives	4	4	4
EXPRESSION DU CORPS	7. Observation des mouvements spontanés (volontaires ou non, coordonnés ou non) :			
	Capacité à s'exprimer et/ou agir par le corps de manière habituelle	0	0	0
	Peu de capacité à s'exprimer et/ou à agir de manière habituelle	0	0	0
	Mouvements stéréotypés ou hyperactivité (si possibilité motrice)	0	0	0
	Recrudescence de mouvements spontanés	1	1	1
	Etat d'agitation inhabituel ou prostration	2	2	2
	Mêmes signes que 1 ou 2 avec mimique douloureuse	3	3	3
	Mêmes signes que 1 - 2 ou 3 avec cris et pleurs	4	4	4
INTERACTION LORS DES SOINS	8. Capacité à interagir avec le soignant, modes relationnels :			
	Acceptation du contact ou aide partielle lors des soins (habillage, transfert...)	0	0	0
	Réaction d'appréhension habituelle au toucher	0	0	0
	Réaction d'appréhension inhabituelle au toucher	1	1	1
	Réaction d'opposition ou de retrait	2	2	2
	Réaction de repli	3	3	3
COMMUNICATION	9. Communication verbale ou non verbale :			
	Peu de capacités d'expression de la communication	0	0	0
	Capacité d'expression de la communication	0	0	0
	Demandes intensifiées : attire l'attention de façon inhabituelle	1	1	1
	Difficultés temporaires pour établir une communication	2	2	2
	Refus hostile de toute communication	3	3	3
VIE SOCIALE INTERÊT POUR L'ENVIRONNEMENT	10. Relation au monde :			
	Intérêt pour l'environnement limité à ses préoccupations habituelles	0	0	0
	S'intéresse peu à l'environnement	0	0	0
	S'intéresse et cherche à contrôler l'environnement	0	0	0
	Baisse de l'intérêt, doit être sollicité(e)	1	1	1
	Réaction d'appréhension aux stimuli sonores (bruits) et visuels (lumière)	2	2	2
	Désintérêt total pour l'environnement	3	3	3
TROUBLES DU COMPORTEMENT	11. Comportement et personnalité :			
	Personnalité harmonieuse = stabilité émotionnelle	0	0	0
	Déstabilisation (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression) passagère	1	1	1
	Déstabilisation durable (cris, fuite, évitement, stéréotypie, auto ou hétéro-agression)	2	2	2
	Réaction de panique (hurlements, réactions neuro-végétatives)	3	3	3
	Actes d'automutilation	4	4	4
TOTAL				

Bibliographie

Akasha, E., & Frimodt, L. (1997). Le travail psychomoteur en groupe pour favoriser une expression convenable de l'agressivité. *Évolutions Psychomotrices* n°37, 137.

Alvarez, L., & Disnan, G. (2009). L'angoisse chez le bébé : De l'indifférenciation à la subjectivation et à la séparation. *Enfances & Psy*, 42(1), 28-39. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/ep.042.0028>

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau* (p. 121-129 ; 257-260). Dunod.

Association Française du Syndrome d'Angelman. (2014). *Connaissez-vous le PODD ?*
<https://www.angelman-afsa.org/prise-en-charge/communication-alternative/connaissez-vous-le-podd->

Association Française du Syndrome d'Angelman. (2018). *AFSA*. <https://www.angelman-afsa.org/le-syndrome/description/definition/definition-du-syndrome-dangelman>

Assoun, P.-L. (2017). *Du stade du miroir à l'imaginaire : Vol. 4e éd.* (p. 31-37). Presses Universitaires de France ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/lacan--9782130798477-p-31.htm>

Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité. En 25 notions : Vol. 2e éd.* (p. 119-123). Dunod ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychomotricite--9782100563043.htm>

- Berthoz, A. (2008). L'échange par le regard. *Enfances & Psy*, 41(4), 33-49. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/ep.041.0033>
- Billié, D. (2014). *La communication en maison d'accueil spécialisée : Auprès de personnes souffrant de polyhandicap* [Mémoire de psychomotricité]. Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux.
- Blog Hop'toys. (2014). *Les PECS*. <https://www.bloghoptoys.fr/votre-dossier-autisme-le-pecs>
- Blog Hop'toys. (2018). *Et si vous appreniez la langue des signes française ?*
<https://www.bloghoptoys.fr/tout-savoir-sur-la-langue-des-signes-francaise-lsf>
- Boubli, M. (2009). In *Corps, psyché et langage. Chez le bébé et l'enfant autiste* (p. 1-7). Dunod ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/corps-psyche-et-langage--9782100529094.htm>
- Branchard, L., & Moyano, O. (2018). Les représentations dynamiques du corps. *Psychologie clinique et projective*, 24(1), 197-217. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/pcp.024.0197>
- Bronstein, C. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), 769-778. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>
- Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche* (p. 23-47 ; 141-159 ; 230-232). ERES ; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-de-l-enfant-et-ses--9782749203072.htm>
- Carric, J.-C., & Soufir, B. (2014). *Lexique : Pour le psychomotricien*. Vernazobres-Gregio : ERA.

Centre de Ressources Multihandicap. (2010). *Le Makaton*.

http://www.crmh.fr/crmh/custom/module/cms/content/file/Fiches_methode/makaton.pdf

Chapireau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, 24 / 99(4), 37-56. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/g.s.099.0037>

Chavaroche, P. (2013). *Travailler en MAS : L'éducatif et le thérapeutique au quotidien*. Erès.

Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante.

Journal de la psychanalyse de l'enfant, 2(2), 397-433. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/jpe.004.0397>

CNRTL. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr>

Comité national Coordination Action Handicap. (s. d.). *Les différents types de handicap*.

<https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>

Corraze, J. (2014). *Les communications non-verbales* (p. 1-26 ; 143-164). Presses universitaires de France.

De Montgolfier, D. (2019). *Stimulation basale : Savoir faire et savoir être* [Film documentaire].

<https://vimeo.com/321416979>

Debieux, G. (2019). *Au coeur du développement psychomoteur : Des premières sensations à la marche* (p. 70-72 ; 368-370).

Delion, P., & Vasseur, R. (2010). *Périodes sensibles dans le développement moteur de l'enfant*. Erès.

Dr Boussand, F. (2011). *Dyslexie visuelle*.

<http://dyslexie.visuelle.free.fr/orthoptiste/Orthoptie.php>

Fraisse, L. (2019). *Échanger sans parler : Quelle place tient la communication non-verbale au sein de la relation entre un enfant ayant un Trouble du Spectre Autistique et un(e) psychomotricien(ne) ?* [Mémoire de psychomotricité]. Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux.

Gaillard, Y. (2019). *La communication non verbale, un dialogue de sourds ? La communication non verbale au cœur de la pratique psychomotrice auprès de jeunes sourds ayant des troubles associés* [Mémoire de psychomotricité]. Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux.

Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 76(4), 51-60. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ep.076.0051>

Haag, G. (1993). *Quelques Précisions sur le Langage Corporel des Enfants Polyhandicapés Nature du Dialogue Possible*. 37-49.

Herrscher, E. (2012). *Le langage du corps*. Evulgo. <https://www.evulgo.com/la-synergologie/les-langages-du-corps/>

Lacroix, A. (2016). La prosodie dans tous ses états. *Bulletin de psychologie*, Numéro 542(2), 83-85. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/bupsy.542.0083>

Larousse. (s. d.). <https://www.larousse.fr/portail/>

- Lascaux, M., & Morel, A. (2015). 31. Transdisciplinarité. Principes et cadres de l'accompagnement transdisciplinaire. In *Addictologie : Vol. 2e éd.* (p. 351-361). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/addictologie--9782100721429-p-351.htm>
- Lecourt, É. (2010). Le son et la musique : Intrusion ou médiation ? *Le Carnet PSY*, 142(2), 36-41. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/lcp.142.0036>
- Legifrance.* (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr>
- Lehmann, J.-P. (2007). Holding et Handling. In *La clinique analytique de Winnicott* (p. 173-176). ERES ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-clinique-analytique-de-winnicott--9782749201160-p-170.htm>
- Levy, E. (2016). *Petite enfance : Du langage corporel à la communication verbale.* <https://www.gynger.fr/petite-enfance-du-langage-corporel-a-la-communication-verbale/>
- Lévy, L., de Pertat, S., & Soubeyran, O. (2019). De l'aménageur chef d'orchestre à l'improvisateur. Ce que les savoirs de l'improvisation font à l'aménagement. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13, 3(3), 871-895. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rac.044.0871>
- Lheureux-Davidse, C. (2018). Angoisses spatiales et création de l'espace dans la clinique de l'autisme. *Le Coq-héron*, 235(4), 50-60. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/cohe.235.0050>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception* (p. 97). Gallimard.
- Mével, J.-P. (2006). *Dictionnaire Hachette.* Hachette livre.

- Mikolajczak, M. (2014). Chapitre 1. Les compétences émotionnelles : Historique et conceptualisation. In *Les compétences émotionnelles* (p. 1-9). Dunod ; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2014.01.0004>
- Munoz, G. (2002). *Adultes polyhandicapés : Quand la rencontre ne va pas de soi*. Journée Annuelles de Thérapie Psychomotrice, Annecy.
- Muzica, M. (2019). « *Mon corps, une maison à découvrir* » : Comment la psychomotricité peut aider une personne en situation de polyhandicap à mieux vivre son corps ? [Mémoire de psychomotricité]. Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux.
- Nadel, J. (2016). *Imiter pour grandir. Développement du bébé et de l'enfant avec autisme : Vol. 2e éd.* (p. 15-30). Dunod ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/imiter-pour-grandir--9782100743476.htm>
- Orain, S. (2008). Le snoezelen. *Gérontologie et société*, 31 / 126(3), 157-164. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0157>
- Pijulet, A. (2010). *Le psychomotricien et la musicothérapie*. 22(87), 4-11.
- Potel, C. (2009). *Le corps et l'eau. Une médiation en psychomotricité* (p. 25-27). ERES ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/le-corps-et-l-eau--9782749211305.htm>
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Potel, C. (2015). 9. Le contre-transfert corporel. In *Du contre-transfert corporel* (p. 111-124). ERES ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/du-contre-transfert-corporel--9782749247830-p-111.htm>

Rochat, P. (2003). Conscience de soi et des autres au début de la vie. *Enfance*, 55(1), 39-47.

Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/enf.551.0039>

Rofidal, T., & Pagano, C. (2018a). La stimulation basale®, pédagogie du handicap grave. In

Projet individuel et Stimulation basale® (p. 65-82). ERES ; Cairn.info.

[https://www.cairn.info/projet-individuel-et-stimulation-basale--9782749257266-p-](https://www.cairn.info/projet-individuel-et-stimulation-basale--9782749257266-p-65.htm)

65.htm

Rofidal, T., & Pagano, C. (2018b). Le polyhandicap, définitions et singularité. In *Projet*

individuel et Stimulation basale® (p. 41-56). ERES ; Cairn.info.

[https://www.cairn.info/projet-individuel-et-stimulation-basale--9782749257266-p-](https://www.cairn.info/projet-individuel-et-stimulation-basale--9782749257266-p-41.htm)

41.htm

Rolland, P. (2016). *Quand la relation ne va pas de soi dans l'accompagnement du*

polyhandicap : La psychomotricité comme guide pour construire un espace de

rencontre infra-verbal [Mémoire de psychomotricité]. Institut de Formation en

Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière.

Rondi, F., Marrimpoey, P., Belot, M., Gallois, A., Léger, J., Pambrun, E., & Jutand, M.-A.

(2008). Échelle EDAAP 1. La douleur de la personne polyhandicapée : La comprendre

et évaluer ses spécificités d'expression par une échelle. *Motricité Cérébrale :*

Réadaptation, Neurologie du Développement, 29(2), 45-52.

<https://doi.org/10.1016/j.motcer.2008.04.003>

Sage, I. (2008a). Edito. *Evolutions Psychomotrices*, 20(79), 3.

- Sage, I. (2008b). Quand le corps s'exprime : Les postures émotionnelles. *Evolutions Psychomotrices*, 20(79), 17-24.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité -Tome 1*. De Boeck-Solal.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015a). *Manuel d'enseignement de psychomotricité- Tome 2*. De Boeck-Solal.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015b). *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 3*. De Boeck-Solal.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 5*. De Boeck-Solal.
- Segond, L. (2015). *J'ai quelque chose à vous dire ! Le rôle de la psychomotricité dans l'accompagnement de la communication de l'adulte polyhandicapé en MAS* [Mémoire de psychomotricité]. Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., & Morche, J. (1972). *Une logique de la communication* (p. 52 ; 285).
- Winnicott, D. W., & Harrus-Révidi, G. (2010). *Les objets transitionnels*. Payot & Rivages.
- Winnicott, D. W., Kalamenovitch, J., Michelin, M., Rosaz, L., & Harrus-Révidi, G. (2007). *La mère suffisamment bonne*. Payot & Rivage.

Zacharopoulou-Sapalidou, M., & Garitte, C. (2008). Les gestes qui parlent : Étude du développement de la communication gestuelle de l'enfant. *Evolutions Psychomotrices*, 20(79), 4-11.

Zucman, E. (2007). *Auprès de la personne handicapée : Une éthique de la liberté partagée* (p. 87-91 ; 178-200). Vuibert.

Table des matières

Remerciements	1
Sommaire	2
Liste des sigles	3
Avant-propos	4
Introduction	5
PARTIE 1 : LA COMMUNICATION	8
I- DEFINITIONS	9
II- L'EMERGENCE DE LA COMMUNICATION CHEZ LE NOUVEAU NE	10
III- LA COMMUNICATION VERBALE	12
A) LE LANGAGE.....	12
B) LA COMMUNICATION PARA-VERBALE	13
C) LE CAS PARTICULIER DE LA SURDITE	14
IV- LA COMMUNICATION NON VERBALE.....	15
A) DEFINITION	15
B) POSTURES ET EXPRESSIONS	18
C) LE TONUS MUSCULAIRE ET LE DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL	20
1) DEFINITION DU TONUS.....	20
2) DU DEVELOPPEMENT DU TONUS.....	21
3) ... AU DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL.....	21
4) LE DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL COMME SUPPORT DE LA COMMUNICATION EN PSYCHOMOTRICITE	23
D) LE REGARD.....	25
V- LES OUTILS DE COMMUNICATION	26
A) La Langue des Signes Française :.....	27
B) Le Makaton :.....	27
C) Le cahier de communication :.....	27
D) Le Pragmatic Organisation Dynamic Display (PODD) :.....	28

E) Picture Exchange Communication System (P.E.C.S.) :	28
SYNTHESE DE LA PARTIE 1	29
PARTIE 2 : LE POLYHANDICAP	30
I- DEFINITIONS	31
A) LE POLYHANDICAP DANS LE HANDICAP	31
B) LE POLYHANDICAP.....	32
1) DEFINITIONS	32
2) ETIOLOGIE.....	34
3) LES TROUBLES ASSOCIES	34
II- LES FREINS A LA COMMUNICATION.....	35
A) CONSCIENCE DE SOI ET DE L'AUTRE.....	36
1) L'EMERGENCE DE LA CONSCIENCE DE SOI.....	36
2) LE ROLE DE L'AUTRE DANS LA CONSTRUCTION DE SOI	37
3) L'IMPORTANCE DES LIMITES CORPORELLES	38
4) DANS LE POLYHANDICAP.....	39
B) MODALITES RELATIONNELLES DIFFERENTES	41
1) TONUS ET REPERCUSSIONS PHYSIQUES.....	41
2) LES MOUVEMENTS PARASITES.....	42
3) DES REPRESENTATIONS DIFFERENTES	42
4) L'APPARENCE.....	43
5) LE STATUT D'ADULTE.....	44
6) LES ADAPTATIONS	44
III- REGARD PSYCHOMOTEUR.....	46
A) LE BILAN PSYCHOMOTEUR DANS LE POLYHANDICAP.....	46
B) TONUS ET MOTRICITE	47
C) LES FONCTIONS COGNITIVES.....	48
D) LA REGULATION EMOTIONNELLE.....	48
E) L'ORGANISATION SPATIO-TEMPORELLE	49
F) LA SENSORIALITE	49
G) LA COMMUNICATION.....	50
H) LE SCHEMA CORPOREL ET L'IMAGE DU CORPS.....	51

I) LA LATERALITE	52
IV- PRISE EN CHARGE TRANSDISCIPLINAIRE	53
SYNTHESE DE LA PARTIE 2	56
PARTIE 3 : ILLUSTRATION CLINIQUE	57
I- LE STAGE	58
A) PRESENTATION DE LA MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE (MAS)	58
B) LES PROFESSIONNELS	60
II- UN EXEMPLE DE MEDIATION POUR LE PSYCHOMOTRICIEN, SUPPORT DE LA COMMUNICATION : LA MUSIQUE.....	62
A) QU'EST-CE QU'UNE MEDIATION ?	62
B) LES QUALITES DE LA MUSIQUE	63
C) LA MUSIQUE COMME SUPPORT DE LA COMMUNICATION.....	63
D) LA MUSIQUE, DU PLAISIR A S'EXPRIMER	64
E) LA MUSIQUE, UNE MEDIATION THERAPEUTIQUE	65
III- ACCOMPAGNEMENT DE JEAN EN PSYCHOMOTRICITE	65
A) NOTRE RENCONTRE.....	66
B) HISTOIRE DE VIE	66
C) PRESENTATION GENERALE	67
D) MES OBSERVATIONS	69
1) INTRODUCTION	69
2) CAPACITES MOTRICES	69
3) RAPPORT A L'ENVIRONNEMENT	70
4) SENSORIALITE	70
5) RAPPORT A SOI ET A L'AUTRE	71
6) SYNTHESE DES OBSERVATIONS	72
E) RENCONTRES EN PSYCHOMOTRICITE	72
1) L'ELABORATION DU CADRE	72
2) LES GRANDS AXES DU TRAVAIL AVEC JEAN	74
▪ Les stéréotypies, vecteur de communication :	74
▪ L'appel de « maman » :	74

▪ Le rapport au toucher :	75
▪ L'expression et le jeu avec les instruments :.....	76
3) LES LIMITES : LA DISTANCE SOIGNANT-SOIGNE.....	77
F) SYNTHÈSE DE CET ACCOMPAGNEMENT	78
SYNTHÈSE DE LA PARTIE 3	79
Conclusion	80
Annexes.....	82
Annexe n°1 :	82
Annexe n°2 :	83
Annexe n°3 :	84
Bibliographie	86
Table des matières	95