



HAL
open science

Observe moi je te dirai qui je suis : l'importance de l'observation psychomotrice en polyhandicap

Valentine Catoen

► To cite this version:

Valentine Catoen. Observe moi je te dirai qui je suis : l'importance de l'observation psychomotrice en polyhandicap. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03293764

HAL Id: dumas-03293764

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03293764>

Submitted on 21 Jul 2021

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
de la Pitié Salpêtrière
Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
91, boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS



Observe-moi je te dirai qui je suis

L'importance de l'observation psychomotrice
en polyhandicap

Mémoire présenté par Valentine CATOEN en vue de l'obtention du Diplôme
d'Etat de Psychomotricité

Maître de mémoire :

Laurent BONNOTTE

Session juin 2021

*A Willy,
sans qui rien n'aurait été pareil.*

REMERCIEMENTS

Merci,

A Laurent pour m'avoir guidée lors de l'élaboration de ce mémoire et pour la richesse de nos échanges. Merci pour le temps que tu as passé à la relecture et l'aide précieuse que tu m'as apportée. Merci aussi pour le partage de ton savoir-faire et de ton expérience, pour tes conseils, ta bonne humeur durant cette année si particulière.

A ma maman, pour avoir pris le temps de corriger tout cet écrit et pour avoir su me remonter le moral quand il le fallait.

A mon papa, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir donné les moyens d'y croire quoi qu'il arrive.

A Baptiste, mon grand frère, pour nos moments passés ensemble.

A Marceau, mon petit frère, pour toujours penser à moi, même de loin. Profondément merci, sans vous quatre je n'en serais pas là.

A Marie et Laurent pour m'avoir tant apporté et pour votre confiance depuis le début,

A Manon, pour ton insouciance et ta joie de vivre,

A Lucas, pour nos rires et ta bienveillance,

A Willy, pour tout ce chemin que nous avons traversé main dans la main, mais surtout pour la richesse de ta différence qui fait de toi un petit garçon que je n'oublierai jamais.

Vous avez été ma source de motivation et d'un énorme soutien. Je ne saurais vous dire combien vous êtes important pour moi. Du fond du coeur, Merci.

A Sophie et au Silence des Justes, pour m'avoir fait découvrir un univers hors-normes que je n'oublierai jamais.

A tous mes copains de promo, pour ce qu'on a traversé ensemble. C'était une sacrée aventure.

A Laura, Ophélie et Eloïse, pour ces trois dernières années qui n'auraient pas eu le même goût sans vous. Merci pour votre soutien sans faille, en particulier pour cette dernière année qui n'a pas été facile pour moi.

A Charlène, pour ta disponibilité lors de la dernière ligne droite. Merci d'avoir pris le temps de relire et de corriger mon écrit, et aussi d'avoir poussé ma réflexion.

A toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire, il serait trop long de tous vous citer.

A tous les professionnels, les patients, les professeurs qui ont croisé mon chemin ces trois dernières années, pour m'avoir aidée à construire mon identité de psychomotricienne.

A mes étoiles, qui, j'espère, sont fières de moi.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p 7
PARTIE THEORIQUE	p 9
I. LE POLYHANDICAP	p 10
1. Une notion complexe	p 10
A. Historique du terme « polyhandicap »	p 10
B. Vision du polyhandicap par Georges Saulus	p 12
2. Les étiologies	p 14
A. Les causes anténatales	p 14
B. Les causes périnatales	p 14
C. Les causes postnatales	p 14
II. SEMIOLOGIE DU POLYHANDICAP	p 16
1. Les atteintes motrices	p 16
A. Le syndrome pyramidal	p 17
B. Le syndrome extrapyramidal	p 18
C. Le syndrome cerebelleux	p 19
D. Les troubles orthopédiques	p 19
2. Les atteintes sensorimotrices	p 20
A. Les troubles du tonus	p 20
B. Les troubles de la régulation tonique	p 21
C. Les troubles sensoriels	p 22
D. Les particularités sensorielles	p 23
E. La perception	p 24
3. La déficience intellectuelle	p 24
4. Les troubles somatiques	p 25
A. Les troubles respiratoires	p 25
B. L'épilepsie	p 26
C. Les troubles cutanés	p 27
D. Les troubles digestifs	p 27
5. Les troubles de la communication	p 28
A. La communication non-verbale	p 28
B. Le dialogue tonique	p 29
III. LE BILAN PSYCHOMOTEUR	p 30
1. Description	p 30
2. Déroulement	p 30
A. L'entretien	p 30
B. La passation	p 31
C. L'évaluation psychomotrice	p 31
D. L'observation psychomotrice	p 31
E. Le compte-rendu	p 32
3. Dans le cadre du polyhandicap	p 32

PARTIE CLINIQUE	p 34
I. LE LIEU DE STAGE	p 35
1. L'Institut d'Education Motrice	p 35
2. L'équipe pluridisciplinaire	p 35
3. Une journée à l'IEM	p 36
II. YACINE	p 38
1. Anamnèse	p 38
A. Antécédents médicaux	p 38
B. Projet thérapeutique	p 38
2. L'observation psychomotrice	p 39
A. Ma première rencontre avec Yacine	p 39
B. L'observation	p 39
C. La déduction	p 51
D. Conclusion	p 53
III. Adam	P 54
1. Anamnèse	P 54
A. Antécédents médicaux	P 54
B. Projet thérapeutique	P 54
2. L'observation psychomotrice	p 55
A. Ma première rencontre avec Adam	p 55
B. L'observation	p 55
C. La déduction	p 63
D. Conclusion	p 64
DISCUSSION	p 65
I. Un examen psychomoteur particulier	p 66
1. Le support	p 66
A. L'élaboration de la grille	p 66
B. Les intérêts de cet outil	p 67
C. Les limites de la grille	p 68
2. La méthode	p 69
A. L'observation	p 69
B. La déduction	p 70
II. Être psychomotricien auprès d'enfants polyhandicapés	p 72
1. La posture du psychomotricien	p 72
2. Les difficultés rencontrées	p 73
A. La relation	p 73
B. La communication	p 74
C. La diversité des tableaux cliniques	p 76
III. En période de crise sanitaire	p 78
1. Les répercussions sur l'engagement psychocorporel	p 78
2. L'insécurité	p 79
CONCLUSION	p 80
BIBLIOGRAPHIE	p 81
SITOGRAFIE	p 83
ANNEXES	p 84
ANNEXE I	p 85
ANNEXE II	p 91

INTRODUCTION

Mon expérience avec le polyhandicap commence en 2016. Je rencontre Willy, un petit garçon polyhandicapé de 5 ans atteint d'une déficience SSADH, dans le cadre d'un accompagnement à domicile trois soirs par semaine. Je découvre alors le quotidien d'une famille avec un enfant extraordinaire.

En juin 2019, j'ai l'opportunité d'effectuer un stage court dans l'Institut d'Education Motrice où il est pris en charge. Suite à ce stage et forte de mon expérience avec Willy, mon intérêt pour le polyhandicap ne cesse de croître et l'idée d'écrire mon mémoire de fin d'études à ce sujet émerge. Je décide de réaliser mon stage long de troisième année au sein d'un Institut d'Education Motrice.

Ma première idée pour le mémoire portait sur la communication avec des personnes en situation de polyhandicap. En effet, la complexité de la communication me posait question.

Puis au fur et à mesure de discussions avec mon maître de stage je commence à me questionner sur les capacités psychomotrices des jeunes que nous voyons en séances. Ces jeunes ont des capacités que, parfois, je ne soupçonnais même pas : ils étaient capables, à leur manière, de faire, d'apprendre, de comprendre. Malgré leurs grandes atteintes, ils ne sont pas totalement dépourvus de capacités.

Ce questionnement m'a aussi touchée de manière personnelle. Je gardais en tête le chemin parcouru avec Willy dans le cadre de mon accompagnement à domicile. Combien de fois ai-je voulu faire à sa place, pensant qu'il ne savait pas faire ?

Souhaitant continuer mes études en Master Recherche et Réhabilitation du Handicap Moteur à Lyon, je trouvais alors pertinent d'élaborer un premier écrit sur les capacités psychomotrices auprès d'un public qui m'intéresse.

Mais comment évaluer les capacités de jeunes polyhandicapés ? En effet, tout au long de la deuxième année de formation, nous voyons comment faire passer, coter et rédiger des bilans psychomoteurs mais aucun n'est adapté à la population que je vois en stage. Alors comment est-il possible de réaliser un examen psychomoteur chez des jeunes en situation de polyhandicap ?

Il me fallait un outil pour retranscrire et organiser mes observations. Je me suis alors attelée à la réalisation d'une grille d'observation psychomotrice¹. Pendant son élaboration je me suis posée une question qui deviendra par la suite le fil conducteur de mon mémoire :

Comment l'examen psychomoteur en polyhandicap peut-il rendre compte des capacités du patient sans le situer par rapport à une norme ?

Dans un bilan standardisé, à la fin de chaque test, le patient obtient un score qui est alors comparé à la moyenne et qui situe le patient dans une norme pathologique ou non. Mais en polyhandicap comparer un patient par rapport à la norme serait absurde au vu de la complexité des tableaux cliniques retrouvés. Il faut alors situer le patient par rapport à lui-même et non par rapport à la norme.

Je vais tenter tout au long de ce mémoire de répondre à cette question qui m'a animée pendant de longs mois.

D'abord grâce à une première partie qui permettra au lecteur de mieux cerner l'historique du polyhandicap, ses étiologies et les multiples atteintes susceptibles d'y être retrouvées, pour ensuite traiter du bilan psychomoteur et de ses objectifs.

Puis, à travers la seconde partie, où il pourra observer la mise en oeuvre de mon outil auprès de Yacine et Adam² sur mon lieu de stage.

Enfin, dans la dernière partie, en lui permettant d'apprécier le cheminement qui m'a animée durant l'écriture de ce mémoire via les différentes étapes d'élaboration de ma grille, la relation avec des personnes polyhandicapées et l'impact de la crise sanitaire du Covid-19.

¹ La grille d'observation complète est présentée en Annexe I p. 85

² Par souci d'anonymat, les prénoms des jeunes rencontrés en stage ont été modifiés.

PARTIE THEORIQUE

I. LE POLYHANDICAP

1. Une notion complexe

A. HISTORIQUE DU TERME « POLYHANDICAP »

Dans les années 1950 les personnes polyhandicapées étaient désignées comme « encéphalopathes » ou « arriérés profonds ». Ces personnes ne bénéficiaient d'aucun soin particulier et aucune structure d'accueil spécialisée ne leur était dédiée.

En 1965, un service spécialisé est créé à la Roche Guyon et le CESAP (Comité d'Etude et de Soins aux Arriérés Profonds) met en place des prises en charge dans des institutions adaptées à cette population.

Le CESAP fut créé en 1964 par un petit groupe de professionnels dont Elisabeth Zucman, médecin de rééducation fonctionnelle, et Stanislas Tomkiewicz, psychiatre. Il a pour but de soutenir les familles, d'accentuer les recherches et de mieux former les professionnels au polyhandicap. Le terme de polyhandicap sera d'ailleurs employé pour la première fois par Elisabeth Zucman en 1969 dans l'article *La guidance parentale*.

Suite à ces avancées, c'est au début des années 1970, que le Professeur Michel Fontan soumet le terme de « polyhandicap grave congénital » et que les prises en charge multidisciplinaires spécifiques commencent à s'imposer.

En 1975 émergent deux lois visant l'intégration et à la reconnaissance du handicap notamment dans l'éducation et l'insertion professionnelle aussi bien pour les enfants que pour les adultes :

- la **Loi 75-535 du 30 juin 1975** « relative aux institutions sociales et médico-sociales », régleme nte « les conditions de création, de financement, de formation et de statut du personnel des établissements et services du secteur » (Vie publique.fr, 2015).

- la **Loi 75-534 du 30 juin 1975** « d'orientation en faveur des personnes handicapées. Elle fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics :

- importance de la prévention et du dépistage des handicaps ;
- obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés ;
- accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population ;

- et maintien des personnes handicapées chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie »(Vie publique.fr, 2015).

Dix ans plus tard, le CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations), avec notamment Elisabeth Zucman et Stanilas Tomkiewicz, différencie les termes de polyhandicap, plurihandicap, et surhandicap.

Ainsi ces définitions voient le jour :

- Le polyhandicap est défini comme étant « un handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde »
- Le plurihandicap résulte de « l'association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservations des facultés intellectuelles »
- Le surhandicap est un cumul de « troubles du comportement sur handicap grave préexistant » (CTNERHI, 1984).

A la suite de ces travaux, la **circulaire ministérielle n° 86-13 du 6 mars 1986** utilise les définitions publiées par le CTNERHI pour « préciser les conditions de prise en charge des enfants atteints de handicaps associés, afin que les établissements et les services de l'enfance handicapée puissent répondre à l'avenir aux besoins qui s'expriment dans ce domaine » (Collignon, P. 2008).

Toutes ces recherches et ces changements ont mené à la création du **décret du 29 octobre 1989**, et **l'annexe XXVI ter** qui permet de regrouper les enfants polyhandicapés dans des lieux spécifiques avec des prises en charge adaptées à leurs besoins. Ce décret remplace celui du 9 mars 1956 comprenant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter.

En 2005, un « plan action polyhandicap » est mis en place, il est attaché à la loi du **11 février 2005**. Son but est de continuer la recherche sur les étiologies inconnues du polyhandicap, mais aussi de mesurer les conséquences tant que pour l'entourage, que pour la personne en situation de polyhandicap.

Le décret n°2017-982 du 9 mai 2017 est le plus récent. Il redéfinit avec précision la situation de la personne handicapée :

« Les personnes polyhandicapées présentent :

- Un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain.

- Une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique » (Handicap.gouv.fr , 2021).

B . VISION DU POLYHANDICAP PAR GEORGES SAULUS

Durant mes recherches et mes lectures, le point de vue d'un auteur a retenu mon attention. Georges Saulus, psychiatre et philosophe, s'est intéressé de près au concept de polyhandicap et en a présenté sa propre définition. Pour lui, le polyhandicap est un multihandicap : une association intriquée de déficiences et d'incapacités.

Pour expliquer ces termes, je me suis référée à la Classification Internationale des Handicaps.

En 2001, la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé remplace la Classification Internationale des Handicaps (CIH). La CIH est aussi appelée « Classification de Wood ». En effet, dans les années 1970 c'est au rhumatologue Philip Wood que revient la direction de cette classification.

Dans cette classification il définit la déficience comme « toute perte ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique » et l'incapacité comme « une réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales par un être humain. » (Chapireau, F. ,2001, p.39).

« Le polyhandicap est un tout formé de l'association de déficiences et d'incapacités solidaires, telle que l'expression de l'une dépend des autres et ne peut être ce qu'elle est que dans et par son rapport avec les autres » (Saulus G., 1989).

La corrélation entre déficience et incapacité est alors claire : l'une est interdépendante de l'autre. Mais au-delà de la seule intrication entre la déficience et l'incapacité, Wood utilise le terme de « désavantage social » qui se rapporte aux difficultés sociales dues au handicap dans l'environnement de la personne comme, par exemple, la dépendance dans la vie quotidienne ou pour la mobilité.

En effet, dans le cadre du polyhandicap, la notion de dépendance est centrale tout au long de la vie. Dans la CIH, le désavantage social pour une personne est défini comme résultant « d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) » (Chapireau F., 2001, p.39). Les personnes polyhandicapées sont fragiles et ont besoin d'un suivi adapté de leur état de santé. Un accompagnement de tous les jours est nécessaire pour leur permettre de subvenir à leur besoin.

Georges Saulus définit alors le polyhandicap comme « l'association de quatre types de déficiences qui engendrent un handicap grave : une déficience du fonctionnement électrique du cerveau ; des déficiences de fonctions physiologiques de base, digestive et respiratoire en particulier ; une déficience tonico-motrice sévère ; une déficience psychologique sévère, à la fois cognitive et psychoaffective » (Saulus G., 2008, p.156).

L'atteinte cérébrale responsable de ces déficiences doit être précoce, massive et non évolutive pour relever du polyhandicap. Si une personne présente les mêmes déficiences mais que l'atteinte responsable n'est pas précoce alors elle relèvera du multihandicap. Pour Georges Saulus, les personnes présentant une Infirmité Motrice Cérébrale (IMC) ou une Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC) ne relèvent pas du polyhandicap « en raison de la gravité insuffisante de la déficience psychologique qu'elles comportent » (Saulus G., 2008, page 157).

Le polyhandicap est un concept récent, encore complexe. Cette complexité réside dans la différence de tableaux cliniques retrouvés en polyhandicap. Cependant, les définitions s'accordent sur le fait que le polyhandicap soit une association de déficiences intellectuelles et motrices, ainsi que sur la notion de dépendance quotidienne de la personne polyhandicapée.

2. Les étiologies

Les données concernant le polyhandicap sont peu nombreuses. Ceci s'explique par l'apparition récente du terme comme expliqué précédemment. On sait qu'il existe des facteurs de risque tels que la prématurité, les micro ou macro encéphalies ou encore la consanguinité. La prévalence serait de 0.7 à 1/1000, soit environ 900 cas recensés par an.

Les étiologies du polyhandicap sont différenciées en fonction du moment d'apparition des lésions cérébrales. Aujourd'hui, 20 à 30% des naissances avec un diagnostic de polyhandicap sont d'étiologies inconnues.

A. LES CAUSES ANTENATALES

Les causes anténatales représentent la majeure partie des étiologies, ce sont 60% des causes de polyhandicap.

Elles comprennent les lésions survenues durant la vie fœtale, avant la naissance du bébé. Elles englobent entre autres les malformations cérébrales, les anomalies génétiques, les embryo-foetopathies infectieuses, et les foetopathies toxiques.

B. LES CAUSES PERINATALES

Les causes périnatales comprennent les incidents survenus au moment de l'accouchement (juste avant, pendant et juste après). Elles représentent environ 32% des étiologies. Ces causes sont souvent dues à une grande prématurité.

Les asphyxies périnatales, les lésions cérébrales acquises suite à des hypoglycémies sévères, les ictères, les infections, les AVC sont des causes périnatales. L'anoxo-ischémie est une forme récurrente d'asphyxie fœtale. Elle se définit comme une souffrance anoxique du cerveau, c'est-à-dire une diminution de l'apport en oxygène.

C. LES CAUSES POSTNATALES

Les causes postnatales, c'est-à-dire les incidents survenant après la naissance, pendant le développement de l'enfant, représentent environ 8 % des étiologies en polyhandicap.

Elles englobent les infections comme les méningites, les pathologies inflammatoires, les accidents domestiques (noyades, traumatismes) et enfin les pathologies métaboliques ou neurodégénératives.

Cette première partie m'a permis de poser les bases de la notion de polyhandicap et de ses étiologies. Cela m'amène à développer dans la partie suivante les multiples atteintes psychomotrices liées polyhandicap et leurs conséquences.

II. SEMIOLOGIE DU POLYHANDICAP

Le polyhandicap, dans la nomenclature actuelle, rentre dans la catégorie des paralysies cérébrales. « La PC désigne les troubles cliniques permanents du développement du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activité, causés par des atteintes non progressives survenant au cours du développement sur le cerveau du fœtus, du nouveau-né et plus rarement du nourrisson » (Berard C., 2008).

Le terme de paralysie cérébrale remplace les termes IMC (Infirmité Motrice Cérébrale : troubles moteurs sans atteinte intellectuelle liée) et IMOC (Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale : troubles moteurs avec une déficience intellectuelle légère ou moyenne) malgré tout encore utilisés. La paralysie cérébrale regroupe maintenant les termes d'IMC, d'IMOC et de polyhandicap.

L'objectif de cette partie est de recenser les manifestations cliniques spécifiques des personnes polyhandicapées afin d'accéder au mieux à la compréhension de leur manière d'être au monde. Pour que la présentation soit plus claire, j'ai choisi de traiter ces troubles séparément, mais il s'agit de ne pas oublier qu'ils sont tous intriqués entre eux.

1. Les atteintes motrices

Dans le cadre du polyhandicap, la sévérité des troubles moteurs s'exprime selon la gravité des lésions cérébrales sur les mécanismes de la motricité.

Comme mentionné précédemment, le polyhandicap fait partie des paralysies cérébrales. Ainsi, le Gross Motor Function Classification System (GMFCS) permet de classer en 5 niveaux la sévérité des atteintes de la motricité globale et de la marche chez un sujet présentant une paralysie cérébrale. Cette classification internationale permet de déterminer la performance du patient dans son environnement habituel. Le niveau I étant le niveau où le patient présente une marche autonome et le niveau V étant le niveau où le patient est en fauteuil roulant manipulé par un tiers. Ensuite, un deuxième outil permet d'évaluer la motricité manuelle du sujet dans des tâches de la vie quotidienne : le Manual Ability Classification System (MACS). Cette

classification est également construite en 5 niveaux, le niveau 1 étant celui où l'enfant présente le moins de limitations, donc un bon niveau de préhension.

Les atteintes motrices touchent souvent la marche autonome chez la personne polyhandicapée. Cependant, en fonction de la localisation des lésions, les parties du corps affectées varient.

En effet, la tétraplégie et la quadriplégie sont des termes désignant une atteinte/paralysie des quatre membres. Si seulement les membres inférieurs sont impactés il s'agit d'une diplégie. L'atteinte d'un seul membre est appelée monoplégie et l'atteinte de trois membres triplégie. Enfin, l'hémiplégie désigne l'atteinte/paralysie d'un seul hémicorps.

En plus des membres qu'elles affectent, il existe trois grands groupes d'atteintes centrales neuro-motrices, que l'on retrouve chez les paralysés cérébraux et qui sont à distinguer des atteintes périphériques.

A. LE SYNDROME PYRAMIDAL

Le syndrome pyramidal, ou forme spastique, résulte d'une atteinte de la voie cortico-spinale. Cette voie cortico-spinale dirige la commande motrice volontaire. Cette forme peut engendrer les quatre types d'atteintes mentionnées précédemment. Le syndrome pyramidal regroupe alors des troubles moteurs dus à un dysfonctionnement de la motricité volontaire. Ce dysfonctionnement entrave l'action agoniste/antagoniste des muscles, ce qui entraîne une hypertonie spastique.

La spasticité est définie comme un désordre moteur caractérisé par une augmentation du réflexe tonique d'étirement. Si la spasticité est légère, on parle alors de parésie. Cette dernière entraîne une diminution de la force musculaire, c'est une forme moindre de spasticité.

B. LE SYNDROME EXTRAPYRAMIDAL

Le syndrome extrapyramidal, ou forme dyskinétique, résulte quant à lui d'une atteinte des noyaux gris centraux. Il est caractérisé par les mouvements involontaires et le syndrome parkinsonien. Le syndrome parkinsonien lui, ne fait pas partie des paralysies cérébrales. Cette forme engendre des mouvements anormaux tels que les tremblements, les chorées, les tics, les dyskinésies, les dystonies et les myoclonies.

- La chorée est un « mouvement brusque, aléatoire, anarchique, souvent à type de rotation ou de flexion/extension, non stéréotypé, arythmique, sans finalité » (Deuxième cycle, 2020). Le mouvement peut être présent au repos comme à l'action et peut toucher le visage, le cou, le tronc ou les membres.
- La dystonie est une « contraction musculaire involontaire, prolongée, responsable d'une posture anormale et/ou de mouvements répétitifs, aggravée par les mouvements et habituellement stéréotypée » (Deuxième cycle, 2020). La dystonie peut prendre différentes formes en fonction de sa localisation et se traduit donc soit par un mouvement anormal, soit par une posture.
- Le tic est un « mouvement soudain, bref, intermittent, stéréotypé, répétitif » (Deuxième cycle, 2020). Il y a deux formes de tics : simple et complexe. Les tics simples ne touchent qu'un petit ensemble de muscles et s'expriment, par exemple, par un clignement des yeux, un haussement d'épaule. Les tics complexes donnent lieu à un enchaînement moteur de différents gestes. Les tics peuvent être moteurs ou vocaux.
- La dyskinésie est « un mouvement anormal [...] choréique ou dystonique » (Deuxième cycle, 2020). Ces mouvements anormaux involontaires sont souvent retrouvés dans la maladie de Parkinson. La prise d'un traitement antipsychotique peut aussi conduire à des dyskinésies.
- Les myoclonies sont des « secousses musculaires brusques » (Deuxième cycle, 2020). On peut en retrouver dans le cadre des encéphalopathies, des épilepsies ou lors de la prise d'un traitement médicamenteux.

C. LE SYNDROME CEREBELLEUX

Le syndrome cérébelleux ou forme ataxique, résulte d'une atteinte du cervelet ou des voies cérébelleuses. Il est caractérisé par des troubles de l'équilibre et de la marche, une dyschronométrie, une dysmétrie et une dysarthrie.

- Les troubles de l'équilibre et de la marche sont dus à une ataxie cérébelleuse. Celle-ci provoque un élargissement du polygone de sustentation lors de la position debout et lors de la marche.
- La dyschronométrie est un trouble de la coordination dans le temps. Elle est définie par un « retard à l'initiation et à l'arrêt du mouvement » (Neurologues du groupe de la Pitié-Salpêtrière, 2000).
- La dysmétrie est un trouble de la coordination. La coordination du geste est mauvaise dans le temps et dans l'espace : le geste est amplifié et manque son but.
- La dysarthrie est un trouble de la parole qui concerne l'articulation, à différencier de l'aphasie qui, elle, est un trouble du langage. On distingue trois formes de dysarthrie : la dysarthrie parkinsonienne, la dysarthrie paralytique et la dysarthrie cérébelleuse.

D. LES TROUBLES ORTHOPEDIQUES

Les troubles orthopédiques résultent des troubles du tonus causés par les atteintes cérébrales. Effectivement, ceux-ci peuvent être à l'origine de graves troubles musculo-squelettiques.

Les rétractations musculaires dues à la spasticité, mais aussi à l'hypotonie entravent la bonne croissance des muscles et des os et, à fortiori, entraînent des déformations orthopédiques telles que des scoliose, des luxations de hanches, et des déformations au niveau des chevilles et des pieds. La scoliose est une déviation importante de la colonne vertébrale. Ce sont les principales atteintes orthopédiques sévères que nous pouvons rencontrer dans le cadre du polyhandicap. L'hyperlaxité, c'est-à-dire l'élasticité excessive des muscles ou des articulations, est aussi un phénomène donnant lieu à des déformations orthopédiques.

Des appareillages peuvent être mis en place pour limiter les déformations orthopédiques et ainsi préserver les possibilités motrices de la personne polyhandicapée. Même si ils sont nombreux et impressionnants, ces appareillages orthopédiques protègent la personne d'un risque de douleur et lui amènent une qualité de vie la meilleure possible. Les orthèses, chaussures orthopédiques, coques de maintien ou de verticalisation, les sièges moulés ou encore les corsets sont autant d'appareillages externes rencontrés en polyhandicap.

Il existe aussi des appareillages « internes » : les arthrodèses vertébrales, qui remplacent le corset. L'arthrodèse est mise en place de façon définitive suite à une opération chirurgicale. Elle est composée de deux tiges accrochées aux vertèbres par des vis. Elle part des dernières vertèbres cervicales jusqu'aux premières vertèbres sacrées. Elle ne permet donc plus l'enroulement du dos.

2. Les atteintes sensorimotrices

A. LES TROUBLES DU TONUS

La conséquence majeure de l'atteinte neuro-motrice concerne le tonus et sa régulation. Le tonus est défini par Vulpien comme « l'état de tension active, permanente, involontaire, variable dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques qui le renforcent ou l'inhibent » (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2011, p.145).

On distingue plusieurs formes de tonus :

- Le tonus postural est « l'état de légère contraction musculaire qui n'aboutit pas au mouvement mais assure la résistance à la pesanteur, qui fixe les articulations dans une position déterminée et donc maintient la posture lors de l'exécution d'un mouvement. Cette contraction est isométrique (la tension augmente mais la longueur du muscle ne change pas), permanente et involontaire » (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2011, p.25). C'est grâce à ce tonus et aussi à la pesanteur que le maintien en position verticale est possible.

- Le tonus de fond, aussi appelé tonus basal, participe à la conscience d'être à soi. Il est défini comme étant l'état de légère tension des muscles au repos.
- Le tonus d'action lui est perceptible lorsque, comme son nom l'indique, le corps est mobilisé pour une action. Il est lié à la motricité globale.

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

- L'hypertonie correspond à une augmentation du tonus musculaire. Dans le cadre de la spasticité, cette hypertonie est pathologique.
- L'hypotonie, à l'inverse, correspond à un effondrement du tonus musculaire pathologique et peut entraîner d'importantes déficiences posturales.

Les troubles du tonus ont des conséquences plus ou moins sévères sur les fonctions posturales et de régulations toniques. La variation entre ces deux états toniques est normale, mais dans certains cas, la régulation tonique est impossible.

B. LES TROUBLES DE LA REGULATION TONIQUE

La régulation tonique peut-être définie comme un accordage entre l'hypertonie et l'hypotonie. André Bullinger distingue plusieurs mécanismes de la régulation tonique. Le premier est lié aux états de vigilance, le second au contrôle des flux sensoriels et le dernier au milieu humain et aux représentations mentales (Bullinger A., 2004).

- L'état de vigilance correspond aux comportements de l'enfant en interaction avec son milieu. Chaque état comportemental correspond à un état tonique précis. Les troubles du tonus retrouvés chez une personne polyhandicapée entravent ce niveau de régulation tonique. Les possibilités de variation tonique sont presque rendues impossibles.
- Le contrôle des flux sensoriels fait appel aux systèmes archaïques. Les principaux flux sont les flux gravitaires, tactiles, olfactifs, sonores et visuels. Il est marqué par des mobilisations physiques. En effet, la perception d'un flux sensoriel engendre quatre réponses consécutives : l'alerte, l'orientation, l'évaluation de la distance et la consommation, autrement dit l'exploration du stimulus. La réaction d'alerte consiste en une mise en tension de

l'organisme. L'orientation correspond à l'organisation sensori-motrice mise en place pour s'orienter vers le stimulus. Les atteintes motrices et intellectuelles entravent ces différentes étapes de perception d'un flux donc la régulation tonique. Alors, le contrôle des flux sensoriels ne peut se traduire seulement par une réaction d'alerte.

- Le milieu humain correspond aux interactions entre l'enfant et son environnement. La communication est au centre de ce système : l'adulte met du sens sur les manifestations de l'enfant, à travers le dialogue tonico-émotionnel. Suzanne Robert-Ouvray défend l'hypothèse que « l'univers psychique du bébé ne dépend pas directement et uniquement de l'univers psychique de la mère, mais qu'il existe une zone de transition et de médiation tierce qui est la tonicité des corps. » (Robert-Ouvray, 2007, p 238). Les troubles du tonus engendrés par les atteintes neuro-motrices impactent sévèrement le dialogue tonico-émotionnel chez une personne polyhandicapée. De plus, à cause de la déficience intellectuelle, il est difficile de mettre du sens sur les manifestations toniques et émotionnelles.
- Les représentations mentales permettent d'identifier les flux sensoriels, de trouver un équilibre tonico-émotionnel. C'est un mécanisme interne, qui conduit à une bonne interaction entre l'enfant et son milieu. Du fait de la déficience intellectuelle, les personnes polyhandicapées n'ont pas la capacité d'accéder aux représentations mentales. De plus, l'équilibre sensori-tonique est entravé, cela donnant lieu à des répercussions sur les interactions de la personne polyhandicapée avec son environnement

C. LES TROUBLES SENSORIELS

Dans le cadre du polyhandicap, la majorité des troubles sensoriels concerne la vue, l'audition.

Environ 40 % de la population en polyhandicap est atteinte d'un trouble de la vision. Ils peuvent être dus à une affection du globe oculaire, des muscles oculomoteurs ou encore à une atteinte neuro-visuelle. En effet, les troubles de la vision peuvent toucher la vue en elle-même ou alors le traitement des informations visuelles.

Les principaux troubles oculo-moteurs retrouvés sont : le strabisme (ou diplopie) qui perturbe la correspondance sensorielle et motrice des yeux ; et le nystagmus qui s'exprime par des mouvements involontaires des globes oculaires.

Les troubles de l'audition se font plus rares, seuls 3 % des personnes en situation de handicap seraient touchés par un déficit auditif. Notons que le diagnostic d'un trouble auditif est difficile à établir dans le cadre du polyhandicap car il sous-entend une bonne compréhension du sujet.

D. LES PARTICULARITES SENSORIELLES

Une entrave au traitement des informations sensorielles engendre une difficulté au niveau de l'accès aux représentations mentales. En effet, d'après André Bullinger, l'absence d'un flux sensoriel entrave le phénomène de co-variation qui consiste à mettre en relation plusieurs flux sensoriels pour créer des représentations mentales (Bullinger A., 2004). Si l'absence ou l'entrave des flux sensoriels impactent le sujet dans la relation à son environnement alors ce dernier ne peut plus vivre des expériences sensori-motrices suffisantes.

Les difficultés de gestion des flux sensoriels se retrouvent souvent chez les sujets polyhandicapés. Il existe deux types de troubles des flux sensoriels : l'hypersensibilité et l'hyposensibilité.

- L'hypersensibilité est représentée comme un trop plein de stimuli sensoriels dits « ordinaires » : le seuil de sensibilité d'une personne est très bas, et sa façon de réagir à un flux peut être jugée comme exagérée.
- L'hyposensibilité en revanche concerne un seuil de sensibilité très haut et une personne qui ne réagit que très peu au stimuli (lumières, bruits, textures).

Du fait de leur déficience intellectuelle mais aussi de la fragilité de leur équilibre sensori-tonique, les personnes en situation de polyhandicap ont du mal à gérer les flux sensoriels et à s'y habituer, elles sont souvent dérangées par les stimulus extérieurs. Cela peut se traduire par des comportements d'auto-stimulation quand le stimulus n'est pas assez fort ou par une décharge tonique quand, au contraire, celui-ci est trop élevé.

Ces particularités sensorielles peuvent toucher aussi bien les cinq sens que la sensibilité somatique. Cette dernière sensibilité concerne la proprioception, le système vestibulaire, la nociception et la thermoception.

E. LA PERCEPTION

Lorsque les procédés mis en jeu dans la sensori-motricité fonctionnent correctement, les flux sensoriels ainsi que leurs caractéristiques spatiales sont traités.

La variation d'un flux sensoriel est traduite dans le corps par une multitude d'afférences provenant directement des organes sensoriels. « Ce qui construit le message sensoriel n'est pas l'information provenant d'un unique récepteur, mais l'information amenée par une multitude de récepteurs sensoriels » (Jaquet et al., 2014, p.21). Ainsi, la perception peut être perçue comme l'interprétation d'une information sensorielle dépendant de nos expériences passées. « Si deux organismes d'une même espèce partagent une réalité globale commune du fait d'un même équipement sensoriel, chacun ayant eu sa propre expérience, les perceptions qu'ils auront d'une situation donnée ne seront pas exactement les mêmes » (Jaquet et al., 2014, p.17).

Pour Alain Berthoz, la perception est une « action simulée et projetée sur le monde » (Berthoz A., 1997, p.147). Elle n'est donc pas simplement une représentation. La perception prend alors un aspect multisensoriel et dépend de la mémoire des sensations, des mouvements, des lieux. Or chez la personne polyhandicapée, le traitement de l'information sensorielle est souvent biaisé, ce qui engendre un défaut de perception du monde extérieur.

3. La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle est l'une des manifestations cliniques majeures dans le cadre du polyhandicap. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) une déficience intellectuelle, aussi appelée retard mental, est « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales » (OMS,1992).

Celle-ci est quantifiée par le quotient intellectuel (QI) évalué grâce à un test standardisé. Un score entre 69 et 50, considère que la personne est atteinte d'une déficience intellectuelle légère. Entre 49 et 35, le sujet présente une déficience intellectuelle moyenne. Entre 34 et 20, la déficience intellectuelle sera jugée sévère. Une déficience intellectuelle sera qualifiée de profonde quand le QI sera inférieur à 20.

Dans le cadre du polyhandicap, les atteintes retrouvées sont sévères ou profondes, c'est-à-dire avec un quotient intellectuel inférieur à 35.

Georges Saulus énonce que la déficience intellectuelle des personnes polyhandicapées est liée à l'atteinte neurologique massive qui entrave le fonctionnement du cerveau ainsi qu'aux difficultés de gestion des flux sensoriels (Saulus G., 2008). Du fait de cette déficience intellectuelle au minimum sévère, les personnes atteintes de polyhandicap ont du mal à accéder aux représentations mentales et à mettre du sens sur leurs éprouvés corporels, ce qui provoque des difficultés de gestion des flux sensoriels.

La sévérité de la déficience intellectuelle chez un sujet polyhandicapé altère les fonctions cognitives telles que la mémoire ou l'attention. De plus, l'accès au langage est rare et le niveau de compréhension souvent faible. Alors, la communication est majoritairement non-verbale et engendre une grande dépendance dans la vie quotidienne de la personne polyhandicapée.

4. Les troubles somatiques

Dans le cadre du polyhandicap, les troubles somatiques les plus souvent rencontrés sont les troubles respiratoires, l'épilepsie, les troubles alimentaires ou les troubles cutanés.

A. LES TROUBLES RESPIRATOIRES

Ces troubles sont dus à une faiblesse des muscles respiratoires, à des infections de la sphère respiratoire ou encore à des déformations touchant la cage thoracique qui conduisent à des insuffisances respiratoires. La toux chez une

personne polyhandicapée est souvent peu efficace lors des fausses routes, cela entraînant des infections respiratoires chroniques.

B. L'ÉPILEPSIE

L'épilepsie est une maladie chronique due à la répétition de crises d'épilepsie. Une crise d'épilepsie est due à une activité paroxystique et rapide d'une population plus ou moins étendue de neurones. Les personnes polyhandicapées peuvent faire différentes formes de crises d'épilepsie :

- Les crises généralisées qui se caractérisent par une décharge bilatérale synchrone et symétrique. Elles sont reconnaissables par un moment d'absence de la personne. Elles comprennent les crises myocloniques, cloniques, toniques, tonico-cloniques et atoniques.
- Les crises partielles qui se caractérisent par un début focal et unilatéral. Elles comprennent les crises partielles simples (sans altération de la conscience), les crises partielles complexes (avec altération de la conscience) et les crises secondairement généralisées.

L'intervalle entre deux crises d'épilepsie dépend de la mise en place d'un traitement médicamenteux et de son efficacité. Il faut parfois essayer plusieurs traitements pour réussir à stabiliser l'épilepsie.

Les étiologies de l'épilepsie sont diverses :

- L'épilepsie symptomatique représente 40 % des cas d'épilepsie. Elle comprend l'épilepsie due à une lésion congénitale du système nerveux central ou à une lésion acquise liée à une tumeur, un AVC, une infection. Elle peut aussi être le symptôme d'une maladie.
- L'épilepsie idiopathique représente 20 % des cas d'épilepsie. Elle comprend les épilepsies indépendantes d'une lésion. On peut parler d'une cause génétique : il y a une mutation sur les canaux ioniques qui laissent alors passer trop de neuro-transmetteurs.
- L'épilepsie dont on ne connaît pas l'étiologie est dite cryptogamique.

C. LES TROUBLES CUTANES

Du fait de l'immobilité, les troubles cutanés retrouvés le plus fréquemment en polyhandicap sont les escarres. Une escarre est une plaie qui se forme en dépit d'un manque d'oxygénation trop important du tissu cutané.

Les attelles ou autres appareillages peuvent aussi être à l'origine d'irritations cutanées à cause du frottement contre la peau, ou d'un appui trop marqué.

D. LES TROUBLES DIGESTIFS

Les troubles du transit, les troubles de la déglutition, les reflux gastro-oesophagiens et la dénutrition sont autant de troubles digestifs que l'on retrouve dans le cadre du polyhandicap.

- Les troubles du transit peuvent être dus à de multiples facteurs. La prise de médicaments, une hydratation insuffisante, ou encore l'immobilité peuvent causer des troubles du transit.
- Les troubles de la déglutition chez une personne polyhandicapée se traduisent le plus souvent par des fausses routes. Elles sont responsables de multiples infections respiratoires qui peuvent engager le pronostic vital de la personne. La gastrostomie peut être une solution à ces fausses routes récurrentes : on relie l'estomac à une sonde par un tuyau et la nourriture sous forme liquide y est directement envoyée. Ainsi, la personne bénéficie de tous les apports en nutriment sans risquer une infection respiratoire grave.
- Les reflux gastro-oesophagiens sont à l'origine de douleurs importantes et de vomissements chez une majorité de personnes en situation de polyhandicap. Un traitement médicamenteux peut alors être mis en place si ceux-ci sont trop importants.
- La dénutrition peut être due aux troubles de la déglutition. En effet, quand ils sont trop présents, ces troubles empêchent la personne d'atteindre un apport en calories suffisant et donc d'assimiler correctement les nutriments nécessaires.

5. Les troubles de la communication

En raison de leur forte déficience intellectuelle, les personnes polyhandicapées présentent souvent des troubles de la communication.

Il est difficile de décrire clairement ce qu'est la communication. J. Gerard Naef dit que « communiquer c'est avant tout se faire comprendre et comprendre son ou ses interlocuteurs, quels que soient les moyens mis en œuvre pour y parvenir, quelle que soit la langue ou le code utilisé, quel que soit le canal de transmission et quelles que soient même les raisons, les motivations des 'communicants'. Or pour que la compréhension soit possible le message doit se présenter sous une certaine forme, ce qui oblige le locuteur à prendre quelques précautions : utiliser une langue connue de ses interlocuteurs et s'assurer que l'autre reçoit le message » (J. Gerard-Naef, 1987, p.17).

La communication peut alors prendre différentes formes : orale, manuscrite, et gestuelle. Par exemple, le langage des signes ou encore le makaton sont deux formes de langages infra-verbaux complexes. Ces moyens de communication ont pour but de se substituer au langage oral ou encore de l'accompagner et de le soutenir. La communication nécessite de la part des interlocuteurs une notion de compréhension et d'interprétation du langage : il faut construire le message reçu.

A. LA COMMUNICATION NON VERBALE

La communication ne se cantonne pas au langage verbal. Ce n'est pas parce qu'il y a un langage verbal qu'il y a communication. Chez les personnes polyhandicapées, les troubles de la communication s'expriment le plus fréquemment par une absence ou une altération du langage verbal, donc une expression difficile. Certaines personnes n'ont que très peu de possibilités pour communiquer en utilisant le langage (oral ou non) à cause de leurs atteintes intellectuelles et motrices. Alors que le dialogue tonico-émotionnel devient un support de la communication en polyhandicap.

B. LE DIALOGUE TONIQUE

La notion de dialogue tonique voit d'abord le jour avec Wallon avec le terme de relation tonico-émotionnelle. C'est Ajuriaguerra qui, en 1962, reprendra cette entité : « La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers de phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude du dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé le « dialogue tonique ». Ce dialogue tonique qui jette le sujet tout entier dans la communion affective ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps » (Joly F. & Labes G., 2009, p.171).

Le corps prend alors une place à part entière dans la communication. Le dialogue tonique est considéré comme une communication non-verbale. Le tonus est la toile de fond des émotions : il fluctue en fonction de nos émotions et de nos expériences, d'où le terme de dialogue « tonico-émotionnel » également employé.

B.Lesage définit le dialogue tonique comme « cette rencontre où la subjectivité d'un interlocuteur suscite celle de l'autre » (Lesage B., 2000, p.94).

Après avoir présenté les différents troubles et leurs conséquences retrouvés dans le cadre du polyhandicap, je vais maintenant décrire la construction du bilan psychomoteur.

III. LE BILAN PSYCHOMOTEUR

J'ai choisi de décrire dans un premier temps les aspects du bilan psychomoteur en temps ordinaire pour ensuite traiter du bilan psychomoteur en polyhandicap. Effectivement, du fait des atteintes en polyhandicap, un bilan psychomoteur classique ne peut être réalisé et le psychomotricien doit faire preuve d'adaptabilité au vu de la population.

1. Description

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

Le bilan psychomoteur a pour but de démontrer les compétences d'un sujet et de déceler des anomalies ou dysfonctionnements par rapport à différentes fonctions du corps en action. Il peut se composer de tests standardisés mais également d'observations cliniques. Il se déroule en plusieurs parties.

L'examen psychomoteur est primordial dans la prise en charge d'un patient. Christian Ballouard disait à ce propos qu' « aucune prise en charge psychomotrice ne se fait sans avoir réalisé au préalable un bilan global des possibilités de l'individu » (Ballouard, 2003, p.24).

2. Le déroulement

A. L'ENTRETIEN

L'entretien préalable avant le début d'un bilan psychomoteur est avant tout une première rencontre entre le thérapeute et le patient, et éventuellement sa famille. Il a pour but de mieux connaître le patient, ses antécédents. Le thérapeute réalise donc une anamnèse du patient durant ce premier rendez-vous : il essaie de cerner au mieux sa demande, ses difficultés, ses facilités, le cadre dans lequel il vit. Cet entretien sert aussi à faire émerger le motif de consultation.

Ainsi, une première observation clinique pourra être tirée de cet entretien : le comportement du sujet lors d'une situation spontanée, en dehors de toute situation d'examen psychomoteur. A l'issue de cet entretien, des séances de bilan seront proposées au patient.

B. LA PASSATION

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

Les domaines testés lors du bilan psychomoteur sont : la fonction motrice, les praxies et les gnosies, le schéma corporel, la latéralité, la structuration spatiale et temporelle ainsi que les capacités tonico-émotionnelles (Vaivre-Douret L., 2015). L'évaluation peut se faire grâce une batterie de tests standardisés mais aussi à travers l'observation fine du psychomotricien.

C. L'EVALUATION PSYCHOMOTRICE

L'évaluation psychomotrice est caractérisée par la passation de tests standardisés évaluant différents domaines psychomoteurs.

L'objectif de ces tests est de comparer les compétences psychomotrices d'une personne à une norme établie selon son âge et parfois selon son sexe.

D. L'OBSERVATION PSYCHOMOTRICE

Bien qu'une multitude de tests existe en psychomotricité, il n'existe pas de test pour tous les items psychomoteurs. Au-delà de l'évaluation standardisée, le bilan se fait également grâce à l'observation qualitative psychomotrice. Pour tenter de comprendre l'organisation psychomotrice du patient, le psychomotricien a appris à observer de façon objective les compétences de ce dernier dans un domaine spécifique.

Cette observation psychomotrice a une place majeure dans le bilan psychomoteur, notamment quand le patient présente une pathologie qui ne lui permet pas de passer des tests standardisés.

E. LE COMPTE RENDU

La conclusion du bilan psychomoteur se caractérise par la rédaction d'un compte-rendu. Il a pour but de décrire les compétences et les difficultés observées puis de les analyser.

Le bilan psychomoteur a pour but de trouver les problématiques psychomotrices du patient pour lui proposer le meilleur suivi possible. « Il faudra articuler les différentes fonctions psychomotrices entre elles et comprendre les liens de cause à effets » (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2018, p.33). Il permet également de connaître ses potentialités afin de s'en servir comme levier dans la relation et la prise en charge.

Ces problématiques mèneront alors le psychomotricien à construire des séances autour d'un axe thérapeutique. Un projet thérapeutique sera alors élaboré pour déterminer les modalités de la prise en charge. Elles comprennent le type de prise en charge, le lieu, la fréquence et la durée des séances. (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2018)

L'examen psychomoteur permet alors de faire le point sur les capacités du patient : ses échecs comme ses réussites dans divers domaines psychomoteurs.

En général, un bilan psychomoteur est réalisé tous les ans, ou lorsque le psychomotricien pense que la prise en charge n'est plus nécessaire.

3. Dans le cadre du polyhandicap

Dans le cadre d'une prise en charge en polyhandicap, le bilan psychomoteur ne se réalise pas de la même manière qu'un bilan psychomoteur comme décrit précédemment. Il n'existe pas de tests standardisés pour les cas de polyhandicap. Il serait en effet absurde de faire passer les tests psychomoteurs existants à une personne en situation de polyhandicap : le résultat serait systématiquement chuté du fait des atteintes psychomotrices du patient et donc de l'impossibilité à effectuer les épreuves.

Il est alors plus pertinent de proposer une situation particulière et adaptée à la personne pour observer ses compétences psychomotrices.

Comme le décrivent Laurent Bonnotte et Florence Lequenne, l'examen psychomoteur dynamique en polyhandicap se découpe en deux étapes. La première étape d'observation et de diffraction sert d'abord à « décortiquer chaque action selon différents pôles, puis d'être attentif à la résonance entre eux » (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2018, p.307). La seconde étape de déduction et d'articulation psychomotrice consiste à tirer des informations de ces observations pour les articuler entre elles et pouvoir conclure sur l'organisation psychomotrice du sujet.

Les situations proposées s'adaptent alors directement au patient, la dimension ludique, le dispositif, sont pensés pour lui. Pour compléter cette observation, le bilan sensoriel de Bullinger peut être un bon outil, cependant il faut y être formé.

L'observation clinique prend alors une place prépondérante dans l'évaluation psychomotrice. Cette observation permet de détailler précisément chaque item pour pouvoir ensuite les mettre en lien et obtenir une vision globale de l'organisation psychomotrice du patient. « Cela permet d'identifier l'intrication, voire l'interdépendance, des éléments relevant à la fois de la régulation tonique, du schéma corporel, des repères temporo-spatiaux ou encore de la gestion des émotions » (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2018, p.307).

PARTIE CLINIQUE

I. LE LIEU DE STAGE

1. L'Institut d'Education Motrice

L'Institut d'Education Motrice (IEM) dans lequel j'ai réalisé mon stage long de troisième année se situe dans le 11ème arrondissement de Paris et possède une annexe dans le 12ème arrondissement. Il a une capacité d'accueil de 70 jeunes divisés en deux catégories : 51 jeunes handicapés moteurs relevant de l'annexe 24bis et 19 jeunes polyhandicapés relevant de l'annexe 24ter.

Les jeunes sont présents du lundi au vendredi de 8h30 à 15h30. L'établissement est ouvert 210 jours par an. Onze samedis sont réservés à l'accueil des familles. Ils sont répartis dans les deux établissements sur quatre unités : une unité éducative pour jeunes enfants de 3 à 10 ans, deux unités éducatives pour pré adolescents/adolescents de 11 à 20 ans et une unité de soutien à l'intégration sociale pour des jeunes de 16 à 20 ans. Dans les unités les patients sont divisés en sous-groupes.

L'IEM se présente sur cinq étages. Au sous-sol nous retrouvons la balnéothérapie, la salle de réunion, les locaux d'entretiens, de lingerie et de maintenance. Au rez-de-chaussée se trouvent l'accueil, la salle polyvalente, la salle de kinésithérapie, la salle des plâtres et un bureau administratif. Les 1er, 2eme et 3eme étages sont agencés de la même façon : 4 salles d'activités, une salle à manger, une salle commune et des sanitaires. Le 4ème étage est réservé aux bureaux administratifs, aux salles médicales et paramédicales (infirmières, médecins, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues). Le 5ème étage a été aménagé pour la cuisine, la salle à manger du personnel et la salle d'ergothérapie.

2. L'équipe pluridisciplinaire

Les professionnels sont divisés en 2 équipes : l'équipe médicale/paramédicale et l'équipe éducative.

L'équipe médicale comprend le médecin coordinateur, le médecin psychiatre et le médecin rééducateur. L'équipe paramédicale est composée du chef de service paramédical, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des

psychomotriciens, des infirmiers, des psychologues et des neuropsychologues. L'équipe paramédicale et l'équipe médicale fonctionnent de pair.

L'équipe éducative, elle, est composée des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs, des éducateurs de jeunes enfants, des éducateurs sportifs et des aides médico-psychologiques. Des professeurs des écoles sont également présents, mis à disposition par l'Education Nationale.

Ces équipes travaillent ensemble dans le but de proposer le meilleur suivi possible aux jeunes accueillis.

3. Une journée à l'IEM

Les journées à l'Institut d'Education Motrice sont rythmées par différents temps qui permettent aux jeunes d'avoir un cadre fixe.

L'IEM propose un service de transport du domicile vers l'établissement. Le transport est effectué par un chauffeur avec un véhicule adapté pouvant accueillir 5 à 6 jeunes. Les parents peuvent également amener leur enfant par leurs propres moyens.

Les jeunes arrivent entre 8h15 et 9h00 à l'établissement. Les équipes se répartissent les rôles pour accueillir les jeunes. Certains s'occupent d'aider les chauffeurs à descendre les enfants des véhicules, pendant que d'autres gèrent les montées en ascenseurs et les accueils sur leur groupe. Certains jeunes passent d'abord par la salle de kinésithérapie pour être verticalisés avant de rejoindre leur groupe.

A partir de 9h00 tous les jeunes sont présents dans leur sous-groupe respectif. Chaque jeune bénéficie d'un projet individualisé, donc d'un emploi du temps personnalisé présentant les temps forts de sa journée. Les prises en charge médicales et paramédicales ainsi que les activités se déroulent jusqu'au repas, et reprennent ensuite jusqu'à 15h30.

Le temps du repas mobilise pleinement toutes les équipes car très peu de jeunes sont autonomes dans cette tâche et ont besoin d'un accompagnement. Les jeunes mangent à leur étage dans la salle à manger. Les pauses des professionnels sont alors échelonnées de 12h00 à 14h00.

Chaque jeune possède un cahier de suivi où les équipes peuvent laisser un mot sur le déroulement de la journée. Comme ce sont les chauffeurs qui font le trajet entre l'établissement et le domicile, le cahier sert de lien quotidien entre les parents et les professionnels.

II. YACINE

1. Anamnèse

Yacine est né le 3 juin 2011, il a 9 ans et 3 mois quand nous nous rencontrons. Je vois Yacine une fois par semaine dans le cadre d'une prise en charge individuelle.

A. ANTECEDENTS MEDICAUX

Yacine présente une triplégie spastique³ et dystonique⁴. L'IRM révèle des lésions cérébrales sévères d'origines anoxo-ischémiques périnatales étendues à la quasi-totalité de l'hémisphère droit et aux régions frontales et péri-rolandiques gauches. Il présente également un nystagmus, un strabisme divergeant⁵ et une négligence spatiale unilatérale gauche.

A trois reprises il bénéficie d'injections de toxine botulique dans le membre supérieur gauche dans le cadre d'un traitement contre la spasticité.

Yacine est installé dans un corset-siège sur un fauteuil roulant manuel. Il porte des orthèses suropédieuses de jour. Ses atteintes le classent au niveau V du GMFCS.

B. PROJET THERAPEUTIQUE

Yacine a été admis à l'IEM sur l'unité 1 (jardin d'enfants) le 6 juin 2016, à l'âge de 5 ans.

Sur le groupe il aime être installé à une table individuelle pour jouer seul mais il lui arrive de rejoindre les autres pour participer à une activité. Il utilise quelques signes du makaton, et sait nommer les enfants du groupe comme certains éducateurs ou soignants.

Yacine bénéficie de trois séances de kinésithérapie par semaine. Il est verticalisé deux matin par semaine à l'IEM. Lors des séances, Yacine appréhende les changements d'exercices et il le manifeste par des réactions agressives. Il est cependant possible de travailler activement les membres inférieurs.

³ Termes médicaux expliqués p.18

⁴ Terme médical expliqué p.19

⁵ Termes médicaux expliqués p.24

Son ergothérapeute le voit une fois par semaine. La prise en charge est orientée, depuis peu, sur ses troubles du comportement grâce à la médiation Snoezelen. Le but est de jouer entre stimulation et relaxation afin que Yacine accepte davantage la mobilisation de son membre supérieur gauche et la gestion de sa frustration et de ses troubles du comportement.

Yacine profite de deux séances de psychomotricité par semaine, une en individuel et la seconde en groupe. Les séances individuelles ont pour but de mieux lui faire accepter les changements de positions. Le fait qu'il soit réticent, sur le qui-vive, ne fait qu'augmenter ses raideurs. Il travaille aussi sur l'exploration visuelle et l'amélioration de sa motricité fine, en faisant en sorte d'éviter une augmentation de l'hémicorps gauche.

2. L'observation psychomotrice

A. MA PREMIERE RENCONTRE AVEC YACINE

La première rencontre avec Yacine se fait dans son unité. Avec mon maître de stage nous allons chercher les jeunes dans leurs unités pour monter en salle de psychomotricité et nous les ramenons après la séance.

Lorsque nous allons chercher Yacine, je me fais discrète dans l'unité, il y a du bruit, je préfère attendre d'être au calme dans la salle de psychomotricité pour me présenter et lui expliquer la raison de ma présence.

Quand nous arrivons dans la salle de psychomotricité, mon maître de stage lui explique ma présence. Je m'avance vers lui pour me présenter seule et le saluer mais Yacine ne semble pas faire attention à moi.

J'observe pendant cette première séance que Yacine jette rapidement les objets et présente des gestes auto et hétéro agressifs. De plus, il pleure durant les transferts et les changements de position.

B. L'OBSERVATION

Pour tester l'efficacité de mon outil, et ainsi mettre en lumière ses atouts mais aussi ses défauts, j'ai choisi de réaliser une observation psychomotrice auprès de Yacine.

Les différents items psychomoteurs abordés ci-dessous correspondent à la grille d'observation psychomotrice élaborée dans le cadre de l'écriture de ce mémoire. La démarche de construction de cette grille sera présentée ultérieurement⁶. Les items psychomoteurs qui me paraissent importants d'observer apparaissent sur cette grille et sont divisés par domaines psychomoteurs.

COMPORTEMENT

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Attention/disponibilité			X		sait se montrer attentif à ce qu'on lui propose pendant 5 à 10 minutes
Fatigabilité			X		court temps de concentration, fatigue rapidement
Réactions de prestance	X				non observées
Manifestations anxieuses/ angoisses				X	violent, pleure, se débat, tout son corps se tend
Frustration				X	agressif lorsqu'il est frustré, hypertonie ++, contrôle de ses émotions semblant difficile
Séparation		X			pleurs, cris, coups, (notamment avec sa maman) pas de contrôle de l'émotion
Qualité relationnelle			X		difficile de rentrer en relation, mais son entourage qu'il côtoie régulièrement semble avoir moins de mal
Stéréotypies					
Persévérations	X				Non observées
Agressivité				X	envers lui-même et envers les autres quand il y a un surplus d'émotions

Cette première partie de la grille a pour but de rendre compte des observations portant sur le comportement de Yacine. Les items présents permettent de détecter la présence d'éventuels troubles du comportement.

J'ai pu observer le comportement de Yacine dans différentes situations et dans différents espaces : en séance de psychomotricité mais aussi lors de temps plus informels sur son groupe.

⁶ L'élaboration de la grille sera expliquée p.66

Yacine peut se montrer très violent envers lui-même et envers autrui lorsqu'il est envahi par ses émotions. Ses coups sont très impressionnants, il lui arrive également de pincer très fort ou de tirer les cheveux. Les transferts du fauteuil au sol ou pour passer du décubitus dorsal à la station assise semblent angoisser Yacine, il devient alors agressif, pleure et s'agite tout en étant en extrême hypertonie axiale et segmentaire.

Suite à un rendez-vous médical, c'est sa maman qui le ramène en séance, mon maître de stage n'étant pas présent au moment où Yacine arrive, c'est moi qui l'accueille dans la salle de psychomotricité. Yacine s'agite sur son fauteuil, pleure et se met à nous frapper violemment. Il refuse de rentrer dans la salle. Malgré la réassurance de la part de sa maman, il faudra attendre que mon maître de stage arrive pour que Yacine accepte de rentrer dans la salle de psychomotricité. Je me suis sentie démunie lors de cette situation, impuissante face à la détresse de Yacine. Ses troubles du comportement m'ont, à ce moment, décontenancée.

J'ai eu l'occasion d'observer d'autres séparations difficiles. A la fin de la séance de psychomotricité, je conduis Yacine dans la salle à manger pour le temps du repas. Nous arrivons dans la salle, Yacine s'agite sur son fauteuil en criant « non » et en se frappant. Je me mets devant lui pour tenter de le calmer en lui expliquant à nouveau que c'est l'heure du repas. Il se met alors à me porter des coups, et à me pincer. Il se calme quand une éducatrice arrive pour l'installer à table. Encore une fois, le comportement de Yacine m'interroge : « ai-je mal fait ? », « manifeste-t-il une peur ? » Je ne savais que penser de cet épisode violent.

COMMUNICATION/COMPREHENSION

COMPETENCES					OBSERVATIONS QUALITATIVES
	0	1	2	3	
Désir de communication				X	par des sons, bruits, mots
Emissions de sons				X	
Langage				X	correspond environ au stade du langage observé à 12 mois: certains mots sont présents mais non associés pour faire une phrase. Sait utiliser certains mots comme « encore », « faim » dans les situations adaptées. répète les mots qu'on lui dit, articulation pas tjrs compréhensive

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Dialogue tonique		X			régulation tonique et gestion des émotions défaillantes
Expression des émotions		X			exprime les émotions désagréables (peurs, frustration ..) par des décharges toniques, pleurs, coups, dit « non », les émotions agréables par des sourires, des rires, agitation motrice
Compréhension OUI/NON				X	
Fiabilité OUI/NON			X		quand il veut quelque chose, qu'on lui demande, sa réponse est fiable
Compréhension de consignes simples				X	pose, mets dedans, lance, fais tomber, fais rouler, attrape
Pointage				X	pointage suivi du regard (carte animaux)
Sourire réponse				X	
Réactions aux interpellations			X		recrutement tonique et agitation, rires
Interpellation de l'entourage			X		appelle par les prénoms ou crie quand il ne connaît pas

Cette seconde partie de la grille a pour but de rendre compte des capacités de communication et de compréhension de Yacine.

Ce dernier a accès au langage oral mais il ne l'utilise pas forcément à des fins communicatives. Souvent, quand mon maître de stage l'installe au sol, Yacine dit des mots qui ne forment pas une phrase et dont l'articulation est approximative. Les productions orales de Yacine ne sont pas intelligibles. Cependant il sait utiliser quelques mots pour exprimer ce qu'il souhaite comme « encore », « jeu », « faim ». Il sait aussi nommer ses camarades et son entourage proche.

Pendant les séances, Yacine répète souvent des mots qu'il entend, il m'interpelle ou interpelle mon maître de stage en nous appelant par nos prénoms. Il comprend des consignes simples que nous pouvons lui donner et acquiesce ou non quand des choses simples lui sont proposées.

Sur l'unité, je trouve Yacine plus agité lorsqu'il est en présence d'autres enfants de son groupe, il s'exprime souvent par des pleurs ou des cris, et présente une plus grande agitation. Cependant lorsqu'il est en interaction avec une éducatrice et

d'autres enfants, par exemple pour jouer au ballon, Yacine peut rester concentré quelques minutes en étant calme.

MOTRICITE GLOBALE ET COMPETENCES POSTURALES

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Tenue de la tête				X	cou souvent en hypertonie lorsqu'il est allongé en décubitus dorsal, relève la tête mais tonus axial hypo + 4 membres en hyper
Retournement DOS>COTE			X		dos>côté gauche précaire, jambes raides, orientation de la tête vers le côté gauche, pas de dissociation des ceintures pelvienne et scapulaire. dos> coté droit retournement non observé, tourne juste la tête
Retournement VENTRE>COTE	X				non observable
Retournement VENTRE>DOS	X				non observable
Retournement DOS>VENTRE	X				non observable
Station assise		X			avec un étayage corporel
Tiré assis	X				non observable du fait de ses atteintes
Rampé	X				non observable, ne supporte pas la position en décubitus ventral, aucun déplacement possible
Redressement	X				non observable

Cette troisième partie relève les observations concernant la motricité globale et les compétences posturales de Yacine. Ces items m'ont permis d'observer le maintien de la posture, le tonus et le contrôle segmentaire, les syncinésies et les zones de tensions, l'orientation du corps, de la tête et du regard, la synchronisation des mouvements, et la dissociation des membres.

Quand Yanis accepte d'aller au sol, nous commençons la séance par jouer au chamboule-tout avec une installation adaptée. Mon maître de stage accroche un ballon à une corde et passe la corde par-dessus une poutre qui surplombe la salle.

Ainsi, le ballon est accroché et tient en suspension au-dessus de Yacine qui est en décubitus dorsal. Dans cette situation j'ai pu observer l'orientation des bras et des mains ainsi que l'usage fait du ballon lorsque Yacine était allongé sur le dos.

- maintien de la posture : couché sur le dos, Yacine s'agite rapidement en hyper extension.
- tonus axial et tonus segmentaire : hypertonie segmentaire et au niveau du cou, hypotonie axiale.
- syncinésies : visage, jambes, bras gauche.
- orientation corps/tête/regard : Yacine suit le ballon du regard, l'orientation de la tête est correcte tant que le ballon ne passe pas complètement à gauche et peut être perturbée par des charges émotionnelles.
- synchronisation des mouvements : Yacine lance ou tape dans le ballon sans viser les briques.
- orientation des bras et des mains : Yacine sait attraper le ballon ou la corde qui le tient, quand il n'est pas en mouvement.
- dissociation des membres : non observable du fait des atteintes neuro-motrices, Yacine n'utilise que la main droite.
- usage des objets : lance le ballon ou la corde, attrape la corde pour accéder au ballon.

Les items de retournements consistent à observer la mobilité de Yacine lorsqu'il est au sol sans appareillage. Certains items ne sont pas observables, soit car la situation le mettrait en danger (comme le tiré-assis), soit car Yacine se sent pas à l'aise dans certaines positions. En effet, le but n'est pas de mettre Yacine en échec, mais bien d'observer ses capacités psychomotrices en fonction d'une situation. Yacine ne supporte pas le fait d'être en décubitus ventral, et les retournements du dos sur le ventre ou inversement et du ventre sur les côtés ne sont pas observables.

Je note qu'il ne se retourne du dos vers le côté gauche que si une source de stimulation s'y trouve. J'ai pu observer cette situation car Yacine aime particulièrement jouer avec un petit avion à propulsion au début de chaque séance : quand il appuie sur la tête de l'aviateur, l'avion avance. Il est allongé sur le dos, lorsque mon maître de stage lui envoie l'avion, Yacine est obligé de se tourner sur le côté. Yacine fait rouler l'avion sans viser vraiment mais le renvoie en direction de mon maître de stage.

- tonus axial et tonus segmentaire : hypertonie segmentaire et au niveau du cou, hypotonie axiale.
- syncinésies : visage, jambes, bras gauche.
- orientation corps/tête/regard : Yacine suit l'avion du regard, l'orientation de la tête est correcte mais peut être parasitée par des charges émotionnelles.
- synchronisation des mouvements : Yacine ne parvient pas à intercepter le jouet quand il arrive vers lui.
- orientation des bras et des mains : vers l'objet
- dissociation des membres : non observable du fait des atteintes neuro-motrices, Yacine n'utilise que la main droite.
- usage des objets : appuie sur la tête de l'aviateur pour faire rouler l'avion ou le fait rouler avec la main.

Quand Yacine est installé au sol en station assise, un module en mousse en forme d'arc de cercle est positionné derrière lui. Il n'accède pas de lui-même à la station assise, un étayage corporel est nécessaire pour l'y installer.

- maintien de la posture : grâce à l'étayage corporel, l'équilibre reste précaire, Yacine s'agite rapidement.
- tonus axial et segmentaire : hypotonie axiale perturbée par les charges émotionnelles pouvant passer dans un versant hypertonique, hypertonie segmentaire.
- syncinésies : visage et jambes

Yacine n'a pas les capacités de se déplacer seul lorsqu'il est au sol. Il arrive cependant à manier un peu son fauteuil manuel à l'aide de la main droite.

MOTRICITE FINE ET COORDINATIONS OCULO-MANUELLES

COMPETENCES					OBSERVATIONS QUALITATIVES
	0	1	2	3	
Conservation du grasping	X				MD : non MG : poing fermé constamment du fait de l'hémiplégie
Déliement digital			X		MD : oui (grenouilles à faire sauter, pince pouce/côté index pour attraper les billes) MG : non observable du fait des atteintes

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Prise (palmaire, inférieure, supérieure)			X		MD : pince pouce index en cours d'acquisition MG : non observable du fait des atteintes
Lâché volontaire			X		MD : lance le ballon, fait rouler la balle, lâche la bille. MG : non observable du fait des atteintes
Découverte sensorielle de l'objet			X		MD : prend entre les doigts, MG : non observable du fait des atteintes
Dirige ses mains vers l'objet			X		MD : attrape les objets à sa portée, s'aide du coude droit pour s'orienter quand il est au sol et attraper des objets qui ne sont pas à sa portée MG : impossible du fait des atteintes
Porte l'objet à la bouche		X			MD : parfois, peu fréquent MG : non observable du fait des atteintes
Passe l'objet MD/MG	X				MD>MG : non observable MG>MD : non observable
Centre ses mains sur l'objet	X				non observable

La quatrième partie de la grille a été pensée pour relever des observations concernant la motricité fine et les coordinations oculo-manuelles. Les items sont observés à travers le maintien de la posture, le tonus et le contrôle segmentaire, les syncinésies et les zones de tension, l'orientation du corps, de la tête et du regard, la synchronisation des mouvements, l'orientation des bras et des mains, la latéralité, la dissociation des membres et l'usage des objets.

Pour certaines séances, Yacine préférait rester au fauteuil pour jouer aux billes. Nous avons alors entamé un jeu de construction d'une tour de petites gouttières. Lorsque Yacine y posait au sommet, celle-ci roulait de proche en proche jusqu'à atteindre la base de la tour et finir sa course sur la table.

- maintien de la posture : la posture assise est maintenue grâce au corset siège du fauteuil

- tonus axial et tonus segmentaire : hypotonie axiale et hypertonie segmentaire
- syncinésies : visage, jambes, bras gauche
- orientation corps/tête/regard : Yacine suit du regard la bille qui roule mais rencontre plus de difficultés quand l'installation est trop à gauche. Il regarde quand il pose la bille dans la gouttière.
- synchronisation des mouvements : Yacine arrive aléatoirement à récupérer la bille qui sort des gouttières à la fin du chemin même s'il la suit du regard
- orientation des bras et des mains : nécessite de la concentration pour arriver à mettre la bille dans la gouttière la plus haute
- latéralité : impossible à déterminer du fait des atteintes neuro-motrices, celle-ci est faussée, Yacine n'utilise que la main droite
- dissociation des membres : impossible du fait des atteintes neuro-motrices, Yacine n'utilise que la main droite
- usage des objets : Yacine jette rapidement les billes mais observation d'une amélioration au fil des séances.
- type de prise digitale : Yacine n'a pas encore acquis la pince pouce-index, il tient les billes avec une pince pouce-côté gauche de l'index.

Pour favoriser le croisement de l'axe et les coordinations oculo-manuelles, mon maître de stage utilise un jeu de pêche en bois. Yacine tient la canne à pêche aimantée, des poissons aimantés également sont disposés devant lui et sur les côtés. Le but pour Yacine est d'aller chercher les poissons avec la canne à pêche et de les poser dans la boîte qui se situe à côté de lui. Pour cette activité, Yacine est assis au sol en tailleur avec l'installation mentionnée page 46.

Même s'il fait bon usage de la canne à pêche, Yacine la jette rapidement.

- maintien de la posture : la posture assise est maintenue grâce à l'étaillage corporel mais l'équilibre reste précaire, il peut être perturbé par les charges émotionnelles
- tonus axial et tonus segmentaire : hypotonie axiale qui peut varier en hypertonie selon les émotions et hypertonie segmentaire.
- syncinésies: visage, jambes, bras gauche.
- orientation corps/tête/regard : Yacine regarde bien les poissons qu'il veut pêcher, l'orientation du corps, de la tête et du regard sont correctes mais peuvent être perturbées par des charges émotionnelles.

- synchronisation des mouvements : Yacine n'arrive pas toujours à atteindre le poisson qu'il veut, il a parfois besoin d'aide.

- orientation des bras et des mains : Yacine attrape d'abord les poissons de droite et du milieu. Quand mon maître de stage attrape un poisson à gauche pour lui montrer, Yacine se met à pêcher à gauche.

- latéralité l'observation est faussée du fait des atteintes neuro-motrices car. Yacine n'utilise que la main droite pour tenir la canne à pêche.

- dissociation des membres : non-observable du fait des atteintes neuro-motrices.

- usage des objets : Yacine utilise bien la canne à pêche pour attraper les poissons mais une fois qu'il a pêché un poisson il jette la canne à pêche

SENSORIALITE

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Poursuite oculaire				X	suit du regard en fonction du bruit ou de l'action de la personne avec qui il interagit, facilement perturbée par les émotions
Orientation visuelle				X	oriente correctement la tête et le regard selon la situation mais facilement perturbée par les émotions
Intérêt pour l'objet			X		utilise l'objet un instant puis le jette (tambour, tube), fait rouler ou lance la balle mais sans viser, agite le tube
Essaie d'attraper l'objet				X	tire, regarde, essaie de se déplacer ou de trouver un moyen de l'attraper
Intérêt pour les objets sonores				X	tape sur le tambour, le tube, aime le bruit des billes sur le tambour, dit « encore » pour refaire le bruit et écouter les sons d'animaux. Agitation
Exploration haptique			X		sait être dans le ressenti lors de la manipulation de matières mais agitation rapide et perturbation émotionnelle. hypotonie axiale, faible hypertonie segmentaire et diminution des syncinésies

Cette cinquième partie porte sur la sensorialité. A travers ces items il est important de considérer le maintien de la posture, le tonus et le contrôle segmentaire, les syncinésies et les zones de tension, les coordinations oeil/main et l'usage fait de l'objet.

Yacine est assis au sol en tailleur. Mon maître de stage lui propose d'explorer un tube dans lequel il peut d'une part, souffler ou émettre des vocalises pour amplifier ses productions sonores et d'autre part, le percuter sur le sol pour créer des vibrations acoustiques. Une démonstration est réalisée et Yacine tend le bras droit pour investir l'outil.

- maintien de la posture : assis en tailleur l'équilibre est précaire malgré l'étaiyage corporel
- tonus axial et tonus segmentaire : hypotonie axiale, hypertonie segmentaire
- syncinésies : visage, jambes, bras gauche
- coordinations oeil/main : quand Yacine agite le tube il ne regarde pas vraiment ce qu'il fait, il s'agite rapidement
- usage de l'objet : Yacine souffle et parle dans le tube, il rigole, s'agite. Puis il secoue le tube quelques secondes avant de le jeter

Yacine est très curieux, il présente souvent beaucoup d'intérêt pour les objets et les situations que mon maître de stage lui propose. Il aime la musique, les chansons, les instruments.

ESPACE TEMPS

COMPETENCES					OBSERVATIONS QUALITATIVES
	0	1	2	3	
Notions spatiales (dessus/dessous, devant/derrière, haut/bas)		X			devant, derrière, en haut, à côté
Repérage dans l'établissement				X	correct
Rapport à son propre espace(croisement de l'axe, droite/gauche)		X			ne connaît pas sa droite et sa gauche, passe la main droite du côté gauche mais pas l'inverse, n'utilise que la main droite
Notions temporelles	X				notions temporelles non acquises
Repérage dans la journée	X				non acquis

Les notions spatiales telles que devant, derrière, à côté sont en cours d'acquisition chez Yacine. Les notions droite/gauche ne sont pas acquises. Lorsque mon maître de stage demande à Yacine de poser dessus ou dessous, ce dernier

répond convenablement à la demande uniquement si ces notions sont utilisées dans un repère égocentré.

Le croisement de l'axe est précaire. Je peux observer quelques fois que sa main droite passe du côté gauche pour lancer le ballon, aller chercher l'avion, mais l'inverse est impossible à cause des atteintes.

Yacine sait se repérer dans l'institut, quand je pousse son fauteuil pour l'emmener dans la salle à manger et que je lui demande le chemin il sait me l'indiquer en pointant du doigt et en disant « là ».

SCHEMA CORPOREL ET IMAGE DU CORPS

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Intégration des somatognosies sur lui			X		quelques essais erreurs, connaît la bouche, le nez, les yeux, les oreilles
Intégration des somatognosies sur autrui			X		Idem pour le pointage du puzzle
Réactions face au miroir (se reconnaît ou pas)				X	rires quand il se voit dans le miroir, se pointe du doigt

Nous avons un puzzle du corps humain dans la salle, et parfois en fin de séance mon maître de stage propose à Yacine de le faire. Ce puzzle possède deux parties : une première où les vêtements sont représentés et, en-dessous, une seconde avec les zones du corps. Mon maître de stage propose à Yacine de faire d'abord le puzzle avec les parties du corps : il faut replacer les bras, les jambes, le tronc, et la tête. Yacine, avec l'aide de mon maître de stage, arrive à replacer les différents éléments et aime répéter le nom des différentes parties du corps.

Si l'on demande à Yacine de désigner sur lui le nez, la bouche, les oreilles et les yeux, il y arrive avec quelques essais erreurs, il sait aussi approximativement les nommer.

COMPETENCES COGNITIVES

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Connaissances des couleurs			X		rouge bleu vert jaune, sait les dire et les reconnaître

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Compter			X		connaît l'ordre des chiffres jusqu'à 6 mais ne sait pas compter seul, les chiffres ne sont pas associés à la quantité
Serier	X				non acquis
Notions de quantité	X				non acquis
Classifications	X				non acquis
Permanence de l'objet				X	réussit à retrouver ce qui est caché
Mémoire			X		aléatoire mais globalement correcte
Symbolisme	X				

Yacine connaît les couleurs et sait compter jusqu'à 6. Nous avons un jeu avec de grosses perles à enfiler sur un gros bâton. Mon maître de stage réinstalle le dispositif avec la grande gouttière et donne à Yacine les perles carrées et rondes en lui demandant de ne placer dans la gouttière que la forme qui roule. Yacine y place dans un premier temps aussi bien les perles carrées que les rondes. Mais au bout de la troisième fois et après démonstration, il arrive à n'y placer que les rondes. Avec ce même jeu, il arrive à compter les perles qu'il enfile jusqu'à 6, ensuite il continue de dénombrer aléatoirement.

Lors d'une séance, mon maître de stage propose à Yacine de chercher des petits objets en bois. Il lui montre d'abord les trois objets, un champignon, un anneau et une clé. Ensuite il cache un objet sous chaque plot et lui demande de retrouver sous quel plot est caché tel objet. Yacine est attentif et arrive à retrouver presque sans fautes les objets demandés.

C. LA DEDUCTION

Les observations faites précédemment à travers les différents items psychomoteurs me permettent de déduire ce qu'il en est de la régulation tonique, de la gestion tonico-affective, du schéma corporel, de l'investissement de l'espace et de l'attention visuelle de Yacine.

REGULATION TONIQUE

En prenant en compte les atteintes de Yacine, les observations psychomotrices effectuées laissent penser qu'il n'a pas une bonne intégration de son axe corporel. De plus, il semblerait que les flux sensoriels et notamment tactiles créent chez Yacine des postures de réactions d'alerte, sollicitées par le système archaïque. Ces éléments expliqueraient alors que la régulation tonique de Yacine soit désorganisée.

GESTION TONICO-AFFECTIVE

Chez Yacine, l'élévation du tonus semble amener à une perte de contrôle : le trop plein de tension va se décharger dans les pleurs ou une agitation motrice. En effet Yacine gère mal la frustration et se met dans un état très hypertonique. La gestion tonico-affective est alors difficile pour lui et semble découler d'une régulation tonique pauvre.

SCHEMA CORPOREL

La construction de l'axe est essentielle pour une bonne intégration du schéma corporel. A cause de ses atteintes neuro-motrices, l'intégration de son axe semble précaire. En effet, la dissociation des membres est impossible et il utilise uniquement la main droite, le côté gauche est négligé. L'orientation de la tête et/ou du regard ainsi que la coordination oeil/main restent néanmoins possibles bien que perturbées par la sphère émotionnelle.

REPERES ET STRUCTURATION CORPOREL

L'orientation visuelle est relativement correcte pour Yacine. En revanche, l'orientation du bras gauche reste impossible. En raison de la faible intégration du schéma corporel mais aussi de ses troubles, je peux conclure que l'investissement spatial pour Yacine est compliqué et pauvre.

D. CONCLUSION

Yacine est un petit garçon disponible et ouvert à la relation lorsque son environnement est calme.

La sévérité des atteintes cérébrales entrave ses capacités motrices et intellectuelles. Les expériences sensori-motrices sont alors trop peu nombreuses et l'empêchent d'investir correctement son corps, les relations avec son environnement sont alors perturbées.

Cependant, à travers des situations précises, avec un étayage psychocorporel pensé pour lui, Yacine peut faire éclore des capacités motrices et intellectuelles.

Ainsi, une prise en charge en psychomotricité est bénéfique pour Yacine afin de l'aider à vivre des expériences sensori-motrices et donc d'appréhender au mieux son corps, ses émotions et son environnement.

III. ADAM

1. Anamnèse

Adam est né le 3 août 2010, il est âgé de 10 ans et 1 mois quand nous nous rencontrons. Je vois Adam une fois par semaine dans le cadre d'une séance en groupe avec deux autres jeunes. Le groupe est encadré par mon maître de stage, une éducatrice spécialisée et moi-même. Nous nous relayons auprès des différents jeunes selon les semaines.

A. ANTECEDENTS MEDICAUX

Adam présente une encéphalopathie dans un contexte de mutation du gène PIGN. On retrouve une hypotonie axiale, une scoliose neurologique, une quadriplégie⁷ non déambulante et une hyperlaxité⁸.

Adam porte un corset garchois avec une minerve. Il est installé dans un siège moulé avec un têtière réglable et une inclinaison importante des segments jambiers et pédieux. Il a également des attelles pédieuses de jour et de nuit. Adam se déplace en fauteuil roulant manuel poussé par un adulte, il est donc au niveau V du GMFCS.

B. PROJET THERAPEUTIQUE

Sur le groupe, Adam est un enfant souriant qui aime le contact. Il porte toujours la main droite ou la tétine à la bouche, et présente souvent des moments de fatigue.

Adam bénéficie de deux séances de kinésithérapie motrice par semaine et d'une séance de kinésithérapie respiratoire avec ou sans aspiration quasiment tous les jours en fonction de son encombrement bronchique. Il travaille principalement la tenue de tête et les retournements lors des séances motrices.

Il est vu en psychomotricité deux fois par semaine, une fois en séance individuelle et une autre en groupe. Le travail est axé sur l'éveil sensori-moteur, le ressenti de l'axe corporel et l'exploration haptique (toucher, saisie, mouvements du bras et de la main) à travers différents contacts. Le travail autour des mains et plus spécifiquement de la

⁷ Termes médicaux expliqués p.20

⁸ Terme médical expliqué p.18

main droite, permet de diminuer le réflexe de succion au profit d'une exploration et d'un jeu de contact qui éveille Adam.

Adam est pris en charge trois fois par semaine en orthophonie dans le but de travailler le langage oral (par des vocalisations, comptines, chants), l'investissement de la sphère oro-faciale et les capacités des déglutition (il est souvent sujet aux fausses routes).

2. L'observation psychomotrice

A. MA PREMIERE RENCONTRE AVEC ADAM

La première rencontre avec Adam se fait dans la salle de psychomotricité. Le groupe auquel Adam participe le jeudi après-midi est composé de trois jeunes. Il est encadré par mon maître de stage, une éducatrice et moi-même.

Adam est déjà présent dans la salle lorsque j'arrive avec une autre jeune fille participant au groupe. Je me penche vers lui pour lui dire bonjour et lui expliquer ma présence. Adam me sourit, il est installé au fauteuil avec sa tétine dans la bouche. A 10 ans, Adam a encore une tétine, cela me questionne.

Le corset garchois dans lequel est installé Adam m'impressionne. De plus, son fauteuil est imposant. Mon maître de stage le transfère sur les tapis et lui enlève son corset. Adam se met en mouvement sur les tapis, essaie de se retourner. La grande hypotonie d'Adam me frappe.

B. L'OBSERVATION

J'ai eu l'occasion d'observer Adam durant les séances de psychomotricité mais aussi dans son unité d'accueil. Je voyais Adam dans le cadre d'un groupe une fois par semaine mais ce n'était pas forcément moi qui m'en occupais. J'ai donc pu réaliser des observations actives lorsque je travaillais avec lui, mais aussi de façon plus passive lorsque l'éducatrice ou le psychomotricien le sollicitaient.

Tous les items ne seront pas remplis du fait des atteintes intellectuelles et motrices qu'Adam présente.

COMPORTEMENT

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Attention/ disponibilité		X			sur un temps très court, quelques minutes, selon son état de fatigue
Fatigabilité				X	+++
Réactions de prestance	X				
Manifestations anxieuses/ angoisses	X				
Frustration	X				
Séparation	X				
Qualité relationnelle		X			petite attention conjointe sur notre visage, de près. quelques mimiques et vocalises d'échange
Stéréotypies	X				
Persévérations	X				
Agressivité	X				

Adam est un jeune garçon très calme avec un attitude assez passive. Il est difficile de maintenir son attention sur plusieurs minutes. Des pauses sont régulièrement nécessaires. En séance, je commençais souvent par des stimulations se rapprochant des stimulations basales d'Andreas Fröhlich pour favoriser la prise de conscience de l'axe corporel et de ses ressentis. Pendant ce temps, Adam était calme et semblait à l'écoute. Lorsque les sollicitations durent trop longtemps, il commence à geindre et à grimacer.

Sur le groupe, Adam est passif. Néanmoins, il semble avoir une certaine sensibilité à son environnement qu'il manifeste éventuellement par des orientations de tête, des mimiques et des agitations (des jambes notamment). Je n'ai jamais observé de pleurs lors des séparations ou de situations amenant à une frustration.

COMMUNICATION/COMPREHENSION

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Désir de communication		X			non inscrit dans la communication mais apprécie qu'on s'adresse à lui, accroche le regard et sourit, mais il faut moduler l'approche ++
Emissions de sons		X			chantonne parfois quand il est en forme, gazouillis
Langage	X				
Dialogue tonique		X			réceptif aux stimulations basales
Expression des émotions		X			pleure et s'agite pour exprimer un malaise, une douleur, sourires et gazouillis pour les sensations agréables passivité
Compréhension OUI/NON	X				non évaluable
Fiabilité OUI/NON	X				non évaluable
Compréhension de consignes simples	X				
Pointage	X				
Sourire réponse				X	
Réactions aux interpellations				X	sourit, cherche le regard
Interpellation de l'entourage		X			s'exprime par les pleurs, ou par des gémissements et agite les jambes quand il est au fauteuil, interpelle surtout quand il n'est pas à l'aise ou ressent une douleur.

Adam n'a pas accès au langage oral, et ne possède pas de support de communication. Il n'est pas en interaction avec les jeunes de son unité. Il est impossible d'évaluer de façon fiable ses capacités de compréhension : il ne répond à aucune consigne donnée, ne possède pas de OUI/NON fiable, il lui est impossible de faire un choix.

Quand je vais chercher Adam dans l'unité, mon contact doit être proche. Je me penche au-dessus du fauteuil, très près de sa tête pour lui dire bonjour en étant souriante et en modulant le ton de ma voix. Il répond en accrochant mon regard et en souriant.

Il a toujours une tétine dans la bouche et quand celle-ci tombe il y met les doigts de la main droite. Ce comportement semble être un réflexe archaïque de succion. Il peut disparaître quelques minutes lorsque nous sollicitons Adam dans le but d'une exploration ou d'un jeu de contact qui fait appel à l'attention conjointe. Il faut alors un étayage psycho-corporel conséquent auprès d'Adam. Aussitôt la sollicitation terminée, il a tendance à remettre les mains dans la bouche.

Lorsque quelque chose le gêne ou qu'il a mal, Adam s'exprime par des pleurs ou des gémissements. Lors d'une séance, Adam semblait assez fatigué et installé au sol, il s'est mis à pleurer. Nous savons que quand Adam pleure, il est inconfortable ou douloureux. Mon maître de stage a alors tenté plusieurs mouvements pour le soulager. Il semblait avoir mal au ventre, la séance a donc consisté en des massages visant à le soulager.

La plupart du temps Adam montre une attitude passive mais il aime qu'on s'intéresse à lui. Il le manifeste alors par des sourires et semble davantage attentif.

MOTRICITE GLOBALE ET COMPETENCES POSTURALES

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Tenue de la tête	X				hypotonie cou/tête, têtiera et mentonnière au fauteuil avec le corset Possibilité de quelques secondes avec un étayage corporel et verbal +++
Retournement DOS>COTE		X			>coté droit : se retourne mais ne dégage pas le bras
Retournement VENTRE>COTE	X				
Retournement VENTRE>DOS	X				
Retournement DOS>VENTRE	X				
Station assise	X				
Tiré assis	X				
Rampé	X				
Redressement	X				

Lors des séances au sol, nous retirons le corset garchois d'Adam. Allongé sur le dos, il bouge alors beaucoup les jambes et tente de se retourner mais si nous ne l'accompagnons pas cela peut être dangereux car étant hyperlaxe il risque une luxation de l'épaule à tout moment. De plus, étant tout à fait hypotonique les retournements par lui-même sont inenvisageables.

- maintien de la posture : mouvements aléatoires des jambes et du buste
- tonus axial et segmentaire : hypotonie axiale et segmentaire.
- syncinésies : visage et surtout la bouche.

Adam ne tient pas assis, à moins d'un étayage corporel avec l'adulte et d'une exploration haptique. En séance, après un moment de stimulation basale, je place Adam en position assise. Je suis alors à genoux derrière lui pour lui permettre un appui dos et tête. J'essaie de le stimuler par la voix et le regard à droite puis à gauche pour observer l'attention conjointe. Ensuite j'essaie d'obtenir une coordination oeil/main en stimulant une main puis l'autre toujours avec un étayage verbal. Ce moment ne dure pas longtemps avant de remettre Adam en décubitus dorsal et de lui permettre un moment de répit. Je sens que ces sollicitations lui sont coûteuses.

- maintien de la posture : quelques minutes grâce à l'étayage corporel
- tonus axiale et segmentaire : hypotonie axiale et segmentaire
- syncinésies : visage
- orientation tête/corps/regard : aléatoire et fatigante, nécessite un étayage verbal et corporel important.

Les compétences motrices d'Adam sont faibles, c'est pourquoi nous essayons en séance de varier les positions et les sollicitations. Cela lui permet d'intégrer de nouvelles sensations vestibulaires et posturales.

MOTRICITE FINE ET COORDINATIONS OCULO-MANUELLES

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Conservation du grasping				X	MD : oui MG : oui
Déliement digital	X				MD : MG :

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Prise (palmaire, inférieure, supérieure)	X				MD : MG :
Lâché volontaire	X				MD : MG :
Découverte sensorielle de l'objet		X			MD : avec un étayage corporel et verbal dans certaines situations (avec la semoule par exemple) MG :
Dirige ses mains vers l'objet	X				MD : MG :
Porte l'objet à la bouche	X				MD : MG :
Passe l'objet MD/MG	X				MD>MG : MG>MD :
Centre ses mains sur l'objet	X				

Adam ne présente aucun intérêt pour les objets à moins de réaliser préalablement un étayage psychocorporel conséquent.

Lors d'une séance au fauteuil, j'utilise de la pâte à modeler dans le but d'une exploration haptique. Je lui présente d'abord pour qu'il puisse voir ce que je vais lui mettre dans la main tout en l'étayant verbalement et en étant toujours assez proche de lui pour obtenir son attention. Je lui enlève la tétine et place la pâte à modeler dans la main droite. Adam semble passif quand je commence à modeler ses doigts, la paume de sa main, son poignet. J'essaie ensuite de porter sa main vers son visage pour obtenir un contact oeil/main tout en proposant un étayage verbal. Adam regarde une ou deux fois sa main puis se met à gémir. Je comprends que les sollicitations ont duré trop longtemps, j'enlève la pâte à modeler pour le laisser se reposer.

- maintien de la posture : grâce au corset.
- tonus axial et segmentaire : hypotonie totale.
- syncinésies : clonies sur le visage
- orientation tête/corps/regard : semble coûteux et aléatoire, nécessite un étayage corporel important.

Les observations des items de cette partie de la grille sont pauvres pour Adam, en raison de ses atteintes neuro-motrices. La motricité fine et les coordinations oculo-manuelles sont sévèrement touchées. Cependant j'observe au fil des séances, qu'à

travers le contact de sa main droite et de la main de l'adulte, Adam est capable d'entrer dans un jeu par le dialogue tonique et l'exploration haptique, toujours avec un étayage verbal et des sollicitations de l'adulte.

SENSORIALITE

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Poursuite oculaire		X			suit du regard quand l'adulte qui est en interaction avec lui se trouve dans une zone très rapprochée de son visage (quelques centimètres)
Orientation visuelle		X			vers les objets sonores, mais étayage corporel préalable ++
Intérêt pour l'objet	X				
Essaie d'attraper l'objet	X				
Intérêt pour les objets sonores		X			peut tourner la tête ou chercher du regard, sourit, gazouille quand il aime
Exploration haptique		X			manifeste des sourires dans certaines situations

Adam semble apprécier une petite balle à picot que nous lui avons présentée lors d'une séance. C'est une balle à picots en plastique mou qui lorsque nous appuyons dessus souffle de l'air par un trou et fait un petit bruit pouvant ressembler à un klaxon. Adam est en décubitus dorsal. L'éducatrice presse la balle à côté du visage d'Adam, il sourit en la regardant. Il n'essaie pas d'attraper la balle.

- maintien de la posture : agite les jambes
- tonus axiale et segmentaire : hypotonie totale
- syncinésies : visage
- orientation tête/corps/regard : aléatoire nécessitant un étayage verbal

L'attention visuelle et la poursuite oculaire d'Adam ne sont pas efficaces, il faut que la stimulation et notre visage soient très près du sien pour l'apercevoir.

ESPACE TEMPS

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Notions spatiales (dessus/dessous, devant/ derrière, haut/bas)	X				
Repérage dans l'établissement	X				
Rapport à son propre espace (croisement de l'axe, droite/gauche)	X				
Notions temporelles	X				
Repérage dans la journée	X				

SCHEMA CORPOREL ET IMAGE DU CORPS

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Intégration des somatognosies sur lui	X				
Intégration des somatognosies sur autrui	X				
Réactions face au miroir (se reconnaît ou pas)	X				

COMPETENCES COGNITIVES

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Connaissances des couleurs	X				
Compter	X				
Serier	X				
Notions de quantité	X				
Classifications	X				
Permanence de l'objet	X				
Mémoire	X				

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Symbolisme	x				

Les items des trois dernières parties de la grille ne sont pas évaluables. Adam présente une déficience intellectuelle et n'a accès à aucun support de communication, ces items ne sont pas observables.

C. LA DEDUCTION

REGULATION TONIQUE

En raison de ses atteintes neuro-motrices, Adam présente une hypotonie axiale et segmentaire sévère. De fait, les observations psychomotrices effectuées révèlent une intégration de l'axe corporel pauvre. Toutes sollicitations nécessitent un engagement psychocorporel extrêmement important de la part du psychomotricien. Ces éléments mettent en avant une régulation tonique quasiment inexistante chez Adam.

GESTION TONICO-AFFECTIVE

Adam ne s'exprime que par trois modes : la passivité, les pleurs ou les sourires. La gestion tonico-affective découle de la régulation tonique. Cette dernière étant extrêmement pauvre chez Adam, cela impacte donc sa gestion tonico-affective de par sa déficience intellectuelle profonde ainsi que ses atteintes neuro-motrices.

SCHEMA CORPOREL

Adam a trop peu de possibilités motrices, ses expériences sont donc limitées. L'orientation de la tête et/ou du regard sont très aléatoires et coûteuses. De plus, elles dépendent d'un étayage psychocorporel important. Du fait de la déficience intellectuelle sévère, il est impossible d'évaluer les somatognosies chez Adam. La mauvaise construction de l'axe corporel ainsi que la sévérité des atteintes que présente Adam ne sont pas favorables à une bonne intégration du schéma corporel.

REPERES ET STRUCTURATION SPATIALE

L'orientation et la synchronisation des membres ne sont pas observables chez Adam. La précarité de son schéma corporel mais aussi la sévérité des troubles intellectuels et moteurs d'Adam m'amènent à conclure à l'existence d'un investissement spatial très pauvre.

D. CONCLUSION

Adam est un jeune garçon calme et agréable. Il sait se montrer attentif et disponible sur de très courtes durées ne dépassant pas quelques minutes.

Il présente des atteintes intellectuelles et motrices très importantes, nuisant à la qualité de ses expériences sensori-motrices. Celles-ci sont peu nombreuses et fatigantes pour lui. C'est une entrave à l'investissement de son corps, de ses ressentis et de son environnement.

De plus, la présence d'une déficience intellectuelle profonde fait qu'Adam n'a accès à aucun support de communication, ce qui l'empêche d'investir ses relations.

Malgré tout, des dispositifs adaptés permettent à Adam d'appréhender le monde qui l'entoure et de faire émerger ses capacités.

Ainsi, une prise en charge en psychomotricité semble bénéfique pour Adam dans le but de multiplier les expériences sensori-motrices et de travailler sur le ressenti de l'axe corporel et l'exploration haptique.

Ces études de cas traitent de deux patients polyhandicapés présentant des profils complètement différents. Il serait contre-constructif de comparer les observations et déductions obtenues et de situer ces jeunes dans un âge développemental.

En effet, les tableaux cliniques et la sémiologie des troubles ne sont pas les mêmes. Bien que relevant tous les deux du polyhandicap en raison de la sévérité de leurs déficiences intellectuelles et motrices, les examens psychomoteurs rendent compte de leurs capacités psychomotrices par rapport à eux-mêmes et non par rapport à une norme.

Ces deux profils m'ont permis de mettre en valeur les intérêts de mon outil, mais aussi d'en révéler les limites. De plus, ces observations m'ont amenée me questionner sur la relation et la position du psychomotricien face au polyhandicap et aussi sur l'impact qu'a eu la crise sanitaire du covid-19 sur ces aspects relationnels. Tous ces points seront développés dans la partie suivante à travers différentes vignettes cliniques.

DISCUSSION

I. UN EXAMEN PSYCHOMOTEUR PARTICULIER

1. Le support

Devant un cas de polyhandicap, aucun test standardisé n'est réalisable. En effet, ces tests nécessitent des compétences motrices, intellectuelles ou même sensorielles auxquelles les personnes polyhandicapées n'ont pas accès à cause de la sévérité de leurs atteintes.

L'examen psychomoteur consiste alors en une observation visant à dégager les capacités et l'organisation psychomotrice de la personne polyhandicapée dans des situations adaptées. Grâce à cette observation, il est possible de connaître ses capacités et son potentiel. Cette observation psychomotrice n'a effectivement pas pour but d'en comparer les conclusions à une norme. Il serait absurde de définir les compétences d'une personne polyhandicapée comme correspondant à un âge développemental qui serait très éloigné de son âge réel en raison de ses atteintes psychomotrices.

Pour parvenir à objectiver les capacités psychomotrices d'un patient, la grille d'observation psychomotrice me semble être l'outil le plus adapté dans le cadre du polyhandicap.

A. L'ELABORATION DE LA GRILLE

Afin de me rendre compte des capacités psychomotrices des patients que je voyais en stage, j'ai décidé de créer ma propre grille d'observation.

La première étape dans la construction de mon outil a été de lister tous les items psychomoteurs qu'il me semblait pertinent d'observer dans le cadre du polyhandicap. Puis j'ai réfléchi aux compétences psychomotrices que je pouvais retrouver dans chaque item. Pour parfaire cette liste, j'ai utilisé un bilan psychomoteur dont ma maître de stage de deuxième année se servait, ainsi que le développement psychomoteur de l'enfant (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2011).

La seconde étape a été de mettre toutes ces informations sous forme de grille. J'ai décidé de laisser une grande marge pour les observations car je me doutais qu'elles seraient nombreuses. J'ai pris le parti d'effectuer une évaluation des capacités en classant de 0 à 3 les niveaux de compétences, 0 étant le niveau le plus

faible et correspondant à la non-acquisition d'une compétence ou à l'impossibilité d'évaluer celle-ci, 3 correspondant à une compétence acquise. Attention, le niveau de compétence est évalué en fonction des atteintes du sujet et non par rapport à un référentiel normé, alors inadapté au polyhandicap. Certaines compétences n'ont pas été observées dans le cadre des séances de psychomotricité ou lors de mes observations réalisées sur le groupe, mais cela ne veut pas dire que la compétence n'est pas acquise. Certains facteurs peuvent entraver l'expression d'une compétence : la fatigue, le bruit, le cadre.

Aucun score n'est comptabilisé à la fin de la grille, cette échelle permet uniquement d'avoir une idée des capacités de la personne rapidement, sans lire les observations en détail.

Les items sont nombreux comme les tableaux cliniques retrouvés en polyhandicap. Cette multiplicité d'items permet une adaptation particulière à chaque patient. Pour objectiver les observations il est souvent nécessaire de mettre en place une situation ou un dispositif adapté spécifiquement au patient que nous évaluons.

B. LES INTERETS DE CET OUTIL

Cette grille me permet tout d'abord d'avoir une visibilité sur les compétences psychomotrices des patients à un moment précis. Dans le cadre du polyhandicap, les progrès sont le plus souvent rares et lents. Il n'est pas nécessaire de refaire cette observation régulièrement.

Si des progrès sont observés au fil des séances, si de nouvelles compétences sont acquises, il est alors possible de compléter la grille.

Je pense que la grille est adaptée pour suivre le patient durant toute sa prise en charge psychomotrice : repartir de zéro avec une nouvelle grille me semble être une perte de temps. Il reste possible de refaire le point, tous les ans par exemple, en partant de la grille initialement complétée et de continuer à la remplir si nécessaire. Ce système permet de gagner du temps.

Si cet outil est utilisé dans le cadre d'un bilan lors d'une arrivée, d'une admission dans l'institution et qu'il ne donne pas suite à une prise en charge en psychomotricité immédiatement, il est alors pertinent de refaire une observation du patient lors du démarrage du suivi en psychomotricité.

Une nouvelle observation complète peut également être utile lors de la survenue d'un événement pouvant avoir des conséquences sur les capacités et l'organisation psychomotrice du patient telles qu'une pose d'appareillage, une opération, une longue hospitalisation.

C. LES LIMITES DE LA GRILLE D'OBSERVATION

A la différence de beaucoup de tests standardisés, la grille d'observation ne comporte pas de protocole expliquant la passation. Il faut trouver soi-même des situations où les compétences psychomotrices pourraient être observées. C'est pourquoi je trouve que la grille est singulière à chaque psychomotricien pour permettre une observation qualitative. Ce que je trouve fonctionnel dans ma propre grille, ne l'est pas forcément pour un autre psychomotricien.

De plus, la diversité des items psychomoteurs ne correspond peut-être pas à tous. Certains psychomotriciens pourraient développer certains items tandis que d'autres en raccourciraient. Dans le domaine de la sensorialité des items pourraient être rajoutés comme l'olfaction ou le goût ; un tableau sur le souffle pourrait être rajouté également.

La mise en lumière des tableaux cliniques de Yacine et Adam rend également compte d'autres limites de ma grille d'observation. Chez Adam, par exemple, du fait de la sévérité des atteintes, trois parties de la grille ne sont pas objectivables. En raison de la déficience intellectuelle il m'a été impossible de remplir les items de « compétences cognitives », « schéma corporel et image du corps » et « espace-temps ». Mon observation sur la partie « motricité globale et compétences posturales » me paraît également pauvre. Lorsque j'ai créé ma grille, je n'avais pas pensé que tant d'items resteraient vides devant certains jeunes.

Ce vide m'a, dans un premier temps, perturbée : j'avais l'impression de réduire Adam à un enfant ne sachant rien faire. J'étais pourtant persuadée d'être passée à côté de quelque chose, il ne pouvait pas ne rien y avoir à observer. Le vide n'est pas synonyme de rien : Adam a certainement des capacités. Leur mise en lumière ne dépend certainement que d'un aménagement spécifique et de situations adaptées, propices, motivantes et encouragées par l'étayage psychocorporel important de la part du psychomotricien. J'ai alors concentré mes observations sur ce qu'Adam était

capable de nous montrer et non sur les items que je ne savais pas remplir en raison de ses atteintes motrices et intellectuelles.

Le fait d'effectuer une échelle d'évaluation allant de 0 à 3 me posait problème : dans certaines situations, je ne savais pas quelle case cocher. En effet, un jeune peut montrer des capacités avec un dispositif adapté et ne pas les montrer lorsque le dispositif ne lui correspond pas. Dans ces cas-là j'ai essayé de cocher la case qui me semblait juste en annotant dans la case « observation » la situation où l'item pouvait être observé.

2. La méthode

A. L'OBSERVATION PSYCHOMOTRICE

« Observer c'est percevoir et percevoir c'est sélectionner, c'est aussi reconstruire »
(Ballouard C., 2006, p26)

L'observation est définie comme l' « action de regarder avec attention les êtres, les choses, les événements, les phénomènes pour les étudier, les surveiller, en tirer des conclusions » (Le petit Larousse, 2009, p.701). Mais en psychomotricité, l'observation correspond plutôt à « une compétence, ou une aptitude intellectuelle, qui nous permet d'assimiler des composants d'un environnement extérieur, et de nous ajuster, de nous adapter » (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2018, p.55). L'observation devient alors un élément clé dans la prise en charge en psychomotricité.

Dans le cadre de l'examen psychomoteur, les observations nous permettent de réaliser une objectivation pertinente du patient à travers nos interprétations. Sans outil d'observation, nous aurions du mal à objectiver tous les items nécessaires. Notre observation serait biaisée par un phénomène physiologique : la sélection des informations les plus visibles.

La construction d'une grille d'observation étant personnelle et mise en œuvre à travers le regard du psychomotricien, les conclusions qui émergent sont propres aux ressentis psycho-corporels du thérapeute, alors influencé par ses propres expériences. L'observation psychomotrice invite le psychomotricien à rencontrer sa propre subjectivité et à la mettre au service de l'autre. Pourtant, les tests standardisés n'étant pas adaptés au profil des enfants en situation de polyhandicap, la grille d'observation reste, à l'heure actuelle, le meilleur outil pour rendre compte, de la façon la plus objective possible, des capacités et des difficultés de ces enfants.

Avoir un regard objectif dans une situation devient alors le possible paradoxe de mon évaluation. Ce travail nécessite un entraînement préalable : aiguïser nos sens, affiner notre perception, mais aussi nous enrichir de connaissances. Cet entraînement débute lors de la formation initiale en psychomotricité. Adeline Cheron dit à ce propos que « c'est par l'observation que l'on peut ajuster nos exigences, préciser nos demandes, simplifier nos formulations » (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2018, p.52).

L'observation est un outil important sur lequel le psychomotricien s'appuie constamment dans sa pratique. Elle se fait à partir d'un moment, d'une situation, choisie ou spontanée. Mais celle-ci ne s'arrête effectivement pas à la constatation : il faut l'objectiver. Pour ce faire j'ai utilisé le schéma *Arborescence logique de diffraction et déduction pour l'examen du polyhandicap*⁹ présenté par Laurent Bonnotte et Florence Lequesne (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2018, p.309). Ce schéma m'a aidée à observer finement les compétences et à décortiquer ce que je voyais à travers le maintien de la posture, les syncinésies, l'orientation corps/tête/regard, la dissociation et la synchronisation des membres.

Afin de rendre ma démarche plus claire, je vais prendre l'exemple concret d'une partie de l'observation avec Yacine. J'ai d'abord commencé par remplir grossièrement tous les items pour éliminer ceux que je ne pourrai pas observer, comme les retournements. Ensuite, je me suis concentrée en fonction des situations proposées sur certains items précis. Concernant l'item de la régulation tonique, j'ai pris soin d'observer Yacine en station assise, allongé sur le dos, dans le fauteuil. J'ai aussi pris en compte les lésions cérébrales et leurs conséquences neuromotrices. Je note que globalement Yacine présente un équilibre précaire, une hypotonie axiale et une hypertonie segmentaire et la synchronisation des membres est peu observée. Ces observations vont par la suite me mener à la déduction sur sa régulation tonique.

B. LA DEDUCTION

Après le travail d'observation vient l'étape de la déduction. Cette partie consiste à décrypter des informations psychomotrices sur le patient à travers les observations

⁹ Schéma retrouvé en Annexe II p.91

relevées. Ces informations, une fois articulées entre elles, forment une déduction sur différents pôles psychomoteurs.

La déduction est une étape clef dans l'examen psychomoteur de la personne polyhandicapée, elle rend compte de l'organisation psychomotrice du sujet.

A partir d'une situation observée à travers les multiples items psychomoteurs il sera alors possible de déduire sur la régulation tonique, la gestion tonico-affective, le schéma corporel, la structuration spatio-temporelle et l'attention visuelle et auditive du sujet.

L'intégration de l'axe entre en jeu dans le processus de régulation tonique et celle-ci est fragile chez Yacine. Ensuite, au contact des flux sensoriels Yacine présente des réactions d'alerte, ce deuxième point entre également en jeu dans la régulation tonique. Ainsi, à l'aide de mes observations mais aussi de mes connaissances, j'ai pu déduire que sa régulation tonique était entravée.

L'examen psychomoteur en polyhandicap diffère des codes du bilan psychomoteur ordinaire. En effet, la population en polyhandicap nécessite une adaptation des outils permettant de cerner au mieux les problématiques et l'organisation psychomotrice du patient.

Mais l'adaptation des outils n'est pas suffisante. Le psychomotricien lui-même doit s'adapter au jeune et à la relation à travers différentes fonctions. C'est pourquoi j'ai choisi de traiter de ce sujet dans la dernière partie de ce mémoire.

II. ETRE PSYCHOMOTRICIEN AUPRES D'ENFANTS POLYHANDICAPES

1. La posture du psychomotricien

Dans le cadre de l'examen psychomoteur, mais surtout de l'observation, le psychomotricien n'est pas seulement en position d'observateur. Il est aussi impliqué corporellement et psychiquement avec le patient : c'est l'engagement psychocorporel. Benoit Lesage dit que l'engagement implique « à la fois la dimension psychologique et corporelle » (LESAGE B., 2012, p.9). En effet, le corps et la psyché sont en interdépendance dans l'engagement relationnel. Moyano définit comme l'implication corporelle, la relation partagée entre l'enfant et le psychomotricien dans le cadre des séances (Moyano, 1994). La relation est alors vue comme le pilier de la thérapie psychomotrice. L'engagement corporel est aussi important que l'engagement psychique dans la relation entre le thérapeute et le patient. L'ajustement tonique, la distance mise entre le patient et le psychomotricien, la modulation de la voix, sont autant d'éléments mis en jeu dans la posture de ce dernier et donc dans la relation entre le patient et le thérapeute.

Le terme « psychomotricité » évoque à lui seul le corps et l'esprit. Ce lien n'est pas seulement retrouvé dans l'exercice de notre profession, il est aussi présent dans l'engagement psychocorporel. Celui-ci ne relève effectivement pas de l'engagement psychique d'un côté et de l'engagement physique de l'autre : l'engagement est toujours psychocorporel. Cependant, il peut être sur un versant plus psychologique, ou plus physique selon les situations. Dans le cadre de la prise en charge avec des patients polyhandicapés, il faut avoir une grande disponibilité psychocorporelle.

J'ai pu l'observer par moi-même lors d'une séance avec un jeune. Sadek, 18 ans, présente une quadriplégie spastique avec une dystonie invalidante. Il n'a pas accès à la parole mais a acquis le oui-non paupière. Il est installé dans un siège moulé avec une têtière, des ailes de papillon et un double socle. Il est au niveau V du GMFCS car il se déplace en fauteuil roulant manuel poussé par l'adulte. Sadek était le seul jeune que je prenais en charge seule sous le regard de mon maître de stage.

Lors de notre première séance passée ensemble je n'ai que très peu pris en compte le fait de l'accompagner dans la détente. J'étais focalisée sur ce que j'allais faire, je voulais à tout prix réussir à lui faire sentir qu'il pouvait se relâcher, tout en étant moi-même très tendue. Ma disponibilité psychocorporelle n'était pas adaptée à la situation,

je m'en suis rendue compte à la fin de la séance après un débriefing avec mon maître de stage. En prenant conscience de cela, j'ai alors pu réadapter ma position à la situation et à la relation avec Sadek. Au fil des séances avec lui, j'ai appris à le connaître, à le comprendre, à travers le regard, le dialogue tonique également pour que nos séances se passent au mieux. Celles-ci ont été très irrégulières au cours de l'année à cause d'absences répétées, dues au contexte sanitaire que nous vivions. Par cette vignette clinique, j'ai voulu illustrer le fait qu'en polyhandicap, il est nécessaire de prendre le temps de faire connaissance et rencontrer l'autre, sans *a priori* ni attente. Contrairement au cadre du bilan standardisé, l'observation psychomotrice ne peut se faire lors des premières rencontres.

2. Les difficultés rencontrées

Les atteintes physiques liées au polyhandicap ainsi qu'aux appareillages sont parfois très impressionnantes. La rencontre avec une personne polyhandicapée peut alors être rendue difficile et décontenante. La sévérité de la déficience intellectuelle peut elle aussi compliquer la rencontre ; elle impacte les moyens de communication de la personne polyhandicapée. Le langage oral est souvent sommaire voire inexistant. Il faut alors entrer dans la relation par un autre biais que celui-ci mais ce n'est pas chose aisée.

Deux difficultés se sont imposées à moi dans le cadre de la rencontre en polyhandicap : établir une relation et communiquer.

A. LA RELATION

La relation avec la personne polyhandicapée est primordiale dans le but d'une prise en charge en psychomotricité.

La relation est définie comme un « lien existant entre des choses et des personnes » (Le petit Larousse, 2009, p.871). En psychomotricité nous parlons de relation thérapeutique. Celle-ci commence dès la rencontre avec le patient et se construit au fil des séances à travers différents moyens.

Etablir une relation permet d'arriver à une alliance thérapeutique. Jacques Corraze explique qu' « il convient d'obtenir non pas simplement l'adhésion du patient en notre capacité à l'aider et en notre désir d'y arriver mais aussi son adhésion ; c'est-

à-dire sa collaboration au traitement. » (Albaret J-M, Giromini F., Scialom P., 2011, p.298). On parle alors d'une relation de confiance et d'engagement réciproque entre le patient et le thérapeute.

Le corps est également mis en jeu dans la relation par l'ajustement corporel. Le patient polyhandicapé n'a pas nécessairement les capacités de s'ajuster corporellement, c'est alors le psychomotricien qui s'ajuste au patient. Ce qui n'est pas toujours évident du fait des atteintes sévères de la personne polyhandicapée.

Cet ajustement corporel ainsi que la qualité de la relation ont alors une place prépondérante dans la rencontre avec une personne polyhandicapée. Ces deux facteurs déterminent la qualité de la relation et, de ce fait, de la prise en charge du sujet.

B. LA COMMUNICATION

La communication est le second enjeu de la rencontre. Les personnes polyhandicapées n'ayant souvent pas accès au langage verbal, il faut trouver d'autres moyens pour communiquer avec eux et ainsi construire une relation.

La communication non-verbale entre alors en jeu dans la relation avec une personne polyhandicapée. Jacques Corraze définit la communication non-verbale comme étant « l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc.) » (Corraze, 1980, p.15). En effet, les communications verbales ne comprennent pas uniquement le langage oral, mais aussi la Langue des Signes Française, les textes écrits, ... Autrement dit, les communications verbales sont celles qui utilisent le verbe. Alors Jacques Corraze précise que le terme de communications non-verbales s'applique « à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise » (Corraze, 1980, p.16).

Dans le cadre du polyhandicap, les manifestations corporelles et le dialogue tonique priment sur la communication orale, elles l'accompagnent. Le thérapeute l'utilise pour se faire comprendre mais aussi pour comprendre son patient.

Alors que je l'amenaient vers la détente lors d'une séance à l'aide de mobilisations passives, Sadek se crispe, tout son corps devient alors raide. Il relève la tête, me regarde, semble souffrir. J'arrête les mobilisations pour essayer de comprendre ce qu'il se passe. Je lui pose des questions mais, n'ayant accès qu'au oui-non paupières, ses réponses ne m'aident pas à comprendre la raison de sa souffrance. Il m'a été très difficile de comprendre la cause de sa douleur, je me suis sentie démunie face à cette situation. Il souffrait mais ne pouvait pas l'exprimer, je le voyais mais je n'étais pas en mesure de comprendre la raison.

La question de la communication dans le cadre du polyhandicap me tient particulièrement à cœur. Les débuts de la communication avec Willy ont été laborieux. Willy présente une déficience SSADH : la communication entre les cellules du cerveau est extrêmement perturbée et entraîne une altération grave de la fonction neurologique. Il présente des troubles de la motricité globale, une ataxie, et une déficience intellectuelle sévère. Il est classé au niveau III au GMFCS : il se déplace seul avec un Kaye Walker et utilise le fauteuil roulant manuel uniquement pour les longues distances. Le Kaye Walker est un déambulateur avec deux roues fixes à l'avant et deux patins à l'arrière. Il n'a que très peu accès au langage oral, il communique à l'aide de l'application « let me talk », par signe ou par pointage. « Let me talk » est une application d'aide à la communication, elle permet à la tablette d'énoncer le pictogramme choisi.

A cause des atteintes motrices, les signes ne sont pas toujours bien effectués. Un soir, Willy essayait de m'expliquer qu'il voulait manger des crêpes, je comprenais qu'il voulait son fauteuil roulant, les deux signes qu'il utilise pour ces mots se ressemblent. Des pleurs et une grosse crise de frustration ont suivi. Je sentais sa volonté de m'expliquer ce qu'il voulait et, à la fois, sa colère et sa frustration que je ne comprenne pas sa demande. Ces situations se répètent encore souvent malgré la mise en place de la tablette. Willy refuse la plupart du temps de l'utiliser en dehors de l'IEM.

Cette vignette clinique m'amène à réfléchir sur les différences de tableaux cliniques en polyhandicap.

C. LA DIVERSITE DES TABLEAUX CLINIQUES

Willy, Yacine, Adam et Sadek relèvent tous du polyhandicap. Cependant, chacun présente son propre profil psychomoteur et sa propre expérience du polyhandicap. La sémiologie de leurs atteintes présente une grande hétérogénéité. D'une part, l'écart important des jeunes rencontrés par rapport à la norme de référence des tests standardisés et d'autre part, l'existence des variations interpersonnelles concernant leurs potentialités, m'amène à penser que l'usage du bilan psychomoteur ordinaire ne peut rendre compte des capacités et difficultés des jeunes que j'ai accompagné. J'estime alors que la grille d'observation est un outil plus adapté pour l'examen psychomoteur : la prise en compte de la diversité des items et la liberté pour chaque psychomotricien de construire son propre outil permettent de pallier à cette absence de tests universel et à la disparité des profils.

La diversité des tableaux cliniques nécessite donc une adaptation permanente de la part du psychomotricien. Elle incite à se réinventer perpétuellement. Par exemple, les moyens de communication, les relations, les types de prise en charge, les médiations utilisées sont totalement différentes d'un jeune à l'autre. Il faut, de la part du psychomotricien, mettre tout en œuvre pour faire vivre à son patient des situations confortables et adaptées qui favorisent l'émergence de ses potentialités.

Ce contraste entre chaque profil psychomoteur m'a aussi mise en difficulté. Il est parfois difficile de reconnaître l'existence d'une situation de polyhandicap chez un jeune. Par exemple, Willy est capable de marcher, d'utiliser la tablette, de signer (donc de communiquer) tandis que Adam se déplace en fauteuil roulant manuel et n'a accès à aucun moyen de communication. Pourtant, ces deux jeunes relèvent du polyhandicap du fait de leurs atteintes motrices et intellectuelles.

Dès la construction de son dispositif d'évaluation, le psychomotricien doit faire preuve d'une grande adaptabilité pour s'adapter à son patient. D'une part, pour créer et investir le contexte spatio-temporel et relationnel le plus adapté et d'autre part, pour rencontrer l'autre dans sa singularité sans *a priori*. Travailler dans une institution qui accueille des enfants et adolescents en situation de polyhandicap ne doit pas conditionner les attentes et objectifs du professionnel. Nous l'avons vu, quel que soit le diagnostic établi, tous les profils varient. Le regard posé sur le patient ne doit pas

se limiter à ses supposées difficultés mais à la richesse de sa personnalité, de ses expériences possibles à toutes les potentialités d'avenir.

Si la relation et les moyens utilisés pour entrer en contact avec les enfants que j'ai rencontrés sont au cœur de mon dispositif, je ne peux pas faire l'impasse d'une réflexion autour de l'actualité sanitaire, celle-ci ayant fortement impacté les modalités relationnelles.

III. EN PERIODE DE CRISE SANITAIRE

La crise sanitaire que nous traversons depuis maintenant plus d'un an impacte fortement les relations sociales ainsi que le cadre des prises en charge en psychomotricité. Suite aux recommandations sanitaires, les patients ont vu leurs suivis mis à mal pendant des semaines avant de reprendre un rythme à peu près ordinaire. Le télé-soin durant le premier confinement a obligé les psychomotriciens à réinventer leur engagement psychocorporel.

Les gestes barrières occupent désormais une place prépondérante dans nos vies. Mais, les mesures, comme la distanciation sociale, le port du masque et les restrictions sanitaires pour limiter la propagation du virus, ont bouleversé nos habitudes de vie. Le contact humain est devenu une menace pour tous.

Le contexte sanitaire actuel étant assez récent, les ouvrages et les articles entre l'impact de la crise sanitaire et la psychomotricité sont rares. Cette partie relève donc surtout de mes ressentis et de mon vécu en tant que stagiaire en psychomotricité pendant l'épidémie de Covid-19.

1. Les répercussions sur l'engagement psychocorporel

L'engagement corporel du psychomotricien occupe une place décisive du cadre thérapeutique. Mais comment revisiter celui-ci durant cette période où le contact physique est prohibé ? L'essence même de notre métier réside dans notre adaptabilité et la crise sanitaire que nous traversons n'a de cesse de nous le rappeler. Nous vivons au gré des annonces gouvernementales depuis maintenant un peu plus d'un an.

Je ne pense pas que la qualité des prises en charge que j'ai pu effectuer dans le cadre de la crise sanitaire étaient de moins bonne qualité que d'ordinaire, mais elles étaient différentes.

En effet, pendant une séance de groupe, il ne fallait pas oublier de se laver les mains lorsque nous passions d'un jeune à l'autre, il fallait aussi penser à laver le matériel que nous venions d'utiliser pour un jeune si nous voulions l'utiliser pour un autre. L'engagement psychocorporel est alors impacté : il ne faut rien oublier, tout en étant dans une relation juste avec le patient.

Avec Adam, le rituel de début de séance est de commencer par des stimulations se rapprochant des stimulations basales d'Andreas Fröhlich. Pour ne pas le surprendre,

je le préviens du début et de la fin des secousses, pendant celles-ci je souffle en essayant de faire du bruit avec mes lèvres pour qu'il associe les bruits à son ressenti. Cependant cet exercice me demande beaucoup de souffle, et avec le masque il est extrêmement difficile de tenir plus de trente secondes. Je suis alors obligée de m'arrêter régulièrement pour reprendre mon souffle et prendre l'air à la fenêtre avant de recommencer. Sans le masque, il serait plus aisé pour moi de reprendre mon souffle sans m'éloigner physiquement d'Adam et ainsi de maintenir le contact.

2. L'insécurité

Je voudrais attirer l'attention sur un sujet qui m'a suivi tout au long de l'année : la culpabilité de prendre le risque de transmettre le virus du Covid-19 aux jeunes. Je voyais mes camarades en cours de pratiques corporelles, j'allais faire mes courses, je prenais les transports en commun, et bien que les gestes barrières nous protègent, le risque zéro n'existe pas. Tous les jeudis en allant en stage, j'avais peur de ramener le virus à des jeunes ayant déjà une santé fragile. Je pense que cela jouait sur mon engagement psychocorporel, j'avais toujours cette pensée quand j'étais au contact d'un jeune. Je portais mon masque et eux non, la plupart avait une santé vulnérable, je craignais pour eux plus que pour moi. Dès que je le pouvais, je prenais soin de respecter une certaine distance avec les jeunes. Mais ce sentiment d'avoir une épée de Damoclès au-dessus de la tête était quand même très présent.

Je n'avais pas de contrôle sur cette situation de transmission et lâcher prise m'a été difficile : je me sentais impuissante face au risque de transmission. J'ai fait de mon mieux pour respecter les mesures sanitaires afin de protéger les jeunes que je voyais le jeudi et c'est tout ce qui était en mon pouvoir. A l'inverse, j'ai aussi eu peur de contracter le virus au stage.

La communication et la relation dans le cadre du polyhandicap sont souvent rendues complexes à cause des atteintes motrices et intellectuelles. Le psychomotricien doit alors redoubler d'adaptabilité pour s'ajuster corporellement mais aussi psychiquement au patient. La communication non-verbale devient alors essentielle. Nous vivons en ce moment une situation inédite à cause de l'épidémie de Covid-19. Cette crise sanitaire rend difficiles les relations et l'engagement psychocorporel du psychomotricien.

CONCLUSION

Bien qu'un bilan psychomoteur ordinaire à travers des tests standardisés soit inenvisageable avec des personnes polyhandicapées, il existe des alternatives. En effet, j'ai découvert, de jour en jour, que les jeunes que je voyais en stage avaient des capacités mais qu'il fallait les aider pour qu'elles émergent. J'ai décidé de me saisir de ce constat pour mettre au point un outil fonctionnel dans le cadre de la réalisation d'un bilan psychomoteur adapté. La grille m'a permis de me rendre compte des capacités et de l'organisation psychomotrice de mes patients dans des situations adaptées à leurs atteintes. J'ai alors pu trier ces informations en fonction des items psychomoteurs, des situations, de l'état de fatigue des jeunes. Ce que je pensais parfois n'être rien était en réalité quelque chose : le vide n'était pas du vide, il suffit de leur donner les moyens de faire apparaître leurs capacités.

Ce travail sur l'émergence des capacités psychomotrices m'a permis de cheminer sur l'engagement psychocorporel du psychomotricien.

A travers l'élaboration de ce mémoire, mes propres difficultés m'ont amenée à réfléchir sur la communication et la relation auprès de personnes polyhandicapées. Celles-ci n'ont souvent pas accès au langage verbal, et ont peu de moyen pour investir la relation. Le psychomotricien se doit de faire un réel travail d'adaptation. L'épidémie du covid-19 a ouvert mon questionnement sur l'impact d'une situation inédite dans la relation et dans les prises en charge.

Ma réflexion se poursuit. Je pense avoir évolué dans ma pratique professionnelle grâce à toutes les recherches effectuées. J'ai évolué en tant que stagiaire pour enrichir mes connaissances et mon expérience auprès d'enfants en situation de polyhandicap afin de les retranscrire dans un futur proche en tant que psychomotricienne.

Ce travail a permis de mettre en avant les écueils de mon outil, et de me questionner sur ma position de psychomotricienne auprès d'enfants polyhandicapés.

Mon travail de recherche ne s'arrête pas là.

Le chemin n'est pas fini, il ne fait que commencer...

BIBLIOGRAPHIE

- Albaret, J., Giromini, F., & Scialom, P. (2018). *Manuel d'enseignement en psychomotricité Tome 5*. De Boeck Supérieur.
- Albaret, J., Giromini, F., & Scialom, P. (2018). *Manuel d'enseignement en psychomotricité*. Solal.
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2e édition). Dunod.
- Berard C. (2008) *La paralysie cérébrale de l'enfant ;* Montpellier. Sauramps Médical.
- Berthoz, A. (1997). *Le sens du mouvement*. Editions O. Jacob
- Bobath, B., & Bobath, K. (1985). *Développement de la motricité des enfants IMC*. Masson.
- Bullinger A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Erès.
- Collignon, P. (2008). *Éthique du soin et qualité de vie chez les enfants sévèrement polyhandicapés*. *Reliance*, p 102 à 109.
- Chapiereau, F. (2001). *La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. *Gérontologie et société*, p 37 à 56
- Corraze J. (1980), *Les communications non-verbales*, Presses Universitaires de France.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclee De Brouwer.
- Jaquet, C., Neveu, P., W. Pireyre, E., de Sainte Maréville, F., & Scialom, P. (2014). *Les liens corps esprit, Regards croisés à partir de cas cliniques*. Dunod.
- Lesage B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, Erès.

- Patte, K., Porte, M., Schifano, L., Viollet, E., & Cottalorda, J. (2014). *Le Polyhandicap: de l'enfant à l'adulte* (p. 16-23). Sauramps Médical
- Pireyre E. (2011), *Clinique de l'image du corps*, Dunod
- Saulus, G. (2008). *Modèle structural du polyhandicap, ou : comment le polyhandicap vient-il aux enfants ?*. *La psychiatrie de l'enfant*, p 153 à 191.
- Saulus, G. *Textes originaux du Docteur Georges Saulus*, petit conservatoire de Polyhandicap, Credas
- Saulus, G. (2007). *Polyhandicap, éthique et évaluation. Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 157-160.
- Saulus, G. (2007). *La clinique du polyhandicap comme paradigme des cliniques de l'extrême. Champ psychosomatique*,p 125-139
- Vaivre-douret L. (2015), *Apports de l'examen psychomoteur et approches cliniques*, Era.
- Zucman E. (1969), « La guidance parentale », *Réadaptation*, n°159, pages 89 à 97
- Zucman E. (2007), *Auprès de la personne polyhandicapée. Une éthique de la liberté partagée*, Erès.

SITOGRAPHIE

- *Deuxième cycle.* (2020, 22 janvier). Collège des Enseignants de Neurologie.
<https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle>
- *Chronologie : évolution du regard sur les personnes handicapées.*
<https://www.vie-publique.fr/eclairage/19409-chronologie-evolution-du-regard-sur-les-personnes-handicapees>
- *Troubles du développement : Déficience Intellectuelle*
https://iacapap.org/content/uploads/C.1-Intellectual-Disability_FRENCH.pdf
- *Le polyhandicap : plan d'actions pour une meilleure reconnaissance des droits des personnes polyhandicapées*
<https://handicap.gouv.fr/grands-dossiers/polyhandicap/article/le-polyhandicap-plan-d-actions-pour-une-meilleure-reconnaissance-des-droits-des>
- Les neurologues du groupe Pitié-Salpêtrière *Sémiologie: Neurologie.*
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/neuro/semioneuro/semioneuro.pdf>

ANNEXES

ANNEXE I

GRILLE D'OBSERVATION

COMPORTEMENT

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Attention/ disponibilité					
Fatigabilité					
Réactions de prestance					
Manifestations anxieuses/ angoisses					
Frustration					
Séparation					
Qualité relationnelle					
Stéréotypies					
Persévérations					
Agressivité					

COMMUNICATION/COMPREHENSION

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Désir de communication					
Emissions de sons					
Langage					
Dialogue tonique					
Expression des émotions					
Compréhension OUI/NON					
Fiabilité OUI/NON					
Compréhension de consignes simples					

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Pointage					
Sourire réponse					
Réactions aux interpellations					
Interpellation de l'entourage					

MOTRICITE GLOBALE ET COMPETENCES POSTURALES

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Tenue de la tête					
Retournement DOS>COTE					
Retournement VENTRE>COTE					
Retournement VENTRE>DOS					
Retournement DOS>VENTRE					
Station assise					
Tiré assis					
Rampé					
Redressement					

MOTRICITE FINE ET COORDINATIONS OCULO-MANUELLES

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Conservation du grasping					MD : i MG : i
Déliement digital					MD : MG :
Prise (palmaire, inférieure, supérieure)					MD : MG :
Lâché volontaire					MD : MG :
Découverte sensorielle de l'objet					MD : MG :
Dirige ses mains vers l'objet					MD : MG :
Porte l'objet à la bouche					MD : MG :
Passe l'objet MD/MG					MD>MG : MG>MD :
Centre ses mains sur l'objet					

SENSORIALITE

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Poursuite oculaire					
Orientation visuelle					
Intérêt pour l'objet					
Essaie d'attraper l'objet					
Intérêt pour les objets sonores					

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Exploration haptique					

ESPACE TEMPS

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Notions spatiales (dessus/dessous, devant/ derrière, haut/bas)					
Repérage dans l'établissement					
Rapport à son propre espace (croisement de l'axe, droite/gauche)					
Notions temporelles					
Repérage dans la journée					

SCHEMA CORPOREL ET IMAGE DU CORPS

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Intégration des somatognosies sur lui					
Intégration des somatognosies sur autrui					
Réactions face au miroir (se reconnaît ou pas)					

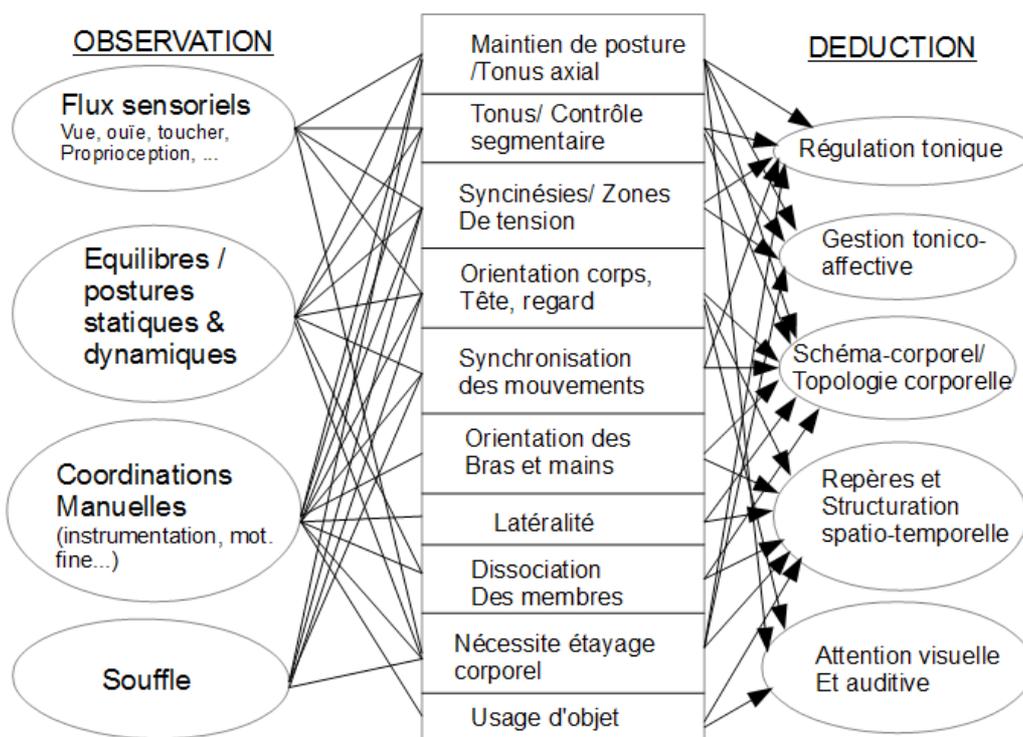
COMPETENCES COGNITIVES

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Connaissances des couleurs					
Compter					
Serier					
Notions de quantité					

COMPETENCES	0	1	2	3	OBSERVATIONS QUALITATIVES
Classifications					
Permanence de l'objet					
Mémoire					
Symbolisme					

ANNEXE II

ARBORESCENCE LOGIQUE DE DIFFRACTION ET DEDUCTION POUR L'EXAMEN PSYCHOMOTEUR



RESUME :

Le polyhandicap est dû à des atteintes cérébrales précoces. Il est caractérisé par la présence de troubles moteurs et d'une déficience intellectuelle sévère ou profonde qui entravent le bon développement de l'enfant.

Cependant les personnes polyhandicapées ont des capacités qu'un bilan psychomoteur, à travers les tests standardisés, ne permet pas de faire émerger. Il faut alors mettre en place un dispositif et des outils spécifiques à cette population. C'est pourquoi j'ai mis au point une grille d'observation permettant de rendre compte des capacités et de l'organisation psychomotrice d'un patient.

Ce travail expose l'utilité mais aussi les limites de mon outil avec deux enfants polyhandicapés dans un Institut d'Education Motrice. Il traite aussi de mes réflexions autour de la posture du psychomotricien dans ce milieu et dans le contexte particulier de l'épidémie de Covid-19.

Mots clef Polyhandicap – Grille d'observation – Observation psychomotrice – Bilan psychomoteur – Enfant

SUMMARY

Multiple disabilities is due to early brain damage. It is characterized by the presence of motor disorders and severe or profound intellectual disability that impede the child's good development.

However, people with multiple disabilities have abilities that a psychomotor assessment through standardized tests doesn't allow bring out. It's necessary to put in place a specific system and tools for this population. That's why I've developed an observation grid which take into account and highlight patient abilities and his psychomotor organization.

This work exposes the usefulness but also the limits of my tool with two children with multiple disabilities in an Institute of Motor Education. It also deals with my reflections around of psychometrician mindset posture in this environment and in a particular context of Covid-19.

Key words Multiple disabilities – Evaluation table - Psychomotricity observation - Psychomotricity examination - Child