



HAL
open science

L'eau à la bouche : proposition d'un conte sensoriel en balnéothérapie dans la prise en soin en psychomotricité d'une enfant polyhandicapée

Pauline Merceron

► To cite this version:

Pauline Merceron. L'eau à la bouche : proposition d'un conte sensoriel en balnéothérapie dans la prise en soin en psychomotricité d'une enfant polyhandicapée. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03296339

HAL Id: dumas-03296339

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03296339>

Submitted on 22 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, Bd de l'hôpital
75013 Paris



L'eau à la bouche :

Proposition d'un conte sensoriel en balnéothérapie dans la prise en soin en psychomotricité d'une enfant polyhandicapée

Mémoire présenté par Pauline MERCERON

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de psychomotricien

Référentes de mémoire :

Session juin 2021

Valérie ESCLAPEZ

Perrine BOURDON AGERON

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à mes référentes de mémoire, Valérie Esclapez et Perrine Bourdon Ageron, pour leur écoute, leurs conseils et la confiance qu'elles ont su m'accorder durant l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie également chaleureusement Marie-Hélène Boutot, psychomotricienne en EHPAD, pour sa relecture précieuse et pour son aide dans la réflexion de ce mémoire dans laquelle son approche extérieure du sujet m'a beaucoup apporté.

Un grand merci à mes différentes maîtres de stage rencontrées au cours de ces trois années de formation, qui ont nourri au fil du temps la future psychomotricienne que je vais devenir.

Merci à Catherine Potel et Adrien Teillet, formateurs de l'option "Vivre l'eau", pour m'avoir fait connaître la médiation aquatique en psychomotricité qui m'aura tant inspiré pour ce mémoire. Je remercie également l'ensemble des professeurs de l'Institut de Formation en Psychomotricité.

Merci à mes amis psychomot' pour toutes ces belles années passées ensemble et pour tous ces bons souvenirs que je garderai longtemps en mémoire.

Je remercie énormément ma famille pour leur soutien et leur intérêt pour ce mémoire. Et pour finir, merci à toi Théo.

“Ce n’est qu’une goutte d’eau
Au milieu de la mer
Juste un petit cadeau
Simple refrain offert
Ce n’est qu’un grain de sable
Lancé dans le désert
Mais c’est inimaginable
Le bien que ça peut faire.”

“Ce n’est qu’une goutte d’eau” - Les Enfantastiques : chanson extraite de l'album *Vive l'eau vive*,
volume 3 de la collection "Les Enfantastiques"

Table des matières

Introduction	8
I. Exposition du contexte	10
1. La présentation de la structure d'accueil.....	10
2. La présentation générale du cas clinique	13
II. Exposition de la problématique.....	19
1. Différence entre régurgitation, reflux et vomissement	19
2. Contexte des moments où Lise boit l'eau.....	20
3. Conséquences sur la séance lorsque Lise régurgite	21
Partie théorique	22
I. La pathologie	22
1. Les définitions du polyhandicap	22
2. Les surhandicaps fréquents	23
3. La diplégie spastique.....	25
4. La sémiologie psychomotrice du polyhandicap et de la diplégie spastique	26
II. Le développement de l'axe corporel	30
1. Introduction sur l'axe corporel.....	30
2. L'axe corporel chez l'enfant né à terme.....	31
3. L'évolution de la construction de l'axe corporel	32
4. La verticalité	33
5. Les aspects pathologiques de l'axe corporel.....	35
III. Le développement de l'oralité.....	36
1. Généralités sur la bouche	36
2. Les bouleversements au moment de la naissance	38
3. Le premier semestre de vie	38
4. Le second semestre de vie.....	40
5. Les aspects pathologiques de l'oralité	41
IV. L'eau	43

1. Les généralités sur l'eau.....	43
2. La bouche : un orifice en balnéothérapie	44
3. L'eau : un médium malléable.....	45
4. L'intérêt de l'eau comme médiation pour les personnes polyhandicapées.....	46
Partie clinique	49
I. Choix des médiations thérapeutiques	49
1. Choix de la balnéothérapie.....	49
2. Choix du conte sensoriel	50
II. Projet thérapeutique.....	51
1. Axes thérapeutiques	51
2. Cadre des séances.....	52
3. Description du conte sensoriel et intérêts thérapeutiques	54
III. La prise en soin en psychomotricité pour Lise	59
1. Observations.....	59
2. Evolutions	61
Partie discussion.....	63
I. La pertinence du conte sensoriel.....	63
1. Les apports du conte sensoriel	63
2. Les limites du conte sensoriel	64
3. L'adaptation du conte.....	65
II. Le portage : enjeux, moyens et mise en œuvre	67
1. Pourquoi proposer le portage ?	67
2. Mais comment porter ?	67
3. Les différents portages proposés en séance et leurs effets.....	68
III. De la perte des enveloppes à leur reconstitution	72
1. La perte des enveloppes	73
2. La reconstitution d'une enveloppe psycho-corporelle	74
IV. Sur le chemin de la relation	79

1. La verticalité : un support ou une finalité à la relation ?.....	79
2. Une interdépendance entre régulation tonique et relation	81
3. Une construction multifactorielle de la relation.....	82
4. Les progrès significatifs de Lise dans la relation.....	84
V. Perspectives de prises en soin pour Lise	86
Conclusion	87
Bibliographie.....	88
Annexes.....	I

Introduction

Début octobre, lors de ma première journée à l'Institut Médico-Educatif (IME) dans lequel j'ai effectué mon stage cette année, les premiers jalons de ma réflexion ont été posés.

Je ne connaissais pas encore bien le polyhandicap, pathologie de près de la moitié des jeunes accueillis, et j'en avais seulement une vague représentation : je m'imaginai des jeunes très déficitaires, en fauteuil, figés dans leur corps. En seulement une journée, un point commun semblait apparaître chez une majorité d'entre eux. En effet, beaucoup avaient un rapport très particulier à leur bouche. Certains s'enfonçaient les mains dans la bouche, y mettaient des objets, criaient, suçaient leur pouce, grinçaient des dents, ou encore mordaient. Cela m'a alors interrogée, voire effrayée, car certains de ces comportements ne m'étaient pas familiers : pourquoi enfoncer sa main dans sa bouche aussi loin au risque de se faire vomir ?

Cette première journée de stage débuta par plusieurs séances en balnéothérapie. Ma première impression se confirma lorsque nous rencontrâmes Lise¹, une enfant porteuse de polyhandicap. Durant toute la séance, elle chercha à de nombreuses répétitions à boire l'eau de la piscine. Elle buvait tellement d'eau qu'elle vomit au bout de quelques minutes. Lise semblait contente et recommença à boire. Sur le moment, ce comportement me parut insensé. Pourquoi souriait-elle alors qu'elle venait de vomir ? Et pourquoi continuer de boire l'eau de la piscine juste après ?

D'autre part, lorsque je l'aperçus l'après-midi dans son lieu de vie à l'IME, Lise était totalement effondrée en avant sur son fauteuil, contrairement au temps de balnéothérapie où l'hyperextension du corps primait.

À première vue, l'oralité semble prendre une place prépondérante dans la compréhension du comportement de Lise. Seulement, son rapport à l'axe corporel pose également question. En tant que psychomotriciens, il convient de chercher un potentiel lien entre d'éventuels troubles de l'oralité et de l'axe corporel, mais, plus encore, d'y trouver des réponses thérapeutiques dans le cadre des séances en balnéothérapie.

¹ Pour respecter l'anonymat, les noms et prénoms cités dans ce mémoire ont été modifiés.

Durant toute cette année, j'ai tenté de comprendre les soubassements de ces comportements à travers l'étude des acquisitions et fragilités psychomotrices de Lise, en prenant en compte le développement psychomoteur typique comme référence. Passée cette étape, il m'a paru nécessaire de rechercher d'autres moyens de répondre à ce besoin impérieux, avec comme soucis que cela ne soit ni envahissant pour elle, ni dommageable pour le bon déroulement des séances de balnéothérapie.

Notre réflexion suivra donc ce cheminement en commençant tout d'abord par l'exposition du contexte et de la problématique que soulève le comportement de Lise. Nous en apprendrons davantage sur elle et son environnement, tout comme cela a été mon cas en début d'année. Par la suite, nous tenterons d'expliquer par la théorie la pathologie de Lise, le développement normal et pathologique de l'axe corporel et de la zone orale, ainsi que les apports de l'eau dans le contexte de cette prise en soin en balnéothérapie. À partir de ces éléments, j'ai développé cette année une prise en soin en balnéothérapie à partir d'un conte sensoriel dont j'exposerai le contenu et les enjeux dans un troisième temps. Pour finir, nous discuterons de l'intérêt de cette proposition et nous émettrons des hypothèses à partir des éléments d'observations.

I. Exposition du contexte

1. La présentation de la structure d'accueil

1.1. La population accueillie

L'établissement dans lequel j'ai effectué mon stage est un Institut Médico-Éducatif (IME). Les IME sont des établissements médico-sociaux accueillant des « *enfants et adolescents atteints de handicap mental, ou présentant une déficience intellectuelle liée à des troubles de la personnalité, de la communication, ou des troubles moteurs ou sensoriels* » selon la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). L'IME a comme but de proposer à ces enfants un accompagnement général « *tendant à favoriser l'intégration dans les différents domaines de la vie, de la formation générale et professionnelle* ».

L'IME m'ayant accueilli cette année est un établissement privé, géré par l'association Altérité. Il dépend des annexes XXIV et XXIV Ter du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 (1). Il peut accueillir 42 jeunes de 6 ans à 20 ans présentant une déficience intellectuelle ou étant inadaptés, et en situation de polyhandicap.

1.2. Les professionnels

Les professionnels présents à l'IME sont catégorisés en différentes équipes, toutes assurant une fonction spécifique dans la prise en soin des jeunes. Nous retrouvons ainsi :

- L'équipe éducative : les Accompagnants éducatifs et sociaux (AES), les éducateurs spécialisés et le professeur d'activité physique adaptée
- L'équipe thérapeutique : deux psychomotriciennes, deux kinésithérapeutes, l'orthophoniste, l'ergothérapeute, et la psychologue ;
- L'équipe médicale : les infirmières, les médecins généralistes et le médecin psychiatre ;
- L'équipe de l'espace administratif : la directrice, deux chefs de service, la secrétaire de direction, la secrétaire d'accueil, et la comptable ;
- Le service technique : l'agent technique, le personnel de cuisine (deux cuisiniers et un aide cuisinier), deux femmes de ménage et cinq maîtresses de maison (une pour chaque groupe) ;
- L'équipe pédagogique : deux professeures d'école spécialisées ;
- Le service social : l'assistante sociale.

Ces professionnels, tout comme les jeunes accueillis, s'inscrivent dans un cadre spatio-temporel défini. Ce cadre permet des repères stables, assurant un sentiment de sécurité aux différents jeunes. Nous verrons néanmoins que la crise sanitaire liée à la COVID-19 a bouleversé quelques-uns de ces repères.

1.3. L'organisation spatiale de l'IME

Premièrement, il s'agit d'apprécier l'organisation spatiale de l'IME, principalement à travers sa configuration.

L'établissement, inauguré en 2008, a été conçu pour pouvoir accueillir des personnes en situation de handicap. Il est construit sur un seul étage et s'articule autour d'un axe central nommé « La rue ». Celui-ci permet de faire le lien entre les lieux de vie des jeunes et les espaces d'activités, espaces pédagogiques et espaces thérapeutiques.

Deux couloirs sont adjacents à cette grande rue. L'un d'entre eux correspond à l'espace thérapeutique comprenant la balnéothérapie, l'infirmerie, les salles de kinésithérapie, de psychomotricité, d'ergothérapie, les bureaux des médecins, de l'orthophoniste et de la psychologue. Le second, équivaut lui, à l'espace pédagogique et comprend deux salles de classe, une salle de musique, d'arts plastiques, une salle Snoezelen, une salle d'esthétique, une salle sensorielle ainsi qu'un atelier cuisine.

De part et d'autre de cette rue sont également situés cinq lieux de vie pour les jeunes accueillis. Chaque lieu de vie est symbolisé par une couleur (mandarine, orange, vert, rouge, mauve). Il est aménagé en fonction de l'âge des 8 à 10 enfants et/ou adolescents accueillis. Les jeunes internes, dormant à l'IME, disposent tous d'une chambre individuelle. Leur espace de vie est conçu selon un modèle domestique : salon, salle à manger, chambres, cuisine, buanderie, bureau, espace extérieur (jardin, terrasse). Les groupes "Mauve" et "Mandarine" sont les groupes d'accueil des enfants lorsqu'ils entrent à l'IME. Le groupe "Mauve" comprend des enfants présentant des troubles de la personnalité ; et le groupe "Mandarine", comprend des enfants atteints de troubles neurologiques. Les enfants évoluent ensuite au groupe "Rouge", ayant davantage un but d'acquisition d'autonomie. Pour finir, ils sont dirigés vers les groupes "Vert" et "Orange" pour travailler l'orientation dans une autre structure. Lise fait partie du groupe "Mandarine". Ce groupe est composé de dix enfants ayant en moyenne neuf ans.

Par ailleurs, il existe également un espace vert et un espace de jeux entourant la structure. Il comporte des espaces de jardinage, des toboggans et autres structures de jeux destinés à proposer des

expériences motrices et sensori-motrices aux jeunes. Pour finir, à l'entrée de l'IME se trouvent l'accueil, les bureaux administratifs, la cafétéria et la cuisine.

Depuis mars 2020, c'est-à-dire depuis le début de la crise sanitaire liée à la COVID-19, quinze jeunes - les externes - ne sont plus accueillis à l'IME pour réduire le nombre de personnes dans la structure (personnels et jeunes compris). Ils sont accueillis du lundi au vendredi dans un gîte situé dans une ville voisine. Deux enfants du groupe "Mandarine" y sont accueillis. Lise fait partie des jeunes qui sont restés à l'IME. Elle a donc conservé ses repères spatiaux, mais ne voit plus certains enfants et professionnels présents habituellement. L'équipe tente alors d'apporter aux enfants une continuité face à ces changements en leur parlant des personnes absentes, ou encore en leur montrant des photos d'eux.

Ces espaces fixes et délimités permettent aux jeunes de s'orienter et de se mouvoir sereinement dans cet espace. Toutefois, les repères temporels sont eux aussi centraux pour tenter de répondre à leur besoin de sécurité interne et de stabilité dans le temps.

1.4. L'organisation temporelle de l'IME

Le cadre temporel a une valeur importante dans l'institution. En effet, l'accueil d'enfants et d'adolescents atteints de Troubles du Spectre Autistique, de polyhandicap ou autres, nécessite d'amener des repères temporels stables. Les imprévus peuvent être source d'anxiété, voire de troubles du comportement chez certains jeunes. Le programme de la semaine est donc très régulier. Seuls les week-ends et les vacances viennent rompre ce rythme journalier, tout en le structurant parallèlement.

Le matin, les jeunes externes arrivent à l'IME à partir de 7 h 30, amenés par des taxis ou par leurs parents. Ils restent un temps à l'accueil, permettant la transition entre l'extérieur et l'intérieur de la structure : ils sont dans l'établissement mais pas encore dans leur lieu de vie. Pendant ce temps, les internes prennent leur petit-déjeuner dans leur groupe respectif. Chaque semaine, les jeunes ont en général deux temps d'école de trente minutes. Ils bénéficient également de prises en soin en groupe ou en individuel avec les différents professionnels du paramédical (kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité). Ces temps pédagogiques et thérapeutiques sont couplés par des temps d'activités, proposés au sein même de l'IME (ateliers conte, ateliers de soin esthétiques, musique, piscine, arts plastiques, ateliers cuisine, ateliers sensoriels, sport adapté, etc.), ou quelques fois à l'extérieur (l'équitation, des sorties au marché de la ville, des sorties culturelles, etc.). Le soir, à partir de 16 h 30, les externes se retrouvent dans l'accueil pour se préparer au départ, tandis que pour les internes, c'est l'occasion de se retrouver en plus petit comité au sein de leur groupe.

De même que les repères spatiaux, les repères temporels ont aussi été bouleversés par la crise sanitaire. Les professionnels doivent partager leur temps d'intervention entre l'IME et la structure d'accueil temporaire située à trente minutes en voiture de l'IME. Le temps pris dans les allers-retours entre les deux structures ne permet pas d'effectuer autant de prises en soin qu'avant l'arrivée de la COVID-19. Concernant la psychomotricité, les groupes sont donc privilégiés à l'individuel de sorte que le plus de jeunes possibles soient vus. L'orthophoniste va, elle aussi, une fois par semaine au gîte pour effectuer un groupe conte. Les kinésithérapeutes, eux, ne vont que très peu là-bas et privilégient les prises en soin au sein même de l'IME où ils disposent de plus de matériels. D'autre part, de multiples activités n'ont plus lieu, d'une part car moins de professionnels sont présents au même endroit pour les encadrer, et d'autre part car les activités à l'extérieur de la structure sont annulées. Il y a également moins de temps d'école, les maîtresses devant elles aussi partager leur temps d'intervention entre les deux lieux. Les jeunes n'ont plus qu'un temps d'école par semaine au lieu de deux. L'emploi du temps de Lise a, de ce fait, subi quelques modifications : elle ne bénéficie plus de temps à la médiathèque de la ville et de temps d'inclusion scolaire. En psychomotricité, le groupe "Jeux découvrir", cité ci-dessous, a maintenant lieu une semaine sur deux et non plus de façon hebdomadaire.

Cette présentation de la structure d'accueil nous permet de nous représenter davantage le cadre de vie de Lise à l'IME. Il est temps à présent de nous centrer sur Lise, et de la découvrir à travers le dérouler de son environnement familial, de son passé institutionnel, des renseignements médicaux la concernant, de ses prises en soin à l'IME, ainsi que de son anamnèse psychomotrice.

2. La présentation générale du cas clinique

2.1. Le choix du cas clinique

Comme je l'ai dit dans l'introduction, les comportements de multiples jeunes de l'IME liés à la zone orale m'ont intriguée. Chacun d'entre eux me donnait envie d'approfondir et de comprendre pourquoi ils agissent ainsi. Mais dans le cadre de ce mémoire, je souhaitais me concentrer sur un cas clinique en particulier, afin de pousser cette réflexion au maximum. Parmi les enfants et adolescents ayant attiré mon attention, seule Lise était vue en psychomotricité sur la journée du jeudi, où j'étais présente. Il était donc plus pertinent pour moi de me centrer sur elle, car j'avais ainsi plus de temps pour l'observer et mettre en place un projet de soin.

D'autre part, la crise sanitaire n'a pas impacté la régularité des séances avec Lise tout au long de l'année. Le matin, je la voyais en balnéothérapie et l'après-midi dans le groupe "Jeu découvrir", composé de quatre enfants, une semaine sur deux. Cela m'a permis une double observation de Lise, dans l'eau et hors de l'eau. Assister à ces deux prises en soin fut très enrichissant pour la

compréhension du fonctionnement corporel et psychique de Lise ainsi que pour la mise en place d'un projet thérapeutique par la suite.

Par ailleurs, il me tenait à cœur d'effectuer un mémoire autour de la médiation eau. C'est donc assez naturellement que je me suis intéressée à la problématique de Lise en séance de balnéothérapie dans le cadre de mon mémoire.

2.2. L'anamnèse générale

Lise est née le 27 septembre 2009. Elle venait tout juste de fêter ses onze ans lorsque je l'ai rencontrée en septembre 2020. Elle est blonde, mesure 1,33 m et pèse 31,55 kg. Elle est plutôt menue et a un très beau visage : elle est souvent pouponnée par l'équipe qui lui fait de jolies coiffures. D'autre part, Lise entre dans l'adolescence et des changements physiques et physiologiques apparaissent : présence de poils, poitrine naissante, menstruations depuis mars 2021.

Elle vit au domicile familial avec ses deux parents. Le père est instituteur et la mère responsable commerciale. Le couple a eu une deuxième petite fille née en 2014 qui est en bonne santé. Lise est née grande prématurée, à trente et une semaines d'aménorrhée par voie basse, dans un contexte d'infection fœto-maternelle. Son poids de naissance était de 1 480 grammes. Elle fut transférée en service de réanimation pendant trois semaines et ensuite hospitalisée pendant neuf mois en service de néonatalogie.

2.3. Le parcours institutionnel

À sa sortie du service de néonatalogie, Lise a tout d'abord été gardée par une nourrice à domicile. Elle est par la suite allée en maternelle classique, puis dans une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) maternelle à raison de quinze heures par semaine pendant un an. Lise a très tôt été prise en soin, avant même le diagnostic de polyhandicap avec diplégie spastique.

Elle a tout d'abord vu une psychomotricienne en cabinet libéral en 2011, jusqu'à son entrée en Service d'Education Spécialisée et de soins À Domicile (SESSAD) en 2014. Lise y a bénéficié de séances en psychomotricité et de séances en kinésithérapie trois fois par semaine pendant un an. Puis, en 2016, elle est entrée en IME. Elle fait partie des jeunes en externat, présente tous les jours de 7 h 45 à 17 h, sauf une journée où elle dort à l'IME.

2.4. Les renseignements médicaux

En 2014, le diagnostic de “polyhandicap avec diplégie spastique et retard psychomoteur, liés aux séquelles de prématurités” est posé. En décembre 2018, Lise a subi une ostéotomie fémorale de varisation, opération chirurgicale consistant à replacer correctement la tête fémorale au niveau de la hanche pour empêcher une luxation. Suite à cette opération, Lise a bénéficié d’une barre d’abduction entre ses deux jambes le temps de la consolidation. Durant la même opération lui a été faite une hyponeurotisation, visant à inhiber le nerf obturateur au niveau des adducteurs.

La journée, Lise est installée dans un corset-siège en abduction. D’autre part, elle est placée deux fois par semaine sur un verticalisateur pendant quarante-cinq minutes environ, en position d’abduction également. Elle porte aussi des attelles aux pieds de jour et de nuit. Elle est parfois mise sur un motilo (ou flèche) plusieurs fois par semaine. Celui-ci est davantage utilisé comme un moyen de diversification des positions de Lise, plutôt qu’une aide à la locomotion. Toutefois, il lui arrive parfois de se déplacer quand elle est dessus, mais toujours à reculons, élançée par des postures en extension. Par ailleurs, elle est censée porter des lunettes pour corriger une myopie et un strabisme, mais en réalité, elle ne les porte que très peu car elle cherche constamment à les retirer et l’équipe ne les lui met plus. Pour finir sur cette présentation médicale, ajoutons que Lise a une tendance à être constipée.

2.5. Les renseignements sur Lise dans son espace de vie

Intéressons-nous à présent au comportement de Lise dans les actes du quotidien, comme les temps de repas et de soin hygiéniques.

Les moments de repas sont particulièrement appréciés par Lise. C’est un moment où elle est davantage laissée en autonomie. Elle mange seule le contenu de son plat, coupé en petits morceaux, à l’aide de ses doigts. L’alimentation à la cuillère n’est pas maîtrisée : il faut l’aider à remplir la cuillère et son contenu est souvent renversé avant d’atteindre sa bouche. Lise a un très bon appétit et ne cesse de manger uniquement lorsqu’il n’y a plus de nourriture à sa portée. Lise ne semble pas reconnaître le sentiment de satiété et reste dans le plaisir de se remplir. Nous retrouvons ici le désir de Lise de stimuler la zone orale à travers son plaisir éprouvé au moment des repas. Le fait qu’elle mange en morceau n’est pas à négliger car les morceaux apportent de la mâche, des jeux de textures et de matières en bouche. Par ailleurs, Lise boit dans un verre classique. Elle boit beaucoup, mais pas de façon excessive ni compulsive, contrairement à ce qu’elle peut montrer en séance de balnéothérapie.

Je me suis également intéressée au rapport qu'a Lise avec l'urine et les selles, matières qui elles aussi mettent en jeu les liens dedans/dehors. La propreté n'est pas acquise pour Lise, qui porte une protection de jour comme de nuit. Elle ne semble pas avoir de réactions particulières lorsqu'elle urine, en revanche, elle ne supporte pas de déféquer dans sa protection. Lise est très ritualisée en ce qui concerne le moment de déféquer (toujours après le repas) et elle sait prévenir l'équipe qu'elle a envie pour que celle-ci l'emmène aux toilettes.

Elle est généralement mise au moins une fois par jour au sol, où elle est plus ou moins agitée. Durant la journée, Lise alterne entre des périodes où elle est très excitée et en hyperextension, et d'autres, le plus souvent, où elle s'effondre et est dans sa bulle. L'équipe remarque souvent un recrutement tonique de sa part lors des changements de position, mais rapidement, elle se fatigue et s'écroule.

2.6. Les prises en soin à l'IME

Au sein de l'IME, Lise est prise en soin en psychomotricité deux fois par semaine depuis octobre 2018. Le jeudi matin, elle dispose de séances de balnéothérapie de trente à quarante minutes en présence d'une autre enfant polyhandicapée ou seule. De plus, le jeudi après-midi lui est proposé un groupe « Jeux découvre » avec trois autres enfants polyhandicapés. Ce dernier groupe se déroule dans la salle de psychomotricité et permet aux enfants un éveil psychomoteur et sensoriel pendant une durée de 30 à 45 minutes selon l'état de fatigue des enfants. Lise y est mise au sol sans appareillages et peut ainsi se mouvoir librement.

Lise bénéficie également d'une prise en soin en kinésithérapie ponctuelle pour effectuer des réglages sur ses appareillages, complétée par la prise en soin par un autre kinésithérapeute en libéral. Elle est aussi intégrée dans un groupe de contes signés, animé par l'orthophoniste, une fois par semaine. Pour finir, elle participe aux activités cirque et tir à l'arc une fois par semaine également.

2.7. L'anamnèse psychomotrice

Pour compléter la présentation de Lise, intéressons-nous maintenant à son profil psychomoteur. Les observations psychomotrices que je souligne ci-dessous sont issues des séances en balnéothérapie ainsi qu'en groupe « Jeux découvre » en octobre 2020.

- **Communication verbale et non verbale/ la relation**

Lise n'a pas accès au langage. Elle émet toutefois de nombreuses vocalises qui ont une sonorité particulièrement grave. Nous pouvons nous demander s'il s'agit de sa voix naturelle ou bien si Lise recherche à travers cette voix des vibrations lui faisant davantage ressentir la zone oratoire de son corps. Nous donnons parfois un sens à ses vocalises qui se rapprochent souvent de mots intelligibles comme "mamam" que nous associons à "maman". Lise comprend et répond à des consignes simples : si nous lui demandons d'enlever son pouce de la bouche, elle l'enlève. Elle est aussi sensible à la prosodie de la voix : elle réagit bien aux modifications de tonalité de notre voix, ce qui fait de celle-ci un excellent support à la communication.

Lise est très peu investie dans la relation aux autres. Lorsqu'elle n'est pas stimulée par l'adulte, elle s'effondre et ne va pas chercher l'attention de l'autre. Autrement, quand des stimulations diverses lui sont proposées, elle semble plus présente et se redresse. D'autre part, la triangulation de la relation n'est pas simple pour Lise qui recherche des relations exclusives, voire parfois fusionnelles. Elle peut ainsi chercher à s'agripper à l'autre, ou à le "manger". Ces comportements d'agrippement semblent correspondre à une recherche d'adhésion à l'autre, ou bien une façon de se maintenir psychiquement et physiquement. Toutefois, dans les moments où l'hypertonie est moindre, elle nous propose une autre qualité de contact, plus doux.

- **La sensorialité**

La recherche de sensations tactiles est principalement centrée au niveau de la bouche, où elle présente des conduites de mise en bouche très envahissantes. Elle semble, d'autre part, plutôt répondre à des stimulations tactiles fortes. Lise ne réagit pas ou peu aux stimulations sensorielles au niveau des membres inférieurs. Elle apprécie également les stimulations vestibulaires.

- **Le tonus**

Lise présente une hypertonie, surtout marquée au niveau des membres inférieurs, due à la diplégie spastique. Elle a aussi d'importantes difficultés de régulation tonique. La tonicité axiale alterne entre hypotonie et hypertonie. Lorsqu'elle s'ennuie ou qu'elle n'est pas stimulée au niveau de l'axe ou de la zone orale, l'axe corporel de Lise s'effondre. Autrement, Lise se laisse submerger par les émotions qu'elle éprouve et qu'elle a du mal à contrôler, l'amenant à une hypertonie et à une agitation importante. La régulation tonique reste toutefois plus accessible lorsque Lise est amenée en position d'enroulement ou lorsque nous chantons des berceuses.

- **La motricité globale et fine**

Dans l'eau, Lise se retourne du dos sur le ventre, sûrement motivée par l'envie de boire l'eau. Lorsqu'elle est hors de l'eau, allongée au sol, Lise se retourne également sur le ventre mais n'arrive

pas à quitter cette position. Elle s'agite alors, en vain, dans des mouvements d'extension de gauche à droite. Elle peut néanmoins parvenir à se redresser sur ses bras, et soulever légèrement sa tête. La position assise n'est pas autonome et nécessite un soutien au niveau du bassin et/ou le croisement des jambes en tailleur. Lise s'agrippe à son legging pour tenter de se redresser. Elle fait ainsi preuve d'une réelle volonté de se verticaliser et de ressentir un axe qui tient. Dans l'eau, il est possible de mettre Lise en position verticale mais ce n'est pas une posture qu'elle adopte d'elle-même. Pour se maintenir en position verticale ou bien pour avancer dans l'eau, Lise bat légèrement des jambes, mais les membres supérieurs, eux, ne participent pas.

Lise attrape ou saisit de ses deux mains les objets situés dans son espace de préhension. Les attraper avec une main semble toutefois possible en prise palmaire ou cubito-palmaire. Lise peut passer l'objet d'une main à l'autre en passant par l'axe. Lorsqu'un objet est placé dans ses mains, ou à proximité, elle l'attrape de façon réflexe. Les coordinations oculo-motrices sont entravées par les troubles visuels de Lise qui ne regarde pas du tout les objets à sa portée ou qu'elle manipule.

- **Les repères spatio-temporels**

Ils sont difficilement évaluables avec la population polyhandicapée. Cependant, nous pouvons tout de même admettre que la prise de repères et la gestion de l'espace sont gênées par les troubles visuels importants que présente Lise. D'autre part, au moment d'aller en balnéothérapie, Lise montre son excitation. Nous pouvons supposer qu'elle a peut-être associé le fait que l'équipe la mette en maillot de bain, nos visages et nos tenues (peignoirs) avec le temps de balnéothérapie hebdomadaire. Ainsi, elle s'inscrirait dans une certaine temporalité.

- **L'axe corporel**

Lise présente une stéréotypie motrice très récurrente consistant à frapper dans ses mains au niveau de l'axe sans qu'aucun aspect symbolique soit associé à ce geste. Elle peut frapper uniquement dans ses mains, ou bien autour de l'objet ou de l'adulte à sa portée. Par ailleurs, Lise a souvent tendance à mettre les objets à la bouche. Le croisement de l'axe est possible mais pas systématique. Lise peut passer les objets d'une main à l'autre mais avec un passage à la bouche. Hors de l'eau, l'axe très hypotonique de Lise s'effondre. En balnéothérapie, lorsque Lise est en position d'enroulement, elle se met très souvent à sucer son pouce gauche. Hors de l'eau, au sein de son groupe, ce comportement n'est pas forcément associé à la position en enroulement mais est beaucoup plus fréquent. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette réaction est une autostimulation, ou bien une façon, encore une fois, de se rassembler au niveau de l'axe. L'hypotonie axiale ne permet pas non plus une tenue correcte de la tête qui ne tient que quelques instants dans l'axe avant qu'elle ne tombe en flexion ou en extension cervicale. La construction de l'axe corporel chez Lise est donc très fragile.

- **La représentation corporelle**

Le schéma corporel de Lise semble partiellement intégré : elle est capable d'attraper ou de s'orienter vers une partie du corps nommée. C'est par exemple le cas de sa bouche car Lise comprend la consigne d'enlever son pouce de sa bouche.

Par ailleurs, la bouche est la partie du corps que Lise investit le plus. Elle investit également d'une façon particulière ses membres inférieurs qu'elle ne peut bouger à sa guise du fait de sa pathologie. Cet investissement se retrouve lorsque Lise attrape ses jambes pour se redresser. Elle en a conscience mais celles-ci sont sûrement vécues comme un fardeau car elles dépendent du reste de son corps. Dans l'eau, elle éprouve un immense plaisir à les mouvoir, appréciant sûrement la légèreté soudaine de ses jambes.

Lise se reconnaît dans le miroir et reconnaît l'autre également. Nous supposons que l'estime que Lise a d'elle-même a été mise à mal lors de son arrivée à l'IME. Elle est passée d'un milieu ordinaire - chez elle - à une institution accueillant d'autres enfants porteurs de handicaps lourds. Durant ses premiers temps à l'IME, Lise présentait un comportement dépressif et avait des rires inappropriés. À présent, elle semble avoir pris conscience de son handicap et paraît mieux l'accepter.

- **Les fonctions exécutives**

L'attention de Lise est très difficile à obtenir car elle est davantage centrée sur elle-même, recherchant des stimulations sensorielles, plutôt que tournée vers l'autre. Toutefois, elle est capable d'attention dans des contextes particuliers (ambiances festives, dynamisme des équipes) et l'attention conjointe est possible souvent sur des moments courts et lorsque nous sommes proches de Lise physiquement. Elle est par ailleurs capable de planifier ses gestes, même s'ils manquent souvent de contrôle moteur.

Ces nombreux points mettent en relief chez Lise des perturbations concernant la zone orale, comme lors des repas ; ainsi que l'axe corporel. Nous approfondirons ces points dans la partie théorique, mais avant cela, il s'agit d'exposer clairement la problématique de Lise et d'explicitier ce qu'il se passe lorsqu'elle boit l'eau en séance et quelles en sont les conséquences.

II. Exposition de la problématique

1. Différence entre régurgitation, reflux et vomissement

Avant de traiter de la problématique de Lise, il nous faut mettre au clair les termes à employer quant aux "rejets" de Lise lorsqu'elle boit trop d'eau. Est-ce des vomissements, des régurgitations, ou bien des reflux ? Je me suis donc renseignée sur les définitions de ces termes.

Ces expressions désignent toutes un rejet de liquides ou d'aliments plus ou moins digérés, mais ils ne se déclenchent pas dans les mêmes circonstances. Premièrement, la régurgitation peut être définie comme :

“ Un trop-plein, un retour spontané de lait non digéré et sans odeur qui, habituellement, remonte dans l'heure qui suit le boire. Au niveau de la connaissance scientifique en 2020, on dit que les régurgitations sont dans les faits, un reflux physiologique normal chez les nourrissons, relié à l'immaturité du sphincter à l'entrée de l'estomac. Cela arrive très souvent au bébé qui boit rapidement, sans faire une pause, ou lors de la mobilisation après un boire [...]”.

Le reflux, lui, peut être considéré comme une régurgitation pathologique. Il est quasiment systématique à chaque fois que l'enfant boit. Il cause une inflammation et peut endommager les tissus (2).

Pour finir, le vomissement est décrit dans le Larousse comme un *“rejet par la bouche du contenu de l'estomac”*. La substance éjectée a déjà été digérée et l'odeur est donc plus forte.

Les rejets de Lise sont circonstanciels. Cela se produit uniquement dans le contexte des séances en balnéothérapie, et plus précisément lorsque Lise boit beaucoup d'eau rapidement et/ou qu'elle change trop brutalement de position ou adopte une posture en extension. De plus, le liquide éjecté n'a pas encore été digéré mais correspond plutôt à l'eau qu'elle vient de boire quelques minutes auparavant. Dans le cas de Lise, nous parlons donc plutôt de régurgitations que de vomissements ou de reflux.

2. Contexte des moments où Lise boit l'eau

Je me suis intéressée particulièrement au contexte des moments où Lise cherche à boire excessivement l'eau en séance de balnéothérapie, afin de mieux comprendre par la suite comment éviter cette situation.

J'ai pu remarquer en premier lieu que Lise a davantage tendance à boire l'eau lorsqu'elle est très excitée et dans des postures en extension. Ce sont des moments où Lise n'est pas contenue par nous ou par un matériel (frite, brassards, ou autres). Au contraire, quand elle est mise dans une posture enroulée, ce comportement s'arrête et Lise investit souvent à ce moment-là sa bouche en suçant son pouce. Nous pouvons également ajouter que Lise ne cherche plus à boire lorsqu'elle a un objet en main qu'elle peut alors mettre à la bouche.

D'autre part, c'est lorsque Lise arrive dans la salle de balnéothérapie et les premières minutes où elle est dans l'eau qu'elle est la plus excitée et présente le plus ce comportement. Elle est souvent davantage apaisée durant la deuxième moitié de séance.

3. Conséquences sur la séance lorsque Lise régurgite

Lorsque Lise régurgite, cela nécessite de nettoyer la piscine. S'il s'agit d'un petit rejet, le nettoyage s'effectue à l'aide d'une épuisette. Ce nettoyage, durant quelques minutes, rend un adulte indisponible. De plus, Lise doit être maintenue dans un autre endroit propre de la piscine. D'un point de vue relationnel, c'est un moment où nous ne sommes plus entièrement centrées sur elle. La séance est elle aussi entravée. Les propositions psychomotrices précédant l'incident sont interrompues momentanément, ce qui casse la continuité de la séance et le lien relationnel avec Lise est ainsi modifié. Dans l'autre cas, si le rejet est plus abondant, le nettoyage s'effectue avec un aspirateur aquatique. Ce dernier nécessite alors que nous sortions tous de l'eau. La séance est alors interrompue définitivement jusqu'à la semaine suivante. La rupture est donc encore plus brutale. Cette situation est frustrante autant pour nous que pour Lise qui aurait apprécié de rester plus longtemps dans l'eau. Pour éviter que Lise ne boive l'eau de la piscine, nous passons une grande partie du temps avec elle à lui soulever la tête, ou bien à la changer de position. J'éprouve parfois durant ces séances une sensation de perte de temps, une impression de déjà-vu, avec ces actes à répétition et récurrents chaque semaine. Je trouve difficile de travailler des axes thérapeutiques sereinement dans ces conditions.

Quant aux conséquences pour Lise, elles sont bien différentes de ce que l'on pourrait imaginer. En effet, lorsqu'elle vient de régurgiter, Lise se redresse et sourit. Cette expérience corporelle ne semble pas la déranger. Alors que nous pourrions penser que ces régurgitations sont désagréables, qu'elles irritent la gorge et ont mauvais goût, Lise y prend du plaisir. Quelques instants plus tard, elle réitère son comportement et peut se remettre à boire l'eau.

C'est donc nous qui sommes dérangées par le comportement de Lise, bien plus qu'elle qui semble répondre à un besoin. Il nous faut donc trouver comment l'accompagner dans cette recherche de sensations sans que cela soit aussi contraignant pour la séance. Nous allons tenter de trouver des moyens pour y parvenir en nous appuyant sur les éléments théoriques de la pathologie de Lise pour commencer, puis sur ceux de l'axe corporel et de l'oralité, pour finir avec l'étude de la médiation qui sera utilisée par la suite, à savoir l'eau.

Partie théorique

I. La pathologie

1. Les définitions du polyhandicap

Lise présente comme pathologie un polyhandicap avec diplégie spastique, comme nous l'avons vu dans la sous-partie traitant des renseignements médicaux. Voyons tout d'abord ce qui caractérise le polyhandicap, à partir de plusieurs définitions complémentaires qui nous aideront à mieux comprendre le profil psychomoteur de Lise.

Le polyhandicap est défini classiquement comme *”un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations”* (loi de 1989, annexe XXIV ter).

La notion de polyhandicap n'est utilisée qu'en France, les pays anglo-saxons préférant le terme de PIMD (*Profound Intellectual and Multiple disabilities*). Le Groupe Polyhandicap France (3) le définit comme :

“Une situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit là d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique”.

L'HAS (2020) précise, quant à l'étiologie du polyhandicap, qu'elle n'est connue que dans 70 à 80 % des cas. Lorsque c'est le cas, la cause est :

- Majoritairement prénatale (65 à 80 % des cas),
- Essentiellement génétique, comprenant des maladies neurologiques évolutives,
- Ou périnatale (10 à 15 % des cas) liée à une grande prématurité,
- Ou postnatale (10 à 15 % des cas)

Pour Lise, la cause du polyhandicap semble être périnatale, liée à sa grande prématurité.

Le polyhandicap est bien souvent associé à des surhandicaps, qui apparaissent au fil du temps et viennent aggraver le handicap déjà présent.

2. Les surhandicaps fréquents

Les surhandicaps pouvant se joindre à un handicap donné sont nombreux et n'ont pas tous les mêmes conséquences. Certains peuvent engendrer des douleurs, d'autres des troubles des fonctions physiologiques - alimentation, hydratation, respiration, sommeil, défécation et miction - qui peuvent s'avérer mortels.

- Troubles orthopédiques

Les personnes polyhandicapées présentent généralement des troubles orthopédiques associés à leur pathologie initiale. Ce sont des “*troubles affectant [...] les muscles, les capsules articulaires, les ligaments et les os*” (C. Baudry, 1999). Les déséquilibres de forces musculaires, ainsi que le maintien prolongé de positions vicieuses sont à l'origine des déformations orthopédiques. “*Des déformations et raccourcissements vont se produire et rendre la fonction motrice de plus en plus déficiente et déviante*” (C. Amiel-Tison, 1997, p. 254, citée par C. Baudry, 1999). Classiquement, nous retrouvons des luxations de hanches, des pieds en varus (en dedans), des pieds équins (hyperextension de la cheville), des rétractions tendineuses, ou encore des troubles trophiques. Dès l'enfance, des appareillages leur sont souvent proposés de sorte à limiter ces déformations. Il existe également des interventions chirurgicales dans le but d'améliorer la motricité des membres ou le redressement du rachis, comme l'arthrodèse. Lise porte des attelles aux chevilles pour limiter la position en varus de celles-ci.

- Epilepsie

L'épilepsie est l'une des comorbidités la plus couramment retrouvée chez la personne polyhandicapée, avec une prévalence de 20 à 55 % chez les enfants. Deux cas sont possibles : soit les crises font partie intégrante du syndrome neurologique, accompagnées de troubles moteurs ou encore sensoriels ; soit l'épilepsie est au centre des problèmes médicaux du sujet, comme dans le cas des encéphalopathies épileptiques (HAS, 2020, p. 31).

- Douleurs

La personne polyhandicapée présente souvent des douleurs dues à des atteintes neurologiques mais celles-ci sont en général difficiles à évaluer car les possibilités d'expression de cette douleur sont limitées. Nous observons différents types de douleur (*ibid.*, p. 35 et 36) : les douleurs nociceptives, les douleurs neuropathiques, les douleurs et souffrances d'origine psychologique, ainsi

que les douleurs liées aux soins (soin de la vie quotidienne, gestes infirmiers, ou encore soins rééducatifs).

- Troubles dentaires

Différents risques sont associés à un mauvais état de la dentition (*ibid.*, p. 37). Nous pouvons retrouver un risque de douleurs, en lien avec le fait que la zone oro-faciale est la plus innervée du corps ; une mauvaise hygiène dentaire, engendrant des caries, des parodontites, la perte des dents ou encore une mauvaise haleine ; des infections et des difficultés de mastication et de déglutition.

- Troubles de l'oralité alimentaire

Nous y retrouvons classiquement des troubles de la déglutition, caractérisés essentiellement par des fausses routes, mais également des troubles sensoriels de l'oralité avec parfois une hyper ou hyposensibilité tactile, thermique, olfactive ou gustative. Les troubles de l'oralité alimentaire comprennent aussi l'incontinence salivaire (*Ibid.*, p. 39 à 43).

- Troubles gastro-œsophagiens, œsophagite, gastrite, retard à l'évacuation gastrique

Le reflux gastro-œsophagien est très souvent associé au polyhandicap et peut générer douleur et inconfort. Des complications peuvent apparaître avec le temps comme une œsophagite peptique (ulcérations dans le bas de l'œsophage), des difficultés respiratoires (pneumopathies d'inhalation par fausses routes indirectes) ou nutritionnelles (perte de poids, dénutrition, retard de croissance) (*ibid.*, p. 43 et 44).

- Troubles vésico-sphinctériens et troubles du transit

Le dysfonctionnement vésico-sphinctérien est quasiment systématique chez le sujet polyhandicapé. La majorité présente ainsi une énurésie et une encoprésie, en partie due à une immaturité neurologique (*ibid.*, p. 56), comme c'est le cas pour Lise. De plus, nombreuses sont les personnes polyhandicapées présentant une constipation. Celle-ci peut avoir différentes causes comme un défaut de station debout, de marche et de mobilité, un manque de fibres dans l'alimentation, un manque d'hydratation, une hypotonie axiale diminuant la force de la poussée, etc. La constipation engendre un inconfort important et parfois des douleurs (*ibid.*, p. 46 à 48). Lise est souvent constipée, ce qui peut potentiellement être une source d'agitation motrice.

- Troubles nutritionnels

La dénutrition est observée avec une prévalence de 66 % chez les enfants porteurs de polyhandicap, et de 60 % chez les adultes. Elle est en partie due à des troubles déjà cités comme un mauvais état de la zone bucco-dentaire, des reflux gastro-œsophagiens, des troubles de la mastication, des troubles de la déglutition ou encore des troubles de la sensibilité orale. Les principales

complications sont des infections, une fonte musculaire, une ostéoporose, et des troubles trophiques (escarres) responsables de douleurs. Pour ceux présentant des troubles de la déglutition, ou ceux refusant de manger, il peut leur être proposé une alimentation entérale par sonde nasogastrique (sonde passant par le nez et rejoignant l'estomac), ou par gastrostomie percutanée endoscopique (sonde reliant l'estomac à un bouton situé sur le ventre, entre les côtes et le nombril) (*ibid.*, p. 48 à 52).

- Troubles respiratoires

Sur le plan respiratoire, les personnes polyhandicapées sont vulnérables. En effet, les fausses routes, l'inefficacité de la toux, les troubles neurologiques et bien d'autres, s'opposent à une respiration fluide et maîtrisée. Les troubles respiratoires représentent 50 à 80 % des causes de décès, constituant ainsi la principale cause de mort chez les personnes polyhandicapées (*ibid.*, p. 52 à 55). Lise ne semble pas particulièrement à risque de fausses-routes, ce qui ne constitue pas notre motif principal d'intervention face au fait qu'elle boive l'eau en balnéothérapie. Elle ne s'est jusque-là jamais étouffée en séance.

Lise présente en effet certains de ces surhandicaps en association à son polyhandicap. La diplégie spastique prend elle aussi une place à part entière dans ce tableau pathologique.

3. La diplégie spastique

La diplégie spastique, également appelée "*Syndrome de little*", fait partie des syndromes spastiques. Cette paralysie cérébrale est la plus répandue (40 % des paralysies cérébrales). Elle se caractérise par une paraplégie spasmodique. Le Larousse médical (Wainsten, 2017) la définit comme une "*Infirmité motrice cérébrale apparaissant dès les premiers mois de la vie, le plus souvent chez des enfants prématurés ou victimes d'un accouchement difficile ayant entraîné une insuffisance de l'oxygénation du cerveau*". La diplégie spastique est due à une leucomalacie périventriculaire, lésion cérébrale située sur le passage du faisceau pyramidal.

Cette lésion engendre les symptômes caractéristiques de ce syndrome : des troubles moteurs, des troubles toniques, une spasticité avec exagération des réflexes ostéotendineux entre autres. La spasticité, principale manifestation de la diplégie spastique, correspond à "*une atteinte du système pyramidal. Elle se présente comme une hypertonie musculaire élastique qui intéresse les muscles les plus volitionnels, avec prédominance sur les fléchisseurs aux membres supérieurs et les extenseurs aux membres inférieurs*" (J.-C. CARRIC, cité par Baudry, 1999).

Nous pouvons également retrouver en association à cette pathologie la présence de syncinésies ainsi que du réflexe de Babinski, témoignant d'un trouble neurologique. Amiel-Tison (1998, p. 104) énonce que c'est au cours de la première année de vie que la pathologie se développe

le plus. Par ailleurs, la diplégie spastique n'influe pas sur les compétences cognitives des individus mais induit uniquement un handicap physique. Selon Baudry, la prématurité engendrerait une lenteur dans les différentes étapes du développement de l'enfant. Premièrement, le tonus postural se rapproche de la normalité. En revanche, l'hypertonie physiologique en flexion perdure plus longtemps que chez le bébé ne présentant pas de diplégie spastique (Baudry, 1999).

Dans certains cas sont associés une déficience intellectuelle, des difficultés d'apprentissage, des convulsions, un retard de croissance, des anomalies au niveau de la colonne vertébrale, une arthrose, une vision altérée, des difficultés de langage, ou encore une perte de contrôle urinaire (4). Nous retrouvons ainsi des caractéristiques rejoignant celles du polyhandicap et des surhandicaps éventuellement possibles.

Les facteurs de risque peuvent être une naissance prématurée, un poids léger à la naissance, une infection ou de la fièvre pendant la grossesse, un accouchement en siège, un faible score d'Apgar etc. (*ibid.*).

En vue des éléments inscrits dans le dossier médical de Lise, nous pouvons alors émettre des hypothèses quant à la cause de sa diplégie spastique. Nous savons que Lise est une grande prématurée, ce qui constitue déjà un facteur de risque. D'autre part, la naissance a eu lieu dans un contexte d'infection fœto-maternelle, élément qui est aussi indiqué comme facteur de risque d'une diplégie spastique. Ces deux facteurs ont donc pu causer cette atteinte. Une leucomalacie périventriculaire fut détectée par IRM suite à la naissance de Lise, permettant d'objectiver la diplégie spastique.

Le polyhandicap et la diplégie spastique ont éminemment des conséquences psychomotrices sur les sujets atteints.

4. La sémiologie psychomotrice du polyhandicap et de la diplégie spastique

Nous retrouvons chez les personnes porteuses de polyhandicap des niveaux d'acquisitions psychomotrices bien inférieurs à ceux attendus pour l'âge réel de l'enfant dans tous les domaines. La diplégie spastique amène elle aussi des conséquences psychomotrices, venant s'ajouter au tableau pathologique du polyhandicap. Voyons donc lesquelles à travers les différents items psychomoteurs.

- **La sensorialité**

La personne polyhandicapée est, la plupart du temps, au stade sensori-moteur décrit par Piaget (1998): elle cherche à découvrir son environnement par l'intermédiaire de ses sens. La sensorialité occupe donc une place primordiale. Certains peuvent présenter une hyposensibilité ou une hypersensibilité face à certaines stimulations. De plus, l'environnement peut vite devenir dystimulant

car le sujet polyhandicapé éprouve de grandes difficultés à mettre du sens sur les flux sensoriels qu'il ressent et qu'il n'intègre pas.

En outre, les troubles sensoriels sont très courants chez les personnes polyhandicapées (5). Parmi eux, il y a tout d'abord les troubles auditifs. L'atteinte peut aller d'une hypoacousie à une surdité, qui peut impacter le langage, la parole, et la socialisation. Nous pouvons retrouver également des troubles de la sensibilité superficielle (insensibilité à la douleur, température, vibrations) et de la sensibilité profonde (de la proprioception, d'autant plus impactée quand il y a des troubles visuels). Les troubles visuels, fréquents dans le polyhandicap avec une prévalence de 20 %, font aussi partie des symptômes liés à la diplégie spastique. Les plus répandus sont un strabisme, des troubles de l'acuité visuelle, des troubles de la poursuite oculaire, ou encore un nystagmus.

- **Tonus et posture**

Selon les pathologies, les enfants ou adultes polyhandicapés présentent des troubles du tonus par excès, avec une hypertonie retrouvée par exemple dans les formes spastiques de paralysie cérébrale ; ou par défaut, avec une hypotonie plutôt caractéristique des syndromes cérébelleux. Ces troubles toniques engendrent des troubles de la posture, notamment au niveau de la tenue de tête, ou encore de la position assise. De plus, des dystonies peuvent être constatées (HAS, 2020, p. 19 et 20). Dans tous les cas, il existe une difficulté de régulation tonique.

La diplégie spastique, comme nous l'avons vu, est caractérisée par une hypertonie spastique, majoritairement au niveau des membres inférieurs. Celle-ci contraste avec une hypotonie axiale courante rendant la tenue de tête difficile. Vasseur (2009) énonce que la diplégie spastique se caractérise par un tonus axial anormal et un schéma en extension avec une hypertonie postérieure fréquente. La posture des personnes atteintes présente une asymétrie marquée. Souvent, elles empruntent une position en batracien. Pour finir, peu de dissociations des ceintures sont observées.

- **Communication/relation à l'autre**

Les capacités de communication du sujet polyhandicapé sont perturbées par des troubles moteurs, perceptifs et cognitifs également présents. L'enfant n'a généralement pas accès au langage, ou alors très peu. La majorité du temps, il vocalise, émet des onomatopées, répète des syllabes, répond en écholalie, ou emploie quelques mots.

“La personne accédant peu au langage oral, sa communication reste souvent non-verbale. Elle passe alors par la posture, les mimiques, les regards, les intonations, le pointage, le comportement, eux aussi parfois perturbés par les troubles moteurs et sensoriels, ou par des événements indésirables (environnement, douleurs, émotions...)” (HAS, 2020, p. 62).

Selon Fröhlich, l'enfant est surtout centré sur son propre corps et se voit comme "*le centre du monde*". Il a besoin d'une communication dyadique avec des échanges corporels et perceptifs. Il éprouve d'autre part un intérêt plus marqué pour les objets proches de son corps (Ponsot, 1995, p. 121).

- **Espace/temps**

Ces pathologies limitent l'investissement et l'exploration spatiale. Apparaissent alors des difficultés d'orientation, de structuration et d'organisation spatiale. L'organisation temporelle s'en voit altérée tout comme la structuration rythmique. Par ailleurs, les troubles visuels peuvent avoir pour conséquence des troubles visuo-spatiaux.

- **Motricité globale**

Le polyhandicap est associé à un contrôle moteur déficitaire, notamment au niveau du tronc et des membres, dus particulièrement aux troubles du tonus musculaire et de la commande motrice (HAS, 2020, p. 19). La motricité est plus ou moins impactée selon la nature du handicap. Elle peut atteindre la mobilité des différentes parties du corps, la locomotion, ou encore la déglutition. Très rares sont les enfants polyhandicapés qui parviennent à marcher, ou bien avec une aide technique et un risque de chute important. La motricité globale est donc généralement très restreinte et le retard dans les acquisitions psychomotrices est conséquent. De plus, les personnes porteuses de polyhandicap portent souvent des attelles dans le but de limiter les déformations, et de conserver une certaine amplitude articulaire. Celles-ci limitent aussi leur mobilité et les astreignent à un éventail de positions restreint.

La diplégie spastique entraîne également un retard des acquisitions psychomotrices. De plus, certains présentent de nombreux mouvements stéréotypés, engendrant une motricité volontaire plutôt pauvre (Baudry, 1999).

- **Motricité fine**

La motricité fine est elle aussi atteinte. D'une part, la prise des objets, quand elle est possible, se fait le plus souvent en prise palmaire ou cubito-palmaire. D'autre part, les troubles visuels peuvent occasionner des difficultés de coordination visuo-manuelle.

Dans la diplégie spastique, la motricité fine est également impactée : l'enfant peut présenter des troubles praxiques, entravant surtout la programmation gestuelle qui se fera essentiellement en pièce à pièce.

- **Schéma corporel/image du corps**

Le polyhandicap comme la diplégie spastique sont associés à un défaut d'intégration du schéma corporel du fait d'un manque d'expériences motrices, sensorielles et sensibles. Ainsi, les effets notables sont une mauvaise perception, voire une absence de perception des limites de son corps et des parties qui le composent (*ibid.*). Les personnes atteintes de diplégie spastique ont également une image d'elles-mêmes très dévalorisée par la conscience de l'image qu'elles renvoient aux autres, ainsi que par la difficulté qu'elles éprouvent dans les apprentissages au quotidien.

- **Fonctions exécutives**

La déficience intellectuelle sévère ou profonde caractérisant le polyhandicap induit des capacités cognitives très limitées, notamment quant aux fonctions exécutives. Les capacités d'attention du sujet polyhandicapé sont souvent réduites car il se fatigue rapidement. La diplégie spastique n'est quant à elle pas responsable de troubles cognitifs.

- **Troubles psycho-affectifs et comportementaux**

Les personnes polyhandicapées peuvent présenter une immaturité psycho-affective, avec une difficulté dans la régulation de leurs émotions, dans la gestion de la séparation ou de leurs sensations. Elles peuvent également avoir des troubles du comportement tels qu'un repli, ou bien des conduites auto ou hétéroagressives. Nous pouvons aussi ajouter que la différenciation et l'identification dans la relation sont troublées, et les sujets polyhandicapés sont souvent dans un collage et une fusion à l'autre.

- **Axe corporel et latéralité**

Les enfants polyhandicapés, souvent en fauteuil, bénéficient de très peu d'expériences sensori-motrices. Or, c'est par la répétition d'expériences sensori-motrices que l'enfant construit progressivement son axe corporel, processus que nous approfondirons plus loin. Cette construction est donc très fragilisée dans cette population et cela a pour conséquence une tendance de ces enfants à rassembler leurs mains au niveau de leur bouche et de l'axe corporel, ainsi qu'une tendance à développer des conduites d'agrippement.

La spasticité importante au niveau des membres inférieurs dans la diplégie spastique ne permet pas à l'enfant d'exercer les schémas moteurs classiques (R. Vasseur, 2009). Nous pouvons donc également constater une difficulté d'intégration de l'axe corporel chez ses enfants.

Ces troubles de l'axe corporel, que nous avons également notés dans l'anamnèse psychomotrice de Lise, sont hypothétiquement en lien avec son investissement de la zone orale. Nous

allons voir en quoi ils sont interdépendants à travers l'étude du développement de l'axe corporel dans un premier temps, puis de l'oralité.

II. Le développement de l'axe corporel

1. Introduction sur l'axe corporel

Comme vu ci-dessus, le polyhandicap et la diplégie spastique influent sur l'axe corporel. Pour essayer de mieux comprendre les difficultés rencontrées par Lise, nous examinerons dans un premier temps les différentes définitions de l'axe corporel élaborées par des psychologues et psychomotriciens. Nous verrons ensuite comment il se constitue dans les premières années de la vie et enfin, quels aspects pathologiques apparaissent lorsqu'il y a une faille dans cette construction de l'axe.

Il existe de multiples définitions de l'axe corporel. Les uns abordent le sujet par une approche anatomique, et les autres par une approche spatiale, instrumentale ou encore relationnelle. Premièrement, Albert Coeman décrit l'axe anatomique comme l'axe passant par le trou occipital, le centre de L3, les coxo-fémorales, le centre des genoux, ainsi que par les malléoles. Ces points forment ensemble un "*mas central*" antigravitaire (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012). Cette première définition anatomique de l'axe corporel met en valeur la localisation "centrale" de l'axe, ainsi que son caractère porteur pour le corps : le mas s'édifie verticalement, il tient les voiles et permet au bateau d'avancer, tout comme l'axe corporel qui tient notre corps et le guide dans le mouvement.

B. Lesage, très influencé par l'univers de la danse, nous propose une définition spatiale de l'axe corporel. Pour lui, l'axe "*est une direction autour de laquelle la structure et les mouvements s'organisent*" (Lesage, 2014, p. 52). Il est comme une "*ligne virtuelle qui est une résultante d'équilibre, autour de laquelle s'organise l'ensemble du corps. L'axe peut se définir par sa fonction spatiale, en tant que ce qui différencie et relie les grandes polarités de l'espace*" (*ibid.*, p. 44). C'est à partir de l'axe que le reste du corps s'articule dans l'espace :

- **Dans l'axe longitudinal**, à travers les jeux de verticalisation du corps par l'édification de l'axe corporel, que l'enfant expérimente principalement durant sa première année de vie avant que la station debout soit acquise ;
- **Dans l'axe transversal**, mobilisant les hémicorps de part et d'autre de l'axe corporel. C'est un axe dans lequel vont s'effectuer les croisements de l'axe et les dissociations des ceintures, permettant notamment les retournements du bébé ;

- **Et dans l'axe antéro-postérieur**, correspondant aux schèmes de flexion et d'extension. Quelques mois seront nécessaires au bébé pour qu'il parvienne à maîtriser les mouvements dans cet axe, indépendamment du soutien de l'adulte.

Par ailleurs, l'évolution motrice obéit à une loi de succession, elle-même composée de deux lois. Celles-ci suivent la maturation neurologique du cerveau et prennent l'axe du corps comme principale référence. Nous retrouvons :

- **La loi céphalo-caudale** : cette loi implique que plus les muscles se situent proches du système nerveux central, plus ces muscles seront sous un contrôle du mouvement volontaire et non plus réflexe. C'est une loi descendante marquée par une série d'étapes dans la coordination statique. C'est pourquoi le bébé commence par tenir sa tête, ensuite son dos, et seulement après la station debout lui sera possible et il tiendra sur ses jambes.
- **La loi proximo-distale** : contrairement à la précédente, cette loi considère l'évolution des compétences motrices du bébé selon un axe horizontal, et non plus vertical. Selon elle, les muscles situés au plus proche de l'axe du corps seront contrôlés volontairement avant ceux situés les plus en périphérie. Cette loi est marquée par une série d'étapes dans la coordination fine. C'est ainsi que l'enfant contrôle tout d'abord ses bras, puis ses mains, et enfin ses doigts.

À partir de ces deux lois, l'axe va progressivement se constituer afin de devenir un réel support physique et psychique pour l'enfant. Explorons son développement à travers les travaux de Bullinger.

2. L'axe corporel chez l'enfant né à terme

Dans le ventre de la mère, le fœtus est en apesanteur. Il répond parfois à des stimulations sensorielles intra-utérines par des postures en hyperextension. L'utérus maternel réplique en se contractant, ce qui a pour effet de ramener et de maintenir le fœtus en enroulement (Bullinger, 2004). De plus, l'utérus couvre une majeure partie du dos du fœtus et constitue ainsi pour lui un arrière-plan constant (Haag, 2018, p. 71).

À la naissance, la gravité écrase le corps du nourrisson au sol. Il perd ses moyens d'enroulement assurés auparavant par les parois utérines. À présent, c'est le portage de la mère qui lui apporte cet enroulement, ainsi que l'arrière-plan qui lui manque. Ensuite, le nouveau-né devra progressivement se tenir seul, indépendamment de la mère. Il lui faudra alors se constituer un axe solide pour contrer les forces de la pesanteur et parvenir à se mouvoir librement dans le milieu aérien. A. Bullinger traite particulièrement de cette étape du développement de l'enfant (Bullinger, 2004, p. 136 à 143). Nous nous appliquerons à décrire ici la construction progressive de l'axe corporel chez le bébé à travers plusieurs étapes.

Bullinger énonce que le nourrisson présente, dans ses premiers temps de vie, des postures de regroupement des membres en son centre. Ce sont des postures visant à le protéger dans le sens où elles l'apaisent et le rassemblent. Ces postures sont principalement symétriques et sont caractérisées par une forte hypotonie du tronc et une hypertonie des extrémités. En position assise, le nouveau-né présente une cyphose dorsale très prononcée. Il est comme enroulé sur lui-même.

Par ailleurs, ces postures symétriques privilégient l'accès à l'espace oral. Celui-ci est très sollicité par la succion notamment, ou encore par les mouvements de la langue, la salivation importante, etc. Ces stimulations favorisent la coordination respiration/déglutition.

Les premiers redressements peuvent apparaître par l'extension de la musculature du dos. Ils vont s'appuyer sur la respiration. Pour tenter de pallier l'hypotonie axiale, le bébé utilise le tonus pneumatique pour maintenir une posture ; c'est-à-dire qu'il retient sa respiration pour ne pas tomber. Le déficit de tenue de l'axe est compensé par le blocage de la respiration. Cette technique reste très précaire car respiration et musculature du dos vont dans le même sens, autrement dit contre le flux gravitaire. Si le point d'équilibre est dépassé, ces trois forces l'entraînent dans une chute en arrière.

3. L'évolution de la construction de l'axe corporel

Bullinger expose ensuite l'évolution progressive de la construction de l'axe corporel. Il affirme que *“les progrès du redressement apparaissent lorsque la musculature assurant la flexion se met en place”*. L'enfant acquiert peu à peu l'espace de la pesanteur : apparaît alors un juste équilibre entre l'avant et l'arrière du tronc, soit un équilibre entre flexion et extension du tronc que Bullinger nomme *« l'haubanage »*. Il est permis par l'action conjointe des muscles extenseurs et fléchisseurs du buste. Dès lors, la respiration perd sa fonction de tonus pneumatique. La cyphose est moins importante. Le nourrisson n'est alors plus dans des conduites en extension mais se redresse. Ainsi, il stabilise sa posture et lutte contre les variations extérieures.

Lorsque le redressement est acquis, à travers l'haubanage du tronc, le bébé commence à maîtriser les rotations. Elles sollicitent les muscles de la torsion du buste. Elles permettent une dissociation des ceintures scapulaires et pelviennes, amenant une différence de répartition tonique des espaces droit et gauche du corps. Le nourrisson déploie alors des postures visant à s'orienter vers les objets de son milieu : les postures asymétriques. Elles correspondent à un schéma

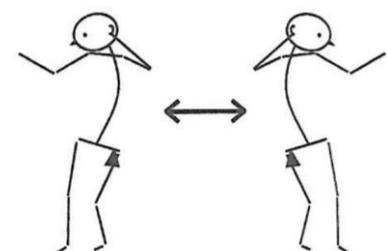


Fig. 2 a

postural de type *ATNP* (Asymmetric Tonic Neck Posture). On les appelle également *“postures de l'escrimeur”* (voir Fig. 2a). Dans ces postures, le tonus est réparti d'une certaine façon. *“Le côté où la tête est tournée est plus tonique, le bras de ce côté est le plus souvent en extension, la main dans*

la zone de vision focale”. La main située du côté tonique” assurera les conduites de pointage” (Bullinger, 2004, p. 125 et p. 139-140).

Bullinger dit que « *dans ces positions, le contrôle de la tête est meilleur qu’en position symétrique, la courbure de la colonne assure un appui sur l’ischion opposé au côté où la tête est tournée* ». Cette posture détermine deux espaces disjoints - droit et gauche - qui seront mis en lien par la bouche, celle-ci servant de relais. Le bébé revient alors à une position symétrique. L’unification de ces deux espaces par le relais oral crée l’espace de préhension unifié.

Il s’agit ensuite pour le bébé de passer d’une posture à son inverse, rendue difficile par le déficit de tonus axial du nouveau-né. Ce changement de posture amène une torsion de l’axe et nécessite un mouvement de bascule latérale. “*Les appuis au niveau du bassin s’inversent tout comme la courbure de la colonne vertébrale. Cette modification des appuis entraîne l’inversion de la répartition tonique entre les hémicorps*”.

Par ces différents jeux de torsions et d’enroulement, le bébé intègre son axe corporel, ce qui lui donne progressivement accès à la verticalité.

4. La verticalité

Le nouveau-né se lance dès la naissance dans une quête de la verticalité. Durant toute sa vie, il ne cessera de résister à la gravité. Lorsqu’il sort du ventre de sa mère, il arrive généralement la tête la première, et toute la longueur du reste de son corps suit. C’est une première expérience de la verticalité plutôt étrange qu’il fera à cet instant, en plus du sentiment de pesanteur qu’il ne connaissait pas auparavant. Quelques heures après sa venue au monde, le nouveau-né réalise ses premiers pas grâce au réflexe archaïque de la marche automatique, présent chez le nouveau-né à la naissance. Mais le bébé perd très vite ce schème de la marche et devra le réapprendre dans les mois à venir.

La verticalité, ce n’est pas seulement être debout. L’enfant expérimente pendant huit mois la verticalité au sol avant de se mettre debout : se redresser sur ses avant-bras, s’asseoir, se mettre à quatre pattes, ou encore en position du chevalier servant. Cette verticalité progressive est en lien avec la myélinisation. Elle se constitue en suivant le développement psychomoteur de l’enfant.

Pour Ponton (2012, p. 55), la verticalité débute tout d’abord par l’expérimentation de la résistance du sol. Lorsque l’enfant se pose et se repose sur le sol, il éprouve la résistance de celui-ci et va ensuite l’utiliser pour s’en extraire, se propulser vers l’avant, se hisser vers le haut puis se repousser dans toutes les directions. L’enfant apprend progressivement à se stabiliser et à trouver son équilibre assis, équilibre alors permis par le bassin. Puis quelques mois plus tard, il se met debout, tenant sur ses deux jambes.

L'accès à la verticalité met en jeu les repoussés au sol. Lesage indique qu'il existe une dialectique entre poids, appui et repoussés. Il est indispensable pour se redresser que l'enfant puisse donner son poids et prendre appui, car cela va permettre la modulation tonique et la mise en place des coordinations motrices. Mais prendre appui suppose un support de qualité. D'une part, l'enfant doit disposer d'un bon support physique, avec la nécessité d'avoir un sol adapté : ni trop mou car l'appui est alors impossible, et ni trop dur car cela engendre une rigidification posturale de l'enfant. D'autre part, le support psychique est tout aussi essentiel, d'où l'aspect central de proposer un portage sécurisant et du *holding* (Lesage, 2015). Le *holding*, d'après Winnicott (1997), correspond au portage à la fois physique et psychique de l'enfant par la mère.

D'autre part, le bassin occupe une place importante dans la verticalité. Il occupe deux fonctions principales : devenir le centre des mouvements ainsi que de recevoir l'axe et lui donner appui (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012).

Par ailleurs, la verticalisation correspond à un redressement du corps, plus ou moins dans son entièreté. Le redressement est un processus qui intègre la pesanteur. Il se construit étage par étage au fil du développement psychomoteur et permet l'accès à une verticalité portée et contrôlée avec modulabilité et fluidité. Il met en jeu la musculature profonde. Lorsque ce redressement est acquis, il permet au sujet un ajustement de son axe dans le but de s'orienter librement dans les différents plans de l'espace. En outre, le redressement permet de stabiliser la posture et de lutter contre les variations de l'extérieur, comme lors de la position assise (*ibid.*).

Lorsque l'enfant repousse le sol pour se redresser, il met en action à la fois ses capacités d'enroulement et de redressement. “[...] Tous les acquis, toutes les étapes antérieures préparent et construisent la verticalité”.

De multiples étapes sont donc nécessaires à la construction de l'axe corporel. Seulement parfois, certaines atteintes viennent rompre ce processus et engendrent des postures ou comportements pathologiques.

5. Les aspects pathologiques de l'axe corporel

Nous avons vu précédemment la mise en place de posture asymétrique de type *ATNP* lors de la construction normale de l'axe corporel. Mais Bullinger décrit également les postures *ATNR* (*Asymetric Tonic Neck Reflex*). Elles peuvent apparaître dans le développement normal de l'enfant mais sont pathologiques si elles perdurent. Nous y retrouvons une hyperextension du buste, une inversion des points d'appuis avec l'appui du côté où la tête est tournée, une courbure de la colonne inversée, et un rejet en arrière de la tête (voir Fig. 2b). Cette posture ne permet pas les rotations

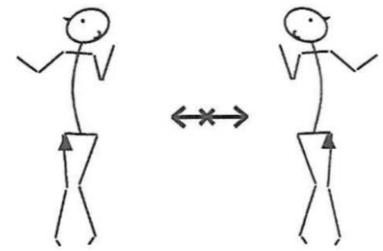


Fig. 2 b

du buste, engendre une difficulté à joindre les mains et rend les coordinations visuo-manuelles difficiles. Le passage à la posture inverse est quasiment impossible, de par un effondrement tonique, ou de par une mise en extension excessive qui verrouille le buste dans cette position (Bullinger, 2004, p. 42 et p. 125).

Exemple clinique : durant le groupe “Jeux découvrir”, nous pouvons constater que Lise prend des postures de type *ATNR*. Lorsqu'elle est mise au sol, son corps bouge en un bloc. Elle parvient à se retourner sur le ventre non pas par l'enroulement mais par l'hyperextension, étant appuyé sur l'ischion du côté où elle regarde. Une fois sur le ventre, elle ne parvient pas à se retourner sur le dos.

La prématurité peut elle aussi causer des troubles concernant l'axe corporel. En effet, les bébés prématurés sont souvent transférés dans des services de néonatalogie où ils sont mis en couveuse. Ils se retrouvent alors principalement en décubitus dorsal. Nous constatons souvent chez ces bébés des postures symétriques, non pas en enroulement avec les membres regroupés au centre comme pour les bébés nés à terme, mais dans une posture pathologique avec les bras en chandelier et l'axe en hyperextension. Les possibilités d'exercer une motricité libre et spontanée sont restreintes et le prématuré ne dispose pas des moyens pour se rassembler et s'auto-apaiser. De surcroît, l'environnement dans ces services est souvent dystimulant : les machines font beaucoup de bruits, le prématuré subit de nombreux soins, plusieurs soignants peuvent le contacter simultanément, etc. Toutes ces stimulations ne peuvent être intégrées par le bébé qui bénéficie d'un système encore trop immature. De ce fait, il y répond par une hyperextension.

Bullinger souligne que le schéma en hyperextension entraîne une perte du lien visuo-manuel nécessaire à l'exploration. Les fonctions instrumentales ne peuvent donc pas être mises en place.

L'extension, contrairement au redressement, est un processus qui lutte contre la pesanteur. Le redressement n'est pas acquis et cela est à l'origine d'un contrôle de la verticalité dominée par la rigidité. Cette fois-ci, c'est la musculature superficielle qui est sollicitée. Le sujet manque de stabilité, et "se tenir" demande alors beaucoup plus d'effort. L'extension répond à la loi du "*tout ou rien*". Par ailleurs, nous retrouvons des comportements en agrippement, alternant avec un lâcher prise. L'axe corporel n'est alors pas intégré mais l'individu tente de combler ce manque de tenue par une "*structure de support*" de l'axe, basée sur une importante tonicité (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012). Les mouvements de frappes des mains au niveau de l'axe que présente Lise, peuvent alors être perçus comme une structure de support lui offrant le dur qu'elle ne trouve pas dans son axe ni dans ses jambes.

Haag (2018) utilise le terme de clivage vertical pour traiter de la non-intégration de l'axe du corps. Maes (2005) donne comme définition du clivage l' "*opération par laquelle on constitue deux objets partiels à partir d'un objet total*". Tandis que le clivage horizontal distingue le haut et le bas du corps, le clivage vertical différencie les hémicorps droit et gauche. Haag énonce que ce clivage est responsable d'une hypertonie permanente de compensation. Elle indique également que lorsqu'il y a un défaut d'arrière-fond sont observés des comportements d'agrippement : le dos - et donc par extension l'axe corporel - n'a pas été intégré comme sécurisant et des points d'accrochage sont nécessaires. En effet, la bouche peut parfois prendre ce rôle lorsque celle-ci est toujours investie comme relais entre les deux hémicorps face au défaut d'intégration de l'axe corporel.

Nous constatons ainsi le lien étroit qu'il existe entre le développement de l'axe corporel et le recours à l'espace oral au cours de la construction de l'axe corporel, mais également dans la pathologie. Examinons maintenant la construction de l'oralité afin de nous apporter davantage d'éléments de compréhension sur le besoin de tout mettre à la bouche de Lise.

III. Le développement de l'oralité

1. Généralités sur la bouche

Avant de traiter l'oralité dans ses détails, à travers sa mise en place et son développement, définissons tout d'abord ce qu'est la bouche. D'un point de vue étymologique, ce terme est issu du Latin "*os*", "*oris*" qui signifie "*bouche*" et "*oro*" qui signifie "*parler*".

Différents sens lui sont attribués. Premièrement, le *Petit Larousse illustré* (1979, p. 130) la définit comme la "*partie initiale du tube digestif, cavité limitée par les lèvres, les joues, le palet et le plancher buccal, communiquant en arrière avec le pharynx par l'isthme du gosier, et contenant la langue et les dents*". Nous retrouvons la fonction alimentaire de la bouche dans certaines expressions

communes comme “*porter un aliment à la bouche*” ou encore “*en avoir l’eau à la bouche*”, expression imagée désignant la salivation provoquée par la vue d’un aliment appétissant. La fonction phonatoire apparaît elle aussi dans les expressions françaises comme “*motus et bouche cousue*”, “*enlever les mots de la bouche*”, “*fermer la bouche à quelqu’un*” ou “*ouvrir la bouche*”. Ces dernières expressions soulignent le sens de la bouche comme orifice et lieu d’ouverture entre deux espaces distincts : “*bouche de métro*”, “*bouche d’égout*” ou encore “*bouche d’aération*”.

L’ensemble des associations de sens autour de la bouche gravite autour de ce dernier. La bouche, en tant qu’orifice, est le lien d’entrée et de sortie des mots lorsque nous parlons, des aliments lorsque nous mangeons, de l’air lorsque nous respirons. La bouche trouve ainsi une fonction d’interface entre l’intérieur et l’extérieur ; comme les autres orifices du corps humain (le nez, les oreilles, l’anus, les organes génitaux).

En outre, selon Pebret (2003), “*la bouche est tapissée d’une muqueuse non kératinisée*”. La muqueuse buccale est alors extrêmement fine. Elle dispose de davantage de récepteurs sensoriels que d’autres parties du corps.

Dans la modélisation 3d de l’homonculus sensoriel de Penfield², les mains ainsi que le visage - notamment au niveau de la bouche, des lèvres, des dents et de la langue - sont les parties du corps représentées comme les plus proéminentes.

Cette hypersensibilité buccale explique pourquoi la bouche constitue une zone érogène, susceptible d’engendrer des sensations de plaisir lorsqu’elle est contactée. Par ailleurs, deux personnes qui s’affectionnent s’embrassent avec leur bouche. La bouche peut donc avoir une fonction affective dès le début de la vie. En effet, la bouche subit une maturation physiologique et sensorielle précoce. Elle est très tôt investie comme un outil relationnel et libidinal et prend une place prépondérante dans le développement affectif du bébé dans ses premiers mois de vie. Elle constitue une zone présentant de nombreux récepteurs sensoriels et qui acquiert vite une motricité de qualité. La bouche prend, dès la naissance, un rôle fondamental dans la relation à l’autre (Pireyre, 2011, p. 83-84).

L’oralité connaît des évolutions décisives entre la période gestationnelle et l’âge de deux ans environ dont il convient de faire état.

² Cf. *infra*, Annexe I, p. I

2. Les bouleversements au moment de la naissance

In utero, l'embryon puis le fœtus sont alimentés en continu par le cordon ombilical. Dès la douzième semaine, on note des comportements de lapage et de déglutition dans lesquelles sont particulièrement mobilisés la mandibule et de la voûte palatine. Il s'agit du premier espace où des fonctions instrumentales se manifestent. À cette période, la succion est inutile car il n'y a pas de différence de pression entre l'intérieur et l'extérieur : il suffit au fœtus de laper pour déglutir. Cet automatisme prépare la succion.

Il existe également des flux tactiles *in utero*. En effet, le sens tactile est le premier sens à apparaître. Vers la sixième semaine de gestation, des réactions primitives de la bouche émergent suite à certains stimuli, puis dès la septième et huitième semaine de gestation, des récepteurs tactiles naissent au niveau de la bouche. Ainsi, les expériences olfactives, gustatives et tactiles sont probablement les premières sources de plaisir pour le fœtus.

Ajoutons que l'oralité alimentaire se développe dès les premiers mois de grossesse avec la mise en place des réflexes oraux comme la succion. L'action de succion/déglutition se met en place dans les dernières semaines de gestation (vers trente-quatre semaines d'aménorrhée).

À la naissance, le nouveau-né n'est plus nourri en continu comme dans le ventre de sa mère. Par conséquent, il éprouve une perte de la continuité olfactive et gustative. Nous observons alors une chaîne narrative du repas, caractéristique de l'espace oral décrit par Bullinger. Elle se compose d'une phase de mise en forme (appétence, recrutement tonique), d'olfaction, de capture, de succion, de déglutition et se termine par l'apparition d'un sentiment de satiété, associé un aspect hédonique pour le bébé.

Cette chaîne induit la conscience de la satiété par la rythmicité des repas. En effet, le bébé se remplit et se vide alternativement, et c'est ainsi que se constitue un sentiment de contenance. Une première rythmicité s'instaure alors à travers cette alternance entre les temps de repas et les temps de latence. C'est par le relâchement tonique entraîné par la satiété que le nourrisson assimile progressivement la conscience du plein et du vide.

3. Le premier semestre de vie

Catherine Thibault distingue l'oralité alimentaire et l'oralité verbale. Ces deux dernières évoluent parallèlement au stade de développement de l'oralité du bébé : d'une part l'oralité primaire pendant le premier semestre de vie, d'autre part l'oralité secondaire pendant le deuxième semestre.

Premièrement, l'oralité primaire est une période caractérisée par des comportements réflexes chez le nouveau-né, parmi lesquels le réflexe d'agrippement, l'émission de cris, ou encore la succion déglutition. Le tronc cérébral intervient majoritairement dans cette oralité, responsable des comportements réflexes.

En premier lieu, l'oralité verbale est caractérisée par les cris, les vocalisations, ainsi que les réflexes. Au stade du cri, il s'agit plutôt d'une oralité préverbale. Thibault affirme que *“La bouche est le lieu du premier plaisir, comme de la première expression”*, et à cette période, nous retrouvons chez le bébé *“des vocalisations réflexes ou quasi-réflexes, où se mêlent cris et sons végétatifs (bâillements, gémissement, soupirs, raclement). [...] L'enfant joue avec sa voix”*.

Ensuite, l'oralité alimentaire est caractérisée par le réflexe de succion, présent dès la naissance chez le nouveau-né : *“Le réflexe de succion est déclenché par toutes les stimulations sensorielles des lèvres, de la muqueuse du prémaxillaire ou de la langue, étayé par des afférences sensorielles, tactiles, gustatives et olfactives, et par des stimuli de la faim”*. Le nouveau-né est alors capable de *suckling*, autrement dit de mouvements antéro-postérieurs de la langue, premier schéma moteur que le bébé acquiert. Finalement, dans ces deux oralités - verbale et alimentaire - le cri et la succion ont un but commun : assouvir un besoin alimentaire (Thibault, 2017, p. 41 à 43).

Freud traite également de l'oralité et de son évolution à travers le stade oral, premier stade prégénital précédant le stade anal et le stade urétral ou phallique (Freud et al., 2014).

En effet, le stade oral recouvre approximativement la première année de vie. C'est une année consacrée essentiellement à la préhension (prise d'aliments, prise d'informations etc.). Durant cette phase, la zone érogène prévalente, ou source pulsionnelle, est la zone bucco-labiale. De ce fait, l'objectif principal de l'enfant est de faire passer à l'intérieur de lui des éléments provenant de l'extérieur.

Le plaisir oral trouve sa source dans l'alimentation. La fonction alimentaire sert, à cette époque de la vie du bébé, de médiateur principal à la relation symbiotique mère-bébé, et très rapidement, le plaisir oral s'associe à l'alimentation. Par conséquent, le bébé cherche ensuite à reproduire le plaisir du suçotement du sein de la mère lors de l'allaitement, en dehors du temps d'alimentation en suçant son pouce. Il y a un double but pulsionnel : tout d'abord la recherche d'un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène orale, et un désir d'incorporation des objets (sensation de corps unifié, recherche d'identification). À ce stade, avoir l'objet en soi équivaut à être l'objet, il n'y a pas de réelle différence entre le dedans et le dehors, le soi et le non-soi. Le bébé est encore dans une conviction d'omnipotence où les objets de satisfaction sont vécus comme lui appartenant, ou comme ses créations.

Par la suite vient une période de sevrage, qui met fin au stade oral primitif décrit par Freud comme un stade d'absorption passive. Ainsi, le sevrage correspond à l'introduction d'aliments non-lactés dans l'alimentation du bébé, et surtout au passage à l'alimentation à la cuillère.

4. Le second semestre de vie

L'oralité secondaire, contrairement à l'oralité primaire, est dirigée non plus par le tronc cérébral, mais par les aires corticales. De ce fait, la motricité n'est plus réflexe mais volontaire et marque une évolution concernant l'oralité verbale et alimentaire. C'est ainsi que dans l'oralité verbale, cris et vocalisations deviennent progressivement des babillages (rudimentaires, canoniques, mixtes) entre quatre et douze mois, suivis par un protolangage (entre le babillage et les mots), et enfin à partir de dix-huit mois viennent les premières phrases.

Quant à l'oralité alimentaire, elle est caractérisée par le passage de l'alimentation par succion du lait à l'alimentation à la cuillère. Le bébé dissocie peu à peu la succion de la déglutition. Il existe toujours un *suckling*, mais celui-ci s'accompagne d'un début de *sucking*, qui deviendra par la suite prépondérant. Le *sucking* correspond à des mouvements de langues allant du haut vers le bas, ce qui correspond pour Thibault à une "vraie" succion. Elle nécessite une musculature suffisamment développée pour tenir une position verticale, permettant les mouvements de la mandibule et ainsi une prise alimentaire plus efficace. C'est donc vers un an environ que s'opère le passage à la mastication (Thibault, 2017, p. 43 à 51).

Nous saisissons donc le lien entre évolution de l'alimentation et accès progressif à la verticalité. En effet, au fur et à mesure que l'enfant se verticalise, son alimentation se densifie et se solidifie :

- Entre zéro et six mois, le bébé allongé se nourrit d'éléments liquides (le lait) ;
- À partir de six mois, alors qu'il se tient assis, il peut manger des plats mixés ou avec une texture solide molle ;
- Et dès neuf mois, la station debout est possible et nous donnons à l'enfant des aliments en morceaux plus ou moins durs à mâcher (*ibid.*, p. 48).

Le second semestre de vie est associé pour Freud au stade oral tardif. Il se caractérise par une utilisation sadique de l'espace oral où l'enfant extériorise des pulsions cannibaliques. La succion est complétée par des morsures, ayant comme but de soulager le bébé de la douleur des premières dents.

“La bouche va progressivement sortir de sa fonction privilégiée de cavité à remplir (avec le poing par exemple) pour devenir l'outil privilégié d'exploration (mordre...sucrer...lécher...faire des

pincettes...)” (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012). Néanmoins, certaines pathologies peuvent mettre à mal l'évolution de la bouche comme moyen d'exploration et d'ouverture vers l'autre.

5. Les aspects pathologiques de l'oralité

Nous avons vu qu'à la naissance, le nouveau-né connaît un bouleversement de son mode d'alimentation : il n'est plus nourri en continu par le cordon ombilical. Cependant, dans le cas des enfants nés prématurément, l'alimentation discontinue n'est pas envisageable car avant trente-quatre semaines d'aménorrhée, le prématuré n'a pas acquis la coordination succion-déglutition-respiration. À sa naissance, il doit donc disposer d'une assistance nutritionnelle par sonde gastrique permanente, joignant le nez à l'estomac. Cette nutrition artificielle prolongée peut engendrer des troubles de l'équilibre faim-satiété (Quetin, 2015).

Illustration clinique : Lise est une grande prématurée. Nourrie par sonde, elle n'a pas vécu dans ses premiers temps de vie l'alternance entre des périodes où elle éprouve le vide interne par la sensation de faim ; et des périodes où elle ressent le plein de la satiété. Elle ne peut intégrer le dedans et le dehors, et donc par extension, ce qui vient d'elle ou de l'extérieur. Ainsi, nous comprenons mieux le comportement de Lise lors des repas, lorsqu'elle mange sans fin, ne ressentant pas la satiété. Lise semble avoir du mal à intégrer les espaces internes et externes à elle-même et paraît sans cesse dans une expérimentation de ceux-ci à travers des remplissages et vidages - avec les régurgitations en balnéothérapie - de la zone orale.

Parfois, nous pouvons observer chez les enfants et les adultes une fixation ou une régression au stade oral. P. Van Damme cite Ionescu (2002) qui définit la régression comme un *“retour plus ou moins organisé et transitoire à des modes d'expression antérieurs de la pensée, des conduites ou des relations objectales, face à un danger interne ou externe, susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration”*. Pour Ajuriaguerra (cité par Pireyre & Delion, 2015, p. 200), un point de fixation s'observe par exemple lorsque des satisfactions excessives ont été éprouvées à un stade donné (excès de gratification libidinale ou contre investissement défensif intense et qui devient source secondaire de satisfaction), ou lorsque les obstacles rencontrés dans l'accession au stade suivant provoquent une frustration ou un déplaisir tel que le retour défensif au stade précédent paraît immédiatement satisfaisant.

Suite au stade oral, l'individu peut normalement se détacher d'un investissement égocentrique de l'espace oral et l'utiliser comme un instrument relationnel à travers le langage ou des gestes affectifs tournés vers autrui par exemple. En revanche, dans certains cas, plus ou moins pathologiques selon l'intensité et la fréquence du comportement, la bouche n'a pas cet usage.

Illustration clinique : Lise a commencé à sucer son pouce seulement à l'âge de huit ans. Auparavant, elle pouvait manipuler des objets sans nécessairement les mettre à la bouche. Cette régression et fixation au stade oral peuvent avoir plusieurs origines. D'une part, le surinvestissement de la zone orale a pu être pour Lise la seule réponse pour contrer un axe corporel qui ne la tient pas. Elle serait ensuite secondairement devenue une zone libidinale privilégiée. D'autre part, l'hypothèse que Lise ait préféré la facilité en revenant à un stade antérieur est également plausible. En effet, son polyhandicap la limite énormément dans ses capacités et avec le temps, Lise a pu abandonner et revenir à ce stade plus réconfortant.

Chez l'adulte, ce besoin d'investissement de la zone orale peut perdurer. Selon Freud, les enfants chez qui cette sensibilité persiste, recherchent adultes des baisers pervers et sont prédisposés à être buveurs ou fumeurs (Freud & Koepfel, 2014, p. 77). C'est également le cas des sujets boulimiques qui, eux aussi, gardent un mode d'investissement de la bouche autocentré, où la bouche conserve son rôle de cavité à remplir, souvent pour soulager une angoisse.

De plus, nous observons très fréquemment - notamment à l'IME - des individus pour qui le surinvestissement de la sphère orale répond plutôt à un trouble de l'espace du torse. En effet, lorsque l'axe n'est pas bien intégré et que les hémicorps droit et gauche ne sont pas unifiés, le recours à l'espace oral est encore nécessaire. La bouche devient alors le point d'accroche central du corps, permettant au sujet de ne pas se "perdre" dans des moments d'excitation ou d'angoisse par exemple. Elle agit comme une prothèse de rassemblement (Bullinger, 2001). Voyons ici deux illustrations de cette situation avec des enfants de l'IME.

Illustration clinique : En début de séance en balnéothérapie, Camille, enfant polyhandicapée, garde ses mains à la bouche. Quand nous essayons, quelques minutes plus tard, de détendre ses bras afin qu'elle puisse s'accrocher à une frite pour se rééquilibrer, elle se met alors à claquer des dents. L'accrochage à l'axe par les mains dans la bouche a été remplacé par cette autre stimulation.

Par ailleurs, quand Camille est déséquilibrée dans l'eau, elle n'est pas capable d'adapter sa posture. Paniquée, son seul réflexe est d'amener ses mains au niveau de sa bouche.

Autre illustration clinique : Elsa, elle aussi polyhandicapée, se met rapidement dans des états de détresse. Ils engendrent des cris, des pleurs, mais pas seulement. Elsa va également mordre ses doigts ou bien enfoncer une main dans sa bouche profondément, allant jusqu'à provoquer un réflexe nauséux. Angoissée, Elsa remplit sa bouche et cherche à la combler du mieux qu'elle peut.

Camille, tout comme Lise lorsqu'elle tape dans ses mains, semble à la recherche du dur dans leur corps, comblant les défauts de l'axe corporel qui ne peut leur assurer cette solidité. C'est ce que souligne Latour (2014, p. 90) en énonçant que le dur du corps peut être éprouvé par “[...], les grincements ou claquements de dents ; les mouvements stéréotypés qui font taper une partie du corps contre une autre (...) ou contre un objet dur”.

Ces troubles - de l'axe corporel et de l'oralité - s'inscrivent dans le cadre des séances de psychomotricité en balnéothérapie. Il nous faut donc comprendre ce qu'est l'eau dans le but d'amener d'autres éléments de compréhension face au comportement de Lise dans ce cadre.

IV. L'eau

1. Les généralités sur l'eau

Avant d'approfondir sur les particularités de l'eau dans un cadre thérapeutique, étudions tout d'abord cet élément dans sa généralité.

Premièrement, l'eau est omniprésente. Elle occupe 70 % de la surface terrestre et fait également partie de nous, les humains, qui sommes essentiellement composés d'eau. Chez un adulte moyen, la quantité d'eau contenue dans un organisme est d'environ 60 % et 75 % chez le nourrisson. L'eau, c'est aussi celle que nous ingérons, par l'hydratation et l'alimentation, et que nous éliminons, par les urines, la sudation et la respiration. L'eau est un apport nécessaire à la survie de l'homme. Elle peut également avoir une fonction hygiénique, nous permettant de nous doucher ou encore de nettoyer surfaces et objets. Par ailleurs, l'eau se retrouve aussi bien à l'état solide, à l'état gazeux ou bien à l'état liquide. Dans le cas de ce dernier, l'eau prend alors la forme de son contenant. De plus, elle a une surface et une profondeur.

Revenons à présent aux liens primaires que nous avons avec l'eau. C'est bien avant la naissance que le fœtus expérimente cette matière en baignant pendant neuf mois dans le liquide amniotique. La naissance est amorcée par la perte des eaux. Puis le nouveau-né vit son premier bain ainsi que son premier rinçage. D'autre part, son premier réflexe sera de téter le sein de sa mère, incorporant le liquide bienfaisant maternel (Potel, 2014, p. 40). Très tôt déjà, des échanges se font avec l'eau, ou le liquide de manière générale : il nous porte, nous contacte, nous le buvons, le digérons, l'éliminons. L'eau est un élément que le nourrisson connaît très bien, après tous ces mois dans le ventre de sa mère. Elle a constitué son premier environnement de vie, ainsi que ses premiers repères, plus ou moins enfouis dans sa mémoire corporelle.

Au vu de la problématique que soulève Lise, c'est tout naturellement que nous allons approfondir les caractéristiques de l'environnement aquatique en lien avec la question des orifices, et notamment de la bouche.

2. La bouche : un orifice en balnéothérapie

La question des orifices en balnéothérapie est au cœur du comportement de Lise. En effet, c'est par sa bouche que Lise ingère l'eau du bassin.

La bouche - tout comme le nez, les oreilles ou encore les organes génitaux - est un orifice. Ainsi, c'est un lieu d'entrée et de sortie des fluides dans notre corps, où l'eau est susceptible de pénétrer. Pour chacun des orifices de notre corps, les frontières ne sont pas toutes délimitées de la même façon entre intérieur et extérieur. Par exemple, dans nos oreilles, l'eau ne peut aller plus loin que l'espace de l'oreille externe, car le tympan fait office de barrière protectrice. Par le nez, l'eau rentre aisément mais chemine directement dans les voies respiratoires si nous l'inspirons, ce qui rend cette action particulièrement dangereuse. En revanche, le passage de l'eau par la bouche n'est en théorie pas délétère puisque nous le faisons quotidiennement pour assurer notre survie.

D'autre part, l'eau est plus dense que l'air et de ce fait, elle assure un sentiment de contenance supérieure : nous ressentons davantage l'eau dans nos orifices que l'air qui est peu perceptible. La bouche paraît donc être l'orifice apportant le plus de contenance interne lorsqu'elle est remplie d'eau. L'accès y est rapide et non dangereux, en tout cas pour les sujets ne présentant pas de risque de fausses-routes. De plus, la contenance apportée peut ne pas se limiter qu'à l'espace de la bouche, mais également à celui du buste lorsque nous avalons l'eau. C'est ainsi que Lise tente peut-être de combler le vide de son espace oral en l'absence de la mise en bouche de son pouce ou d'objets. Elle densifie également son axe corporel en avalant l'eau, ce qui lui donne sûrement l'illusion d'un axe qui la tient.

Outre la contenance apportée par ce remplissage, le lien qu'il permet entre ce qui appartient au corps et ce qui n'y appartient pas n'est pas négligeable. D'ailleurs un des premiers jeux que l'enfant exerce consiste en des remplissages et vidages de contenants.

“ Quand nous observons des bébés ou des personnes très régressées, leur premier jeu, au sens de l'expérience, est de boire, de téter. Mettre l'eau à l'intérieur de soi. Ce rapport direct entre le dedans et le dehors du corps, va se symboliser dans toutes les activités de transvasements”.

Il s'agit de la *“métaphore de ce qui se passe à l'intérieur du corps. L'eau que l'on boit, l'eau que l'on sent couler à l'intérieur, qui sort quand on fait pipi”* (Potel, 2014). Lise recherche certainement ce type d'expériences qui mettent en jeu les espaces internes et externes à elle-même lorsqu'elle boit l'eau. Néanmoins, il lui est probablement difficile de faire des liens entre des jeux de transvasements (externes à elle-même), et l'action de boire l'eau qui concerne son propre corps.

En séance de balnéothérapie, l'eau semble être pour Lise une roue de secours face aux difficultés d'intégration de son axe du corps, par le biais de l'orifice de la bouche. Essayons maintenant de démontrer que l'eau, en tant que médiation, peut devenir pour elle un outil thérapeutique et non plus seulement une bouée de sauvetage.

3. L'eau : un médium malléable

Le terme *“medium”* d'origine latine signifie le centre, le milieu. Le sens du mot a dérivé et désigne aujourd'hui plus souvent une fonction d'intermédiaire, d'interface, de mise en contact, comme lorsque nous parlons des *“médias de presse”*, qui font le lien entre l'information brute et le public.

Milner (cité par Potel, 2014), peintre et psychanalyste, définit ce qu'est un médium malléable. Elle évoque *“l'efficacité des jouets comme un médium pour la pensée et la communication du fait de leur malléabilité, ce qui revient à dire que leurs qualités réelles sont sans importance pour la vie pratique, de sorte qu'ils peuvent recevoir des significations arbitraires ou conventionnelles et par conséquent être utilisés comme langage”*. Le médium malléable est selon Milner un *“objet transitionnel du processus de représentation”*.

Roussillon reprend plus tard les travaux de Milner. Il définit alors les caractéristiques de l'objet médium malléable. Ces caractéristiques s'appliquent à l'activité de médiation. En effet, la médiation devient objet de symbolisation. Pour Roussillon, le médium malléable est saisissable, disponible, informe, indéterminé, indestructible, transformable, fiable, fidèle, il conserve sa forme et se prête à l'animisme (Brun et al., 2019).

Milner, citée par Potel, affirme que l'eau correspond aux attentes d'un médium malléable car elle est indestructible, extrêmement sensible, indéfiniment déformable, disponible, et a un caractère vivant (Potel, 2014, p. 56). Anne-Marie Latour confirme cette fonction de l'eau en disant qu'elle "*est aussi déformable qu'indéformable et finalement toujours identique à elle-même. [...] L'eau se transforme mais survit et toujours se reforme*". (Latour, 2014, p. 40) L'eau est un médium pertinent à proposer en médiation car elle peut tout supporter. En effet, elle a une fonction de surface de projection et permet ainsi de mettre en relief nos états psycho-corporels (Potel, 2014, p. 49). Elle peut ainsi être porteuse de multiples représentations ou de violence par exemple.

D'autre part, c'est une médiation qui peut avoir une visée éducative, rééducative, récréative, ou encore thérapeutique (Potel, 2014, p. 26). L'eau laisse donc diverses possibilités de propositions, adaptables à de multiples projets de soins et pathologies. C'est notamment le cas des sujets polyhandicapés, pour qui l'eau semble particulièrement adaptée.

4. L'intérêt de l'eau comme médiation pour les personnes polyhandicapées

La majorité des personnes polyhandicapées passe la plupart de leurs journées assise dans des fauteuils, bien souvent avec des attelles aux chevilles, aux poignets, ou encore avec des corsets. Les mouvements libres sont alors très restreints par tous ces appareillages. Dans l'eau, "*c'est sans doute le seul cadre dans lequel le polyhandicapé pourra être acteur de ses propres mouvements sans moyens auxiliaires, sans aides, sans matériel adapté...*" (F. Rey, 2009). Cela explique pourquoi l'eau est souvent proposée aux personnes polyhandicapées. Ce n'est pas une médiation spécifique aux psychomotriciens. Elle peut également être proposée par des kinésithérapeutes, des AES, des professeurs d'éducation sportive etc. Bien sûr, les motifs de ce choix de médiation varient selon les professions et selon les patients. Nous nous intéresserons ici plus spécifiquement à ses apports en psychomotricité.

Le premier intérêt de l'eau, sûrement le plus élémentaire, est que l'eau est **susceptible d'apporter de multiples stimulations sensorielles**. Les sujets polyhandicapés y sont très réceptifs et sont souvent dans des comportements de recherche ou bien d'évitement de celles-ci. Il est donc essentiel de souligner ces différents aspects sensoriels afin de pouvoir les prendre en compte et d'adapter l'environnement aquatique au patient. Ainsi, l'eau peut procurer :

- Des stimulations tactiles, car dès le moment où nous sommes dans l'eau, elle nous touche et nous la touchons. L'eau peut aussi être manipulée de multiples façons pour faire varier les modalités de contacts avec la peau (bulles, pressions pour la sensibilité profonde, éclaboussures, etc.).

- Des stimulations olfactives : l'eau de la piscine sent le chlore et autres produits d'hygiène. Ceux-ci sentent fort et peuvent être agressifs lorsque nous n'y sommes pas habitués.
- Des stimulations gustatives, car l'eau de la piscine n'a pas le même goût que celle que nous buvons, à cause des produits ajoutés.
- Des stimulations visuelles : l'eau est transparente et nous permet de voir à travers. Toutefois, elle déforme parfois notre corps et les éléments qui s'y trouvent quand nous les observons de la surface. De plus, notre vue est troublée sous l'eau, nous voyons flou. En outre, l'eau reflète les lumières, et modifie la luminosité dans et autour du bassin.
- Des stimulations auditives : dans une pièce contenant un bassin, l'acoustique est atypique : les bruits résonnent et s'amplifient. D'autre part, le moindre mouvement de l'eau émet un son, allant du clapotis jusqu'au bruit d'une rivière agitée. Dans l'eau aussi, notre voix est modifiée car les ondes sonores se propagent différemment dans l'air et dans l'eau. Les sons sont ainsi plus difficiles à percevoir.
- Et des stimulations vestibulaires : notre corps flotte dans l'eau, nous donnant accès à de nouvelles positions, pour la plupart impossibles hors de l'eau. Il est libre dans ses mouvements, mais doit tout de même se réadapter pour retrouver un équilibre que nous n'avons pas l'habitude de travailler. L'eau propose donc de nouvelles sensations vestibulaires.

L'intérêt de l'eau pour les personnes porteuses de polyhandicap réside également dans sa **fonction de portage**. Ce portage est possible car notre corps est moins dense que l'eau. Les enfants, contrairement aux adultes, ont une densité moyenne moins grande et de ce fait, ils flottent mieux. (Brunet, 2010) La poussée d'Archimède est elle aussi responsable de la fonction de portage de l'eau car c'est grâce à elle que nous sommes en apesanteur : *“Tout corps plongé dans un liquide subit, de la part de celui-ci, une poussée exercée du bas vers le haut et égale, en intensité, au poids du volume de liquide déplacé”* (6).

La plupart des personnes polyhandicapées ont une faiblesse musculaire importante, du fait de leur pathologie, ou du manque de mouvement. Tandis que hors de l'eau, les mouvements demandent un effort intense, ils sont dans l'eau facilités par ce portage. C'est l'occasion pour les personnes polyhandicapées de se mouvoir par elles-mêmes et de **gagner en autonomie de mouvements**. L'estime de soi augmente également car le polyhandicapé devient alors le sujet et non l'objet de son environnement.

De plus, le portage que propose l'eau facilite la **verticalisation du corps**. Le sujet polyhandicapé qui est souvent assis ou bien qui peine à se tenir en position verticale, peut donc l'expérimenter dans l'eau. L'équilibre y est néanmoins différent : *“la pression de l'eau va bousculer*

l'équilibre, la verticalité sera influencée par les variations d'adaptation du centre de gravité" (Potel, 2014, p. 53). La position verticale demande alors des ajustements tonico-posturaux, mais a l'avantage de ne demander que très peu d'efforts musculaires. Ainsi, la station debout comme la marche deviennent accessibles.

En outre, l'eau offre une **double peau enveloppante** par son portage : "*L'eau entoure le corps, elle enveloppe, masse, caresse*" (Potel, 2014, p. 52). Elle confère au sujet immergé une fonction contenante, au sens d'Anzieu lorsqu'il décrit les huit fonctions du Moi-peau (Anzieu, 1995, p. 121 à 128). L'eau agit alors comme un second sac. Elle offre une enveloppe tactile de toutes les zones corporelles à son contact. De plus, l'immersion dans l'eau fait écho à la première enveloppe que nous avons connue, c'est-à-dire celle du liquide amniotique, entourant pendant neuf mois le corps du fœtus. Elle renvoie les personnes polyhandicapées à un vécu archaïque sécurisant. Cette fonction est également pertinente avec des personnes polyhandicapées, car celles-ci présentent souvent des failles de l'enveloppe et des limites corporelles, qui se traduisent par des angoisses de morcellement, d'effondrement, ou encore de liquéfaction. L'eau peut alors leur apporter un sentiment d'unité psycho-corporelle, que ne leur confère pas leur peau pour ainsi se rendre plus disponibles à leur environnement et à la relation car ils sont moins angoissés.

Par ailleurs, l'eau permet un **feedback sensoriel** de nos mouvements (Potel, 2014) . Même un mouvement minime aura des répercussions sur l'eau et laissera une trace (ondes, bruit...). Cette trace est alors la preuve, pour le patient polyhandicapé comme pour le thérapeute, qu'un mouvement vient d'être produit et qu'il a des conséquences. Le milieu aérien, lui, ne reflète pas autant leurs mouvements. D'autre part, le *feedback* sensoriel s'effectue aussi par la résistance de l'eau. En effet, cet élément est huit-cents fois plus dense que l'air. Par conséquent, l'eau ralentit nos mouvements et augmente la conscience corporelle de ceux-ci car chacun d'eux est éprouvé plus intensément.

Pour finir, la **température de l'eau** peut être bénéfique aux sujets polyhandicapés. En effet, l'eau chaude atténue la spasticité et l'hypertonie, toutes deux particulièrement fréquentes dans le polyhandicap (Galdin et al., 2010).

Ce que j'ai pu observer de Lise en balnéothérapie au début de l'année m'a renvoyé à mes propres vécus dans l'eau, notamment au sein de l'option "Vivre l'eau". De nombreux liens se sont faits entre le profil psychomoteur de Lise et l'utilisation de l'eau comme médiation en psychomotricité et comme support au symbolisme. Pour la prise en soin de Lise cette année, j'ai donc fait le choix de deux médiations complémentaires : la balnéothérapie et le conte sensoriel.

Partie clinique

I. Choix des médiations thérapeutiques

1. Choix de la balnéothérapie

Cette année, j'ai participé à l'option "Vivre l'eau" proposée par l'Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière. Cette option annuelle est animée par Catherine Potel et Adrien Teillet deux heures par semaine. Je souhaitais fortement participer à cette option car l'eau est un élément que j'apprécie tout particulièrement et j'étais curieuse d'apprendre comment l'aborder d'un point de vue thérapeutique en psychomotricité. Je me souviens de ce premier jour d'option "Vivre l'eau" où l'on nous a simplement demandés "*quel est votre rapport à l'eau ?*". J'ai alors répondu : "*Je vais de temps en temps nager à la piscine et je vais me baigner à la mer l'été.*". Ma réponse, comme pour la plupart des étudiants, était uniquement basée sur ce que je faisais dans l'eau, quand est-ce que j'y allais et où. Voilà comment je percevais mon rapport à l'eau. Cette option m'aura permis d'approfondir cette question et de m'intéresser davantage à mes éprouvés corporels dans l'eau. Malgré les conditions sanitaires, la totalité des cours a pu être maintenue en piscine, nous permettant d'expérimenter les diverses fonctions de l'eau corporellement, et non seulement par l'abord théorique. Nous avons (re)découvert les aspects sensoriels de l'eau, sa fonction de portage, de contenance, la fluidité corporelle qu'elle permet, etc. J'ai su apprécier ces moments où j'ai pu expérimenter sur moi des propositions dans l'eau. À ces occasions, j'étais en mesure de créer de nombreux liens entre ce que je voyais en stage et ce que je vivais au cours des séances. La mise en mot et la prise de notes après les cours m'ont permis de mettre en évidence ces vécus bruts et de les retravailler en stage. Cette option m'a offert une meilleure compréhension de mon rapport et de celui de Lise avec l'eau. Dans le cadre de ce mémoire, très inspirée par cette année d'option, j'ai donc décidé de faire de l'eau mon principal outil thérapeutique avec Lise.

Une proposition de l'option en début d'année m'avait marquée plus que les autres. La moitié des étudiants était des arbres : les yeux fermés, ils étaient dispersés dans le bassin et devaient rester immobiles. L'autre moitié incarnait des lutins qui tournaient autour des arbres et mimaient la pluie, puis la tempête par des contacts et mouvements de l'eau. J'avais beaucoup apprécié l'utilisation de l'eau comme support imaginaire. Cela m'a donné l'idée de créer un conte sensoriel pour la prise en soin de Lise, afin de donner plus de sens aux séances. Latour (2014, p. 148), en parlant de son dispositif de pataugeoire auprès d'autistes, indique que par le travail du perceptif et de la figuration, nous donnons d'autres formes à la pulsion. Je pense que c'est sans doute ce qui m'a tout d'abord

amené à proposer un conte sensoriel à Lise, moi-même étant submergée par ses pulsions débordantes, j'avais besoin de l'apport d'une médiation structurante comme le conte.

2. Choix du conte sensoriel

L'idée du conte sensoriel m'est donc venue, plutôt inconsciemment, face aux difficultés que j'ai éprouvées à trouver un sens aux premières séances de balnéothérapie avec Lise auxquelles j'ai assisté. Avant de traiter du conte sensoriel, définissons tout d'abord ce qu'est un conte.

Dans le *Petit Larousse illustré* (1979, p. 246-247), un conte est défini comme un “*récit d'aventures imaginaires*”. Ce terme est issu du verbe “*conter*” qui lui, signifie “*faire le récit de*”.

Le conte est un outil d'intercommunication entre adultes et enfants retrouvé dans de nombreuses cultures. Il stimule l'imaginaire de l'enfant et enrichit ses représentations. De plus, il traite de manière imagée des angoisses et émotions auxquelles l'enfant peut s'identifier (Blouin & Landel, 2015, p. 183 et 184).

En outre, le conte prend vie lorsqu'il est conté. Le conteur, à travers l'intonation de sa voix, à travers ses mimiques et ses postures, transmet les émotions des personnages ainsi que leurs états psycho-corporels. Avec Lise, la qualité de la communication non-verbale est essentielle car elle est sensible au ton de notre voix. Cela facilite ainsi la compréhension du conte, en sachant qu'elle n'a très certainement pas accès au symbolisme.

Le conte sensoriel n'est pas conceptualisé comme tel, et pourtant très souvent utilisé dans les institutions, notamment avec les sujets polyhandicapés, autistes, déficients sensoriels, ou encore avec les enfants en crèche. Tous ont comme points communs une grande réceptivité aux stimulations sensorielles.

Le conte sensoriel est particulièrement adressé aux populations se situant au stade sensori-moteur décrit par Piaget (1998), soit chez les jeunes enfants âgés de 0 à 2 ans ou chez les individus présentant une déficience intellectuelle sévère ou profonde. Cette période du développement cognitif correspond à la première étape du développement psychique de l'enfant et se rapporte à une intelligence sans pensées, ni représentations, ni langage, ni concept. C'est une intelligence pratique basée sur la perception, les attitudes - le tonus - et le mouvement. Les sens ont donc une valeur centrale pour les sujets polyhandicapés et sont, de ce fait, leur principal support de compréhension et d'expression.

C'est donc pour cela que le conte sensoriel m'a paru être pertinent dans le cadre d'une proposition thérapeutique pour Lise. N'ayant sûrement pas accès au symbolisme, le conte seul

n'aurait aucun intérêt car il ne prendrait pas sens pour elle. En utilisant les différents sens - la vue, l'audition, le goût, l'odorat, le toucher, le sens vestibulaire - pour étayer le conte, nous rejoignons Lise là où elle en est dans son développement intellectuel et où elle est la plus réceptive.

Le conte sensoriel prend également sens dans le cadre d'une prise en soin en psychomotricité car le corps y prend une place essentielle. Lise va vivre corporellement l'histoire par les diverses expériences tactiles, vestibulaires, auditives, et autres du sujet de l'histoire. Non seulement Lise écoutera l'histoire contée, mais en plus de cela, elle y participera activement, rendant le conte beaucoup plus vivant.

Le conte sensoriel est donc utilisé comme médiation, en complément de la médiation par l'eau qui sera centrale. Ces deux médiations sont complémentaires car, comme nous l'avons vu dans la partie théorique traitant de l'eau, cette dernière permet de multiples stimulations sensorielles. De plus, c'est un médium malléable et donc un excellent support à l'imaginaire. Inspirée par mes propres expériences durant l'option "Vivre l'eau", j'ai eu envie d'exploiter les nombreuses propriétés de l'eau au profit des axes thérapeutiques décidés pour Lise.

II. Projet thérapeutique

1. Axes thérapeutiques

À partir du profil et de la problématique psychomotrice de Lise, différents axes thérapeutiques se sont dessinés :

- Au vu de l'intérêt prépondérant de l'oralité pour Lise, nous lui proposons tout d'abord un travail autour de l'axe corporel, de sorte à l'amener à une meilleure intégration de celui-ci et qu'elle puisse se détacher progressivement de la zone orale pour explorer son environnement et être davantage dans la relation.
- Renforcer le sentiment d'unité psychique et corporelle à travers un travail des enveloppes.
- Favoriser la régulation tonico-émotionnelle.
- Proposer de nouvelles expériences sensorielles autour de la zone orale pour l'investir d'une autre façon dans l'eau, et proposer des stimulations sensorielles sur le reste du corps pour favoriser l'exploration de celui-ci et le décentrage de la sphère orale.
- Favoriser l'ouverture relationnelle aux autres adultes ou enfants présents avec elle en balnéothérapie.

- Contribuer à une différenciation des espaces interne et externe, afin que Lise se sente et agisse sur son environnement comme un être à part entière.

Ces axes ont été inclus dans le conte sensoriel que j'explicitai plus loin. Avant que nous ne mettions en place ce conte, il a fallu définir de façon claire le cadre thérapeutique des séances en balnéothérapie, ainsi que du conte sensoriel en lui-même.

2. Cadre des séances

2.1. Cadre des séances en balnéothérapie

Lise bénéficie d'une prise en soin en balnéothérapie une fois par semaine pendant quarante-cinq minutes. Elle était en début d'année accompagnée d'une autre enfant polyhandicapée, et depuis novembre, elle est vue seule sur le dernier créneau de balnéothérapie de la matinée. Ce changement d'organisation a été décidé de façon à ne pas pénaliser les autres enfants vus en balnéothérapie dans le cas où Lise régurgiterait.

Les séances sont animées par deux psychomotriciennes - Véronique et Victoria - et moi-même. L'équipe du groupe "Mandarine" prépare Lise : elle est mise en maillot de bain et porte un peignoir par-dessus. Souvent, nous allons la chercher au sein de son groupe, juste après avoir déposé l'enfant vu précédemment.

Les séances ont lieu dans l'espace de balnéothérapie de l'IME³. Il s'agit d'un bassin mesurant 4,5 mètres de long, 3,3 mètres de large et de 60 centimètres à 1,30 mètre de profondeur. L'eau est chauffée à 32 °C. Cette pièce est éclairée par lumière artificielle au plafond. Nous fermons les stores à droite de la pièce de manière symbolique pour signaler que l'espace de balnéothérapie est occupé et les volets du côté opposé sont partiellement fermés pour être à l'abri des regards. Au plafond sont accrochés de gros ballons gonflables représentant une pizza, un dauphin, un ananas et un phoque. Des escaliers permettent de descendre progressivement dans l'eau. Nous pouvons retrouver dans le bassin, au niveau du sol, de petits jets rejetant de l'eau qui exercent une certaine pression sur le pied quand on passe dessus, voire qui peuvent chatouiller selon le seuil de sensibilité de chacun.

Le cadre des séances en balnéothérapie établi, il nous a été nécessaire de définir le cadre thérapeutique dans lequel se déroule le conte sensoriel.

³ Cf. *infra*, Annexe II, p. II.

2.2. Cadre thérapeutique du conte sensoriel

Nous sommes donc trois à encadrer cette prise en soin en balnéothérapie. Ceci est un avantage dans le cadre de ce projet qui nécessite une certaine organisation. Il est impossible, ou du moins difficile de conter l'histoire, en même temps que de porter Lise et d'utiliser le matériel proposé. Toutefois, être à trois pour un seul enfant n'est pas évident et il nous est souvent difficile de trouver notre place. Il nous arrive de parler simultanément ou de proposer trop de stimulations en même temps. C'est pourquoi, la distribution des rôles durant le conte, pour chacune d'entre nous, nous a paru être plus adaptée afin de cadrer le conte et d'éviter d'être dystimulantes pour Lise. Nous prendrons donc :

- Le rôle du conteur, celle qui conte l'histoire ;
- Le rôle du porteur, celle qui porte ou accompagne Lise dans ses mobilisations ;
- Et le rôle de metteur en scène, c'est-à-dire celle qui s'occupe de faire les bruitages et mouvements de l'eau (pluie, vagues...) et d'apporter le matériel correspondant au passage du conte.

Par moments, les rôles peuvent s'entremêler ; comme lorsque les portages se font à deux, où bien que des stimulations sensorielles sont apportées sur les deux hémicorps de Lise simultanément.

Il est par ailleurs important que le conte soit inscrit dans une certaine temporalité : il a un début, une fin, et bien souvent des refrains, avec des passages qui se répètent et le structurent. Cet aspect répétitif est particulièrement apprécié par les enfants : *“les répétitions de la séquence constituent bien le premier ressort ludique ; elles éloignent la sensation d'inquiétude de ce qui va arriver pour laisser la place au plaisir de ce qui advient comme cela était prévu”* (Des jeux sans jouets : les jeux de nounous ou les « petits contes en jeu », 2006). Prenons l'exemple du jeu de la bête qui monte dans le dos, jeu interactif entre l'adulte et l'enfant. Ce que l'enfant apprécie c'est l'excitation sensorielle que procure cette courte histoire, mais surtout le fait de pouvoir anticiper ce qu'il va se passer à la fin, à force de répétition.

Il sera donc important de reprendre le même conte de séance en séance de manière très ritualisée. Le fait de savoir ce qui va se passer étaye la représentation mentale des actions, ce qui par conséquent rassure l'enfant. De ce fait, l'excitation sera sûrement présente chez Lise mais moins envahissante, car elle connaîtra d'avance les événements du conte et leurs effets psycho-corporels. Nous pouvons espérer que Lise accédera à une régulation tonico-émotionnelle de meilleure qualité. Le respect de ce cadre temporel nous permettra d'une part de ne pas nous perdre dans le déroulement du conte sensoriel, et d'autre part d'assurer une continuité pour Lise à travers une histoire ritualisée.

Découvrons à présent ce qui compose ce conte sensoriel, en réponse aux axes et au cadre thérapeutique établis.

3. Description du conte sensoriel et intérêts thérapeutiques

Ce conte sensoriel a été inventé de toutes pièces, de sorte à être le plus adapté aux axes thérapeutiques choisis pour Lise. Il est décrit ci-dessous en plusieurs séquences, accompagnées des intérêts thérapeutiques de chacune d'entre elles et de photos illustrant le matériel utilisé⁴.

Les merveilleuses aventures d'un marin

1. Le marin décide de partir en mer

“*En ce beau jour ensoleillé, un jeune marin décide de partir en mer !*”. Cette première étape du conte permet d’imaginer le passage de Lise du milieu terrestre au milieu aquatique. Tout d’abord, le fauteuil sera installé proche du bassin puis nous retirerons lentement le peignoir qui recouvre Lise. Ensuite, nous effectuerons des caresses mouillées sur son corps. Elles correspondent à un toucher enveloppant du corps de l’enfant par les mains humides de l’adulte. Ainsi, Lise se familiarisera avec la température de l’eau et se reconnectera à ses sensations corporelles. Le but sera également d’abaisser son état d’excitation par un passage à l’eau plus progressif. Après les caresses mouillées, nous soutiendrons Lise sous les bras et nous l’amènerons dans l’eau en accompagnant sa marche. Ensuite, “*Le marin embarque dans son bateau*”. Celui-ci est matérialisé par un filet maintenu par une frite, qui permet au “bateau” de flotter. Cette frite encerclera Lise et ses deux extrémités seront liées à l’avant par un fermoir. Ce “bateau” a l’avantage d’être assez contenant et d’emmener Lise dans une position en enroulement, tout en maintenant sa tête à l’arrière. Après cette installation, Lise sera prête pour partir en mer.



2. Le bateau navigue en mer

“*Le bateau avance lentement, porté par le vent*”. Nous imiterons alors le bruit du vent et soufflerons sur le corps de Lise pour qu’elle ressente la sensation du vent sur sa peau. L’une de nous poussera lentement le bateau par l’arrière.

“*Oh ! Il entend des gouttes d’eau tombant à la surface de la mer, il commence à pleuvoir !*”. La pluie sera mimée par des clapotis que nous effectuerons avec nos doigts à la surface de l’eau. “*Il pleut de plus en plus fort, la pluie éclabousse le marin ! Le bateau va de plus en plus vite, il devient*

⁴ Les photos du matériel utilisé, ajoutées au cours de la description du conte sensoriel ont été prises à l’IME le 01/04/21.

difficile de le contrôler !”. Lise expérimentera à ce moment-là une variation de vitesse de glissement sur l’eau, qui lui fera ressentir son corps différemment.

“Il y a de plus en plus de vagues ! Le bateau tangue d’un côté, puis de l’autre !”. Le but de ce passage sera de favoriser le croisement de l’axe et la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne chez Lise en la basculant latéralement. Nous ferons en sorte que Lise soit le plus possible dans un mouvement volontaire de rééquilibration de son corps, engageant préférentiellement une torsion de l’axe et donc un croisement de l’axe médian ainsi qu’une dissociation des ceintures.

“Oh non ! Une vague encore plus grosse que les autres arrive ! Le bateau se retourne et le marin tombe à l’eau !”. Cette fois-ci, le mouvement de bascule sera exagéré et emmènera Lise en position verticale hors du filet. Avec d’autres enfants, il pourrait être intéressant de les amener en décubitus ventral. Cependant, pour Lise, cela favoriserait considérablement sa tendance à boire l’eau. D’autre part, la position verticale s’aligne dans ce projet thérapeutique car elle fait ressentir à Lise son axe corporel, le travail dans l’eau aidant au maintien vertical de l’axe. Pour elle qui cherche régulièrement à se redresser d’elle-même à l’aide de ses bras, elle éprouvera enfin un axe qui peut la soutenir et se substituer aux bras. Elle pourra alors davantage se diriger vers son environnement et vers des conduites instrumentales. Durant quelques instants, nous proposerons à Lise un moment d’autonomie où seule, elle doit tenir verticalement, même si ce n’est que pendant un bref moment.

3. Le marin rejoint l’île

“Le marin aperçoit une île au loin ! Il tente de la rejoindre”. En position verticale, nous l’accompagnerons dans la “nage” en la soutenant par les mains. Elle ressentira ainsi un sentiment de verticalité qu’elle a très peu l’occasion de vivre corporellement, puisqu’elle est la plupart du temps dans son fauteuil ou allongée au sol. Cette position verticale lui permettra par ailleurs de renforcer la perception de son axe corporel et de le consolider. *“Ouf ! Le marin est enfin arrivé sur l’île ! Il va pouvoir se reposer”*. Dans l’idéal, ce moment sera proposé sur les marches du bassin, où Lise y serait assise, une façon de se poser après l’étape de la tempête qui est très rythmée. Cependant, nous pouvons supposer que Lise, encore trop excitée par la première partie du conte, emploiera des postures en hyperextension rendant la station assise sur les marches impossible. Si c’est le cas, les propositions suivantes se feront debout, avec une frite sous les aisselles à l’avant pour que Lise se focalise sur ses sensations corporelles et non sur l’équilibration de son corps.

4. La cascade



“Le marin entend une cascade au loin. Elle se rapproche lentement”. La cascade est symbolisée par un arrosoir déversant un filet d'eau. Au départ, l'eau ne sera pas versée sur le corps de Lise mais à la surface de l'eau devant elle, plus ou moins en périphérie. Nous prêterons alors attention à la présence d'un comportement d'orientation du regard de Lise vers le bruit de la cascade ou non. Par la suite, l'eau s'écoulera sur son corps, principalement le long de la colonne vertébrale et sur la bouche. Ainsi, nous rechercherons là encore à augmenter la conscience de son axe corporel, cette fois-ci avec une approche tactile. D'autre part, apporter une stimulation sensorielle sur la bouche répondra au besoin de Lise de ressentir cette zone tant investie. Ainsi, elle ne ressentira peut-être plus l'envie de boire l'eau. Lorsque nous verserons l'eau sur une partie du corps, celle-ci sera nommée pour enrichir les représentations corporelles. Nous mettrons des mots sur les sensations hypothétiquement éprouvées par Lise, comme *“ça chatouille”*, *“ça éclabousse”*, *“c'est chaud”*, etc. Nous jouerons aussi avec le moment où nous remplirons l'arrosoir : l'air contenu à l'intérieur remonte à la surface sous forme de grosses bulles. Si l'arrosoir est placé sous une partie du corps de Lise, elle peut ressentir cette sensation différente de celle de l'eau qui coule sur sa peau.

5. Les petits poissons

“Le marin ressent quelque chose qui le chatouille sous l'eau. Ce sont des petits poissons !”

Les petits poissons sont symbolisés par des massages d'eau. Ces massages d'eau correspondent à des mouvements rapides en essuie-glace que l'on exerce proche de la peau de Lise. La pression de l'eau créée par ces mouvements propose un massage de la peau. Le but sera ici que Lise éprouve à travers ces stimulations corporelles un sentiment d'enveloppe et d'unité corporelle. Ces massages seront exercés seulement sur une partie du corps à un instant précis pour ne pas que ces stimulations soient dystimulantes. Les poissons sont matérialisés par de petits anneaux en plastique, de sorte à associer les sensations corporelles aux poissons, et étayer la représentation mentale. Ces poissons sont visibles à la surface de l'eau et nous les faisons bouger.



“Quand les petits poissons respirent, cela fait de petites bulles à la surface de l'eau !”. Pour effectuer les bulles, nous utiliserons un tuyau et, dans l'eau, nous soufflerons dedans. Tout d'abord, nous le montrerons à Lise et ensuite, nous lui donnerons le tuyau pour qu'elle aussi le fasse en même temps que nous. Le but sera de stimuler la zone orale de Lise par cette action de souffler dans l'eau. Par l'observation puis la pratique, nous pouvons espérer que Lise intégrera le fait d'expirer l'eau et non de l'avaler au fur et à mesure des séances.



6. L'appel au secours

“Le marin aperçoit un bateau au loin. Il crie fort pour qu’il l’entende et vienne le sauver : « Ehhhh Ooooooooooh ! » ”. Toutes ensemble, nous crierons “ehoh” à l’unisson, en utilisant la résonance qui existe dans la pièce. “Le bateau l’a entendu ! Il arrive sur l’île. Le marin embarque dans le bateau qui le ramène au port”. Le navire venant secourir le marin sera représenté par un petit bateau en plastique que l’on avance jusqu’à Lise. L’embarquement dans le bateau ne se fera cette fois pas dans le filet. Nous allongerons Lise sur le dos et c’est l’eau qui la portera comme un bateau. Nous l’avancerons en la tirant par les jambes, tandis qu’une autre personne lui maintiendra la nuque. Nous rechercherons un étirement de l’axe, pour donner l’impression que celui-ci s’allonge. Ainsi, Lise pourra une nouvelle fois ressentir un sentiment de verticalité et mieux percevoir son axe corporel, même sans être en position verticale.



7. La douche



“Une fois rentré chez lui, le marin rêve de prendre une bonne douche chaude pour retirer l’eau salée de la mer sur son corps”. Pour cette douche, Lise aura à disposition plusieurs éponges : une éponge classique (la jaune), un disque à petits picots (le rose) et une éponge rugueuse (la verte). Elle peut les presser, les passer sur son corps en le frottant, le caressant. Il est probable que Lise mette les éponges à la bouche et s’enferme dans cette action. Nous pourrions alors nous-mêmes lui passer les éponges sur les différentes parties de son corps, et comme précédemment, nommer des parties contactées et les sensations hypothétiquement éprouvées comme “c’est doux”, “c’est mou”, “ça gratte” ou encore “ça pique”. Notre verbalisation pourra aussi produire des liens avec des aspects plus physiologiques, mettant en scène par l’éponge classique les concepts de “remplir” lorsqu’on met l’éponge dans l’eau, et de “vider” lorsqu’on la presse. Nous envisageons que, petit à petit, Lise intègre les notions de dedans/dehors, qu’elle expérimente peut-être en buvant l’eau. Ici encore, nous chercherons à apporter à Lise des sensations autour, voire à l’intérieur de la zone orale avec cette éponge afin de faire exister cet espace différemment. Mais les stimulations ne sont pas uniquement centrées sur cette zone, et peuvent aussi s’ouvrir à d’autres espaces.

8. L'heure de dormir



“Une fois tout propre, le marin peut enfin aller dormir. Il est épuisé après cette longue journée. Il s’enroule fort dans sa couverture et s’endort”. Pour cette dernière étape du conte, nous amènerons Lise à se placer sur le dos et nous l’enroulerons dans un tissu que nous serrerons fort autour de son corps, du cou jusqu’aux pieds. Nous lui proposerons ainsi une enveloppe contenant lui faisant ressentir son corps dans sa globalité. Simultanément, nous lui chanterons une berceuse que Lise entend régulièrement : *“Doucement s’en va le jour”* (8). En plus de l’enveloppement du tissu, Lise sera apaisée par l’enveloppe sonore de cette chanson. De plus, nous pourrions également déplacer lentement Lise dans le bassin pour augmenter encore davantage ce moment propice à la régulation tonico-émotionnelle par le portage de l’eau. Le conte se terminera ainsi.

Ce conte sensoriel fera vivre à Lise différents états tonico-émotionnels. Durant la partie où le marin navigue en mer, c’est l’excitation qui primera. Les mouvements proposés s’inscriront dans un rythme soutenu, et nos voix lorsque nous raconterons l’histoire seront enthousiastes, voire paniquées. Ces états émotionnels seront ressentis corporellement par Lise à travers son tonus. A contrario, lorsque le marin est sur l’île, il s’agira plutôt d’un moment de détente et d’apaisement. Les propositions se feront en statique et notre voix sera posée. Nous proposerons à Lise une enveloppe sensorielle à travers des chansons, des stimulations tactiles sur sa peau, de la contenance dans le tissu. Nous viserons à ce que Lise éprouve un sentiment d’unité corporelle et psychique.

Cette proposition a été mise en pratique à partir du 12 novembre 2020. Nous allons voir maintenant si le conte sensoriel a eu les effets escomptés pour Lise au cours des différentes séances.

III. La prise en soin en psychomotricité pour Lise

1. Observations

J'ai ici fait le choix d'exposer les quatre premières séances durant lesquelles le conte sensoriel a été proposé à Lise. Ces éléments d'observation sont ceux pris en note par les psychomotriciennes et moi-même suite à chacune de ces séances.

- Première séance le 12/11/20 :

Le conte sensoriel fut proposé pour la première fois à Lise. Contrairement aux semaines précédentes, elle arriva plutôt apaisée dans l'espace de balnéothérapie. Nous commençâmes par les "caresses mouillées", auxquelles elle fut très attentive. En revanche, elle ne chercha pas à regarder la zone de son corps que nous contactons. Nous l'aidâmes à marcher de son fauteuil jusqu'à l'eau avant de la placer dans le filet servant de bateau. La période où le bateau naviguait s'associait à une montée d'excitation chez Lise. Le bruit de l'eau et celui de nos voix euphoriques étaient déjà une source d'excitation importante, et s'ajoutaient à cela les mouvements de l'eau et du corps de Lise. Nous pouvons supposer que ce trop-plein de sensations ait pu être dystimulant, expliquant l'hyperextension de Lise durant cette partie du conte. En hyperextension, la dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne est mise à mal. Le corps de Lise ne faisait qu'un seul bloc et il n'était donc pas possible de lui proposer des torsions de l'axe quand le bateau tanguait. Par la suite, Lise ne put s'asseoir sur les marches comme prévu, car l'hyperextension toujours présente ne permit pas de flexion au niveau du bassin. Elle resta alors debout, avec une frite sous les bras. Nous n'observions aucune poursuite visuelle de Lise avec la cascade. Nous pouvons supposer qu'il s'agissait soit d'un manque d'intérêt, soit de ses troubles visuels, qui ne lui permettaient pas de bien la voir. Elle sourit lorsque nous versâmes l'eau sur son visage et sur sa tête. À la fin du conte, nous voulions proposer à Lise un temps plus long de marche en position verticale dans l'eau, cependant Lise était à nouveau trop excitée. Elle cherchait beaucoup à boire l'eau, et frappait de façon stéréotypée dans ses mains, choses qu'elle n'avait pas du tout faites pendant le conte. La quantité importante d'eau ingérée provoqua une régurgitation mettant fin à la séance.

- Séance du 19/11/20 :

Lise était déjà très excitée lorsqu'elle est arrivée. Elle fut moins attentive lors des "caresses mouillées". Nous la mîmes dans le filet pour démarrer le conte, mais l'installation fut mise à mal par l'hyperextension de Lise et le fait qu'elle cherchait à boire l'eau en se penchant sur le côté ou bien en basculant sa tête en arrière. Nous dûmes alors à Lise que si elle continuait elle allait vomir et la séance s'arrêterait, que nous serions tristes et elle aussi. Elle sembla percevoir le changement d'intonation de notre voix car son expression faciale se figea. Durant cette séance, nous passâmes plus de temps

sur certaines parties du conte que sur d'autres. En effet, voyant l'état d'excitation de Lise, nous ne fîmes pas durer le moment de navigation en mer, avec la tempête et le bateau qui se retourne. En revanche, nous nous attardions davantage sur la stimulation de la zone orale. Nous proposâmes à Lise de souffler dans une paille, pour faire les bulles des poissons sous l'eau : Lise prit la paille de ses deux mains, la mit en bouche, mais seulement pour la mordiller. Elle s'enferma alors dans cette proposition. Avec les éponges lors du temps de "douche", nous jouions à les lui passer sur le visage, mais également sur la bouche en les tapotant et en les frottant sur cette zone. Une autre grande partie de la séance fut consacrée à la recherche d'enroulement puis d'enveloppement de Lise dans le tissu afin qu'elle se régule toniquement. Lise put, durant cette phase de la séance, être plus disponible et son tonus s'en trouva mieux régulé. Cet apaisement fut permis également par la berceuse que nous avions chantée simultanément, où Lise, en enroulement, suçait son pouce. Au fil de cette séance, Lise chercha moins à boire et ne régurgita pas. Je constatai tout de même en la portant, sa tête dans le creux de mon cou, qu'elle grinçait des dents. Elle n'avait à ce moment-là ni le pouce à la bouche, ni de mouvements de frappes des mains.

- Séance du 03/12/20 :

Dans l'ensemble de la séance, Lise fut plus calme. Elle but surtout de l'eau dans les premières minutes où elle était immergée, et lorsqu'elle était installée dans le filet. Mais elle cessa ces comportements lorsque nous lui proposâmes des stimulations, notamment au niveau de la zone orale. Par la suite, nous offrions à Lise un appui au dos lorsqu'elle fut en position verticale et cela sembla la rassurer et l'apaiser. C'est d'ailleurs une séance où nous accentuâmes beaucoup plus longtemps le temps de marche pour rejoindre l'île, voyant que Lise appréciait tout particulièrement être verticalisée. Elle effectua quelques pas, tenue par nos mains à l'avant. Tout le matériel proposé durant le conte (les poissons, les éponges, le bateau) fut amené au niveau de l'axe et mis à la bouche, et Lise ne put diversifier ces manipulations. Pour finir sur cette séance, Lise s'apaisa quand nous chantâmes la berceuse. Elle se colla alors à notre buste de face, les bras autour de notre cou et la tête posée sur notre poitrine.

- Séance du 07/01/21 :

Trois semaines sans balnéothérapie s'écoulèrent à cause des vacances de Noël et d'une séance annulée suite à un imprévu. Comme souvent, Lise était très excitée dans le premier temps de séance, employant quasiment exclusivement des postures en hyperextension. Elle buvait beaucoup d'eau. Elle effectua de nombreux passages dos-ventre, prise dans son excitation, et notre intervention fut alors nécessaire pour lui permettre de retrouver un calme qu'elle ne pouvait trouver d'elle-même. L'installation au filet ne s'avéra, encore une fois, pas assez contenante pour permettre de contrer l'hyperextension et de l'amener en enroulement. Lise ne fut pas du tout disponible corporellement et psychologiquement durant le temps de navigation en mer, que nous voulions retenter. Lorsque le bateau

se retourna et qu'elle fut en position verticale, son comportement changea. Elle but moins d'eau et fit quelques pas, tenue uniquement par les mains à l'avant. D'autre part, elle ne regarda que très peu la cascade mais apprécia là encore l'eau qui coulait sur son visage et sa bouche. Le passage du conte avec les poissons ne l'intéressa pas plus que cela. La sensation des massages d'eau ne sembla pas être assez forte pour que Lise la perçoive et s'y intéresse. Elle préféra attraper les anneaux poissons qu'elle ramenait à la bouche ou au niveau de l'axe. Nous lui proposâmes alors des jeux de bouche avec ces poissons que nous amenions vers sa bouche, comme pour lui faire des bisous, ce qui la fit sourire. Le moment de la douche avec les éponges fut très intéressant car Lise était plus dans une manipulation des éponges en les pressant que dans une mise à la bouche de l'objet. Lise pressait l'éponge au niveau de l'axe, donc nous pouvons là encore raccrocher ce comportement à une prothèse de rassemblement. Toutefois, nous avons noté un détachement de la zone orale. Lise alterna également la manipulation des différentes éponges, expérimentant chacune d'entre elles. Enveloppée dans le tissu à la fin du conte, elle n'était pas en hyperextension, elle était plus dans la relation et pouvait échanger quelques regards et contacts avec la personne qui la portait. Le conte ne dura pas tout le temps destiné à la séance de balnéothérapie de Lise. Nous décidâmes alors de la poursuivre quelques minutes. Lise ne chercha pas à boire l'eau, mais se contenta de contacter sa bouche avec la surface de l'eau, parfois en soufflant. Cependant, elle présenta des mouvements de frappes des mains que nous n'avions pas repérés pendant le conte. Elle passera beaucoup de temps en position verticale appuyée sur notre buste. Elle semblait particulièrement apprécier cette contenance avant-arrière et était très disponible.

Suite à ces quatre séances, nous avons été moins protocolaires dans notre façon d'animer le conte sensoriel en séance. Le cadre spatio-temporel a été modifié au fil du temps.

2. Evolutions

À partir des séances suivantes, nous n'avons pas poursuivi le conte tel que je l'avais pensé initialement. Nous nous sommes rendu compte que certains passages étaient plus pertinents que d'autres et méritaient d'être approfondis. Il était donc dommage de s'enfermer dans la structuration d'origine du conte. Certains passages ont été réutilisés mais leur ordre a été remanié, de sorte à s'adapter davantage aux besoins de Lise. Les moments de "navigation en mer" ont par exemple plutôt été associés au temps d'enveloppement dans le tissu : les mouvements de l'eau ont bercé Lise, tout comme la berceuse que nous avons chantée d'une voix calme. De plus, le portage dans le filet a été abandonné et nous avons privilégié le portage en corps à corps, plus propice à la régulation tonico-émotionnelle.

Nous avons continué de lui proposer les éponges. D'une part, Lise pouvait les explorer sensoriellement, avec leurs différentes textures et pas seulement les mettre en bouche. Et d'autre part, nous avons instauré des jeux permettant l'intégration du schéma corporel avec le passage de l'éponge,

notamment au niveau de l'axe et du visage. Il a été intéressant de voir vers quelle éponge Lise s'est dirigée le plus : la rugueuse. Celle-ci ne pouvait être pressée mais lui apportait davantage de stimulations tactiles par sa texture. De manière générale, nous avons pu observer à plusieurs reprises que Lise tendait à rechercher des stimulations fortes plutôt que superficielles. En effet, lorsque nous avons placé le tissu sur elle mais qu'il n'était pas serré, elle a tiré dessus et a cherché à l'enlever. Au contraire, quand nous avons serré le tissu, elle s'est apaisée. Nous pouvons également faire le lien avec "la cascade" que nous avons continué de lui proposer : elle ne lui a prêté de l'attention uniquement lorsqu'elle a contacté son corps. Ces contacts directs la faisaient sourire. En outre, plus l'eau coulait fort, plus elle semblait apprécier.

Les moments de verticalité ont été plus nombreux qu'auparavant. C'est une position que Lise a recherchée et appréciée d'autant plus lorsqu'elle était en contact avec un autre support solide, comme lorsqu'elle se collait à nous ou au bord du bassin. Dans ce dernier cas, Lise tenait de façon autonome et ne frappait plus dans ses mains. Au milieu du bassin quand nous la maintenions par les mains ou le dos, Lise pouvait marcher mais nous n'observions aucun repoussé au sol, quand bien même elle avait pied.

Durant ces dernières séances, nous avons choisi plus spécifiquement de travailler la relation à l'autre. Lise n'ayant pas régurgité depuis quelques séances, nous lui avons proposé de passer la première moitié de sa séance avec une autre enfant de son groupe qu'elle connaît bien. Nous avons souvent tenté des jeux de passes de balle entre elles. À chaque fois, Lise a attrapé la balle et l'a gardée en main, tapant dessus latéralement avec ses mains. Il pouvait arriver qu'elle la relâche au bout d'un certain temps mais cette action n'était pas dirigée vers l'autre enfant. Nous avons remarqué vers la fin de l'année que Lise était de moins en moins dans des relations fusionnelles et qu'elle a pu passer d'une personne à une autre. Il lui est même arrivé de partager des jeux avec l'autre enfant, ou de la contacter délicatement.

Ces éléments d'observation dévoilent de véritables progrès de Lise en balnéothérapie, mais également les failles de cette proposition de conte sensoriel. Il convient alors de mettre en lumière les intérêts et les limites de ce conte dans le cadre de la prise en soin de Lise ainsi que, de façon plus générale, pour d'autres sujets polyhandicapés.

Partie discussion

I. La pertinence du conte sensoriel

1. Les apports du conte sensoriel

Différents points positifs ont été relevés quant à cette proposition de conte sensoriel. En premier lieu, Lise semble avoir apprécié le travail autour des enveloppes (enveloppement dans le tissu et enveloppe sonore). Nous pouvons supposer qu'ils lui ont apporté un sentiment d'unité psychocorporelle, diminuant les mouvements stéréotypés, la mise en bouche d'objets ainsi que les conduites d'agrippement. Ainsi, par ces propositions, Lise ne semblait plus avoir à compenser la fragilité d'intégration de son axe corporel.

De plus, les stimulations diverses au niveau de la zone orale la faisaient sourire. Nous devinions à travers ses mimiques faciales que Lise aimait les contacts avec les différentes matières proposées. Pendant ces temps-là, elle n'avait plus besoin de boire l'eau. De la même manière, Lise a su diversifier sa manière d'approcher son environnement à partir du matériel proposé, notamment avec les éponges qu'elle a pu toucher, presser, sans forcément passer par la bouche.

Les jeux autour des changements d'intonation de notre voix ainsi que des différentes émotions que nous lui transmettions ont prouvé leurs intérêts. Lise a montré une grande sensibilité à cette communication non-verbale qui lui a souvent permis d'entrer dans la relation avec nous ou encore de se réguler toniquement.

Pour continuer sur la relation, le conte a offert à Lise l'opportunité de sortir de la relation fusionnelle qu'elle avait tendance à avoir avec l'adulte. Durant le conte, nous alternions les rôles de chacun (le portage de Lise, conter l'histoire, proposer le matériel). Les tiers dans la relation se sont avérés indispensables pour permettre ces échanges et une ouverture relationnelle constante dans les séances ultérieures.

Quant à la régulation tonique de Lise, elle a pu être obtenue en général au bout de plus ou moins dix minutes dans l'eau, aidée par les différents portages exercés, par l'apport d'enveloppements physique et sonore, ainsi que par l'enroulement postural de Lise. De même, un travail de l'axe a pu être abordé par le portage, la verticalité et l'enroulement.

De retour dans son groupe, Lise a été décrite comme apaisée et calme, en grande contradiction avec son état d'excitation important au moment où l'équipe la prépare pour la balnéothérapie. Les effets du conte ont donc pu être perçus à distance des séances et pas seulement sur la durée du conte.

Plusieurs paramètres ont cependant pu altérer les bénéfices du conte sensoriel pour Lise.

2. Les limites du conte sensoriel

Nous avons, au cours des séances, éprouvé les limites du conte sensoriel sur plusieurs points. Il n'a été exploité de façon protocolaire que très peu de séances sur la totalité de l'année, ce qui démontre déjà certaines failles. Il apportait en effet un cadre structurant à la séance mais ce cadre pouvait se révéler trop rigide au regard des besoins que pouvait ponctuellement éprouver Lise. Il devenait finalement contraignant et nous enfermait dans un certain enchaînement de propositions, laissant peu de place à l'adaptation. Avec le temps, certaines des propositions se sont avérées difficiles à mettre en place, comme la partie de navigation du bateau au début du conte.

À l'origine, nous avons effectivement comme démarche de faire ressentir différents états toniques à Lise par ce conte, ce qui n'a pas été concluant. Nous voulions volontairement faire monter l'excitation durant le passage de la tempête, sauf que par la suite, il fut difficile pour Lise de quitter cet état. D'autre part, quand Lise est excitée, son hyperextension ne la rend plus disponible dans son corps ni dans la relation. Elle n'y tirait alors aucun bénéfice, d'autant plus que toutes ces stimulations - sonores, vestibulaires, tactiles et visuelles - devaient être dystimulantes et étayer encore davantage l'hyperextension. Finalement, il était plus pertinent de viser dès le début du conte un état tonique bas, afin que Lise soit disponible pour le reste de la séance.

Par ailleurs, Lise n'a montré que très peu d'intérêt pour l'histoire en elle-même, alors que l'équipe soignante affirme que Lise apprécie qu'on lui lise des histoires. Le récit de l'histoire était sans doute trop abstrait pour Lise, perdue au milieu de toutes les autres stimulations proposées. Ces stimulations prenaient en fait le dessus sur l'histoire du conte. Le cadre n'était pas assez posé pour que Lise puisse se concentrer sur le sens de ce que nous instaurions, et sur les sensations qu'elle percevait. Bien évidemment, ce sont ses sensations corporelles qui attiraient le plus son attention.

Toutefois dans ces stimulations sensorielles, toutes n'ont pas captivé Lise, notamment celles proposées à distance de son propre corps. Nous pouvons supposer que Lise ne les voyait pas (comme le bateau au loin, ou la cascade quand elle n'était pas versée sur elle), ou bien qu'elles n'étaient pas assez concrètes (comme les petits poissons qui nagent). Elle semblait répondre plus particulièrement aux stimulations en contact direct avec son corps. Les sensations fortes entraînaient des changements comportementaux : apparition de sourires, d'un tonus régulé ou autres.

Pour finir, les apports de ce conte sensoriel ne sont observés qu'à court terme. En effet, même au sein d'une séance, lorsque le conte s'arrête, les comportements habituels de Lise reprennent parfois, et elle recommence à s'agiter, à frapper dans ses mains et à boire l'eau, voire à régurgiter (comme lors de la première séance d'essai du conte sensoriel). Le fait qu'elle continue à frapper dans ses mains nous indique que l'axe est encore loin d'être intégré. De même, lorsque nous l'aidons à sortir du bassin et la replaçons dans son fauteuil, sa posture s'effondre en avant et elle n'est à nouveau plus dans la relation à l'autre.

Pour conclure sur la pertinence de ce conte, nous pouvons admettre que de nombreux éléments ont pu amener des progrès psychomoteurs, comportementaux et relationnels chez Lise. La structure du conte en lui-même paraît néanmoins ne pas être ce qui lui convient le mieux et n'a pas tant apporté dans cette prise en soin. Cela dit, les évolutions dans le polyhandicap apparaissent sur le long terme et les limites que nous relevons à ce jour évolueront peut-être positivement avec le temps. D'autre part, ce qui est vrai pour Lise ne l'est pas forcément pour les autres sujets polyhandicapés, ou qui présentent une autre pathologie.

3. L'adaptation du conte

Cette année, "*Les merveilleuses aventures d'un marin*" ont également été contées aux autres jeunes de l'IME vus en balnéothérapie dans la matinée. Cela m'a permis de réfléchir aux éventuelles adaptations possibles du conte à d'autres patients et d'observer les bénéfices et limites de ce conte sensoriel de façon plus générale.

Le conte sensoriel, tout comme l'eau, peut être considéré comme un médium malléable. De ce fait, de multiples paramètres peuvent être adaptés comme le matériel, la durée, le ton de notre voix, ou encore le type de stimulations sensorielles proposées.

Illustration clinique : je reprends ici l'exemple de Camille. En séance, elle explore beaucoup son environnement par la vue, sens auquel elle semble la plus réceptive. Nous en avons donc fait une stimulation sensorielle prépondérante dans le conte : pour symboliser la tempête, deux d'entre nous sortaient de l'eau et agitaient un grand tissu bleu au-dessus de Camille, allongée sur le dos. Les mouvements du tissu représentaient alors ceux des vagues, visuellement et non par le mouvement de l'eau comme c'était le cas pour Lise. D'autre part, Camille ne présentant que très peu de mouvements volontaires, les stimulations visuelles servaient de motivation ou d'appui à la prise d'initiative.

Pour Camille, nous avons surtout modifié les stimulations sensorielles, ainsi que le matériel choisi, mais la structure du conte fut globalement similaire.

Orianne a, quant à elle, amené une tout autre problématique lors de ce conte sensoriel. En séance, elle est très active et investit fortement les jeux d'exploration, de repoussés ou d'encastements. Toutefois, elle a tendance à s'enfermer dans ces jeux qu'elle répète en boucle. L'enjeu du conte pour Orianne a donc été de diversifier ses expérimentations sensori-motrices sans qu'elles ne deviennent trop envahissantes.

Illustration clinique : le conte nous a permis de proposer à Orianne des choses nouvelles. En effet, elle est très peu en décubitus dorsal en balnéothérapie, car cette position la met dans une posture passive inhabituelle. Le matériel amenant de la contenance - le filet constituant le bateau et le tissu faisant office de couette dans laquelle le marin s'enroule - a été refusé par Orianne. En revanche, en la mobilisant uniquement par les mains ou les pieds pour "faire avancer le bateau", elle a accepté la position allongée qu'elle chercha par la suite à retrouver d'elle-même.

Ce conte sensoriel nous a amenées à tester de nouvelles propositions avec Orianne et à ne pas nous enfermer nous aussi dans des activités habituelles et répétitives. Elle a pu expérimenter d'autres jeux corporellement. Les variations de nos propositions sensorielles lui ont permis de s'ouvrir à de nouvelles expériences puis de les intégrer en les répétant. Dans le cas d'Orianne, il serait pertinent de lui proposer régulièrement un nouveau conte, associé à d'autres vécus psycho-corporels, afin qu'elle répète de nouvelles actions, mais que cela lui permette par la suite de s'ouvrir à d'autres expérimentations.

Avec Camille et Orianne, nous sommes parvenues à conter l'histoire entièrement sans que celle-ci ne soit trop morcelée par un excès d'excitation comme ce fut le cas avec Lise. Après réflexion, ce sont surtout les difficultés de régulation tonique de Lise qui ont entravé le bon déroulement du conte. C'est ainsi que nous avons fait de la régulation tonique un préalable indispensable au "commencement" du conte avec Lise. Notre outil principal pour y parvenir fut le portage.

II. Le portage : enjeux, moyens et mise en œuvre

1. Pourquoi proposer le portage ?

L'excitation et l'hyperextension de Lise en début de séance se révélaient bien trop envahissantes et engendraient une recrudescence de son comportement d'absorption de l'eau. Je me suis donc demandé quel serait le meilleur moyen de réguler le tonus de Lise en début de séance.

J'ai trouvé la réponse dans le dialogue tonique, initialement théorisé par Wallon (1949, p. 144 à 178) comme une "*réaction tonico-affective*", puis repris par Ajuriaguerra par le terme de dialogue tonico-émotionnel. Il définit celui-ci comme un "*processus d'assimilation et surtout d'accommodation entre le corps de la mère et le corps de l'enfant. L'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec des postures maternelles*" (9, p. 10). Le dialogue tonico-émotionnel reflète les états émotionnels de deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, et ce dès le début de la vie. Ajuriaguerra affirme que "*l'enfant, dès sa naissance, [...] réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation*" (Baste, 2016, p. 260).

Avec Lise, pour que le dialogue tonique soit efficient, il nous a tout d'abord fallu passer par le corps à corps, notamment par le portage. Ce choix nous a imposé une vigilance quant à notre propre état tonique, afin qu'il n'aille pas dans le même sens que Lise et qu'il puisse avoir une fonction de pare-excitation.

2. Mais comment porter ?

Le portage est venu naturellement en séance car face à l'excitation de Lise, nous ressentions le besoin de la contenir et de l'apaiser par le contact physique. Toutefois, il existe une infinité de façons de porter et je me suis donc questionnée sur celles qui sont les plus adaptées. Pour répondre à cette interrogation, je me suis intéressée premièrement aux travaux de Haag et de Coeman.

Haag souligne l'importance de toujours avoir trois points d'appuis pour assurer une sécurité interne et externe, tout au long de la vie. Elle met en avant trois règles pour porter un jeune enfant : l'appui, l'enroulement et le soutien.

Dans la continuité des travaux de Haag, Coeman (2012) affirme qu'il est indispensable pour le bébé "*d'être tenu*" pour acquérir une sécurité de base. Deux dynamiques sont alors nécessaires : une dynamique de soutien où l'on se sent reçu, et une dynamique d'appui où l'on peut s'appuyer pour aller vers l'extérieur.

Coeman (2012) souligne l'importance des zones de soutien que l'on va offrir à l'enfant, notamment au niveau du bassin et de la nuque. Soutenu de la sorte, la motricité réflexe de l'enfant laisse alors place à une motricité volontaire. De plus, son niveau tonique s'abaisse et son état de vigilance est de meilleure qualité, ce qui facilite la relation à l'autre. Ponton (2012, p. 56) complète cette idée, elle aussi en abordant l'aspect relationnel lié au portage :

“À tous les âges de la vie, nous donnons la sécurité de la portance primitive, en posant nos mains à plat sur les os plats (omoplates et bassin) en donnant l'appui de la paume des mains. Nous respectons le processus qui nous a rendus autonome en évitant de saisir et de prendre, “arrachant” le poids par un mouvement de prise. En offrant un appui, nous invitons l'enfant et l'adulte à choisir de se différencier, plutôt que de dépendre de nous en s'agrippant”.

Le contact au niveau du dos semble aussi être un point à prendre en compte dans le portage. Comme nous l'avons dit, dans le ventre de sa mère, le bébé dispose d'un arrière-plan fourni par les parois utérines. À la naissance, la perte de cet arrière-plan peut être très angoissante pour le nouveau-né. Haag (2018, p. 71 à 73) affirme que le premier effet calmant lorsqu'un bébé pleure est le contact du dos. Nous pouvons nommer “*objet d'arrière-plan*” la figure faisant office de contact-dos avec le sujet. L'appui au sol est un organisateur du mouvement qui va permettre le redressement. L'ancrage assure la solidité, la sécurité.

Mais porter - suffisamment bien - l'autre, c'est aussi nous adapter à son niveau tonico-postural : “*Nous portons dans l'enroulement un enfant qui ne tient pas assis et le portons redressé quand il sait tenir son dos*” (Ponton, 2012, p. 56).

Nous avons donc pris ces bases du portage en compte lors des séances en balnéothérapie, en veillant à lui apporter le soutien nécessaire pour qu'elle se sente sécurisée, ainsi que les appuis pour qu'elle puisse s'ouvrir vers l'extérieur et puisse davantage exercer des mouvements volontaires.

3. Les différents portages proposés en séance et leurs effets

Plusieurs portages lui ont été proposés, tous ayant un intérêt spécifique selon le moment de la séance. Ces portages ont comme base notre propre corps afin de faciliter la régulation tonique par le dialogue tonico-émotionnel. Il s'agit également par notre corps de donner à Lise les appuis qu'elle n'a pas pu trouver dans le sien. Les portages proposés ci-dessous lui permettent un soutien de l'axe, lui donnant accès aux avantages d'un axe qui se tient : plus de disponibilité dans la relation à l'environnement, libération des mains, moins de postures en extension, d'hypertonie, moins d'accrochages à l'axe et à la zone orale.

Il ne faut toutefois pas négliger que c'est avant tout l'eau qui porte Lise. Comme nous l'avons vu plus haut, l'eau a des propriétés permettant un allègement significatif du poids du corps. Ainsi, l'effort musculaire à fournir pour porter Lise est moindre. Nous pouvons alors tenir sur le long terme un portage qui serait bien trop contraignant hors de l'eau. Voici les différents portages proposés en séance à Lise, leurs intérêts thérapeutiques et leurs effets :

- **Le portage “à cheval”**

Dans ce portage, Lise est assise à cheval sur l'une de nos jambes, son dos est appuyé sur notre buste et son regard est ainsi tourné vers l'extérieur. L'une de nous lui offre par son corps un soutien au niveau du bassin, ainsi qu'au niveau du buste et de la nuque. Nous agissons alors comme un objet d'arrière-plan en venant combler l'espace à l'arrière de Lise (Haag, 2018, p. 83) et nous soutenons en parallèle la perception de son axe du corps. Comme la mère qui porte son jeune enfant, nous assurons à Lise un état d'unité et de solidité, lui constituant un premier axe qui prépare l'expérience d'avoir une vie psychique à soi (Anzieu, 1995, p. 121 à 128). D'autre part, Haag (*ibid.*, p. 89) indique que ce contact du dos peut secondairement devenir l'un des éléments “médiants”, reliant les hémicorps droit et gauche. Cette position limiterait alors le recours à l'espace oral. Lise est ici dans une posture dynamique, qui lui confère un soutien à la verticalité. Le portage “à cheval” est utilisé à un moment de la séance où nous recherchons à ce que Lise soit dans une position active, qu'elle gagne en autonomie, et qu'elle soit davantage dans la relation.



Observations en séance : Installer Lise dans cette position est en début de séance toujours assez difficile. Elle est très excitée lorsqu'elle entre dans l'eau, et l'enrouler de sorte qu'elle soit assise sur notre genou nous demande une force importante pour contrer son hyperextension. Néanmoins, plus tard dans la séance, Lise accepte de se poser sur nous et son tonus est plus régulé. Les postures en extensions sont quasiment absentes et Lise ne cherche plus à boire l'eau. Elle continue cependant de porter à la bouche les objets à sa portée. De plus, assise de la sorte sur nous, Lise est plus posée et plus ouverte à son environnement. Par exemple, durant le passage des poissons, ses mains sont libérées et Lise peut sans soucis aller saisir les anneaux poissons que nous lui tendons : elle les regarde et dirige son geste vers l'objet.

Nous avons également adapté ce portage en tenant Lise à cheval de la même façon, mais cette fois-ci face à nous. Il s'est avéré être pertinent notamment dans les situations où nous étions que deux avec deux enfants dans l'eau, ou que deux d'entre nous étaient en train de sortir un enfant de l'eau et que la dernière était seule avec Lise. Ce portage à l'avantage contrairement au précédent qu'une même personne puisse assurer le portage et la stimulation relationnelle avec Lise. De plus, nos deux visages sont proches, ce qui favorise d'autant plus la relation, surtout au vu des troubles visuels de Lise.



- **Le portage vertical avec appui ventre**

Ce portage consiste à ce que Lise se tienne à nous, les bras autour de notre cou, et sa tête dans notre cou. Quant à nous, nous plaçons nos bras autour d'elle, au niveau de son dos. Il n'y a donc pas de soutien au niveau du bassin. Dans ce cas-là, soit Lise est à un endroit de la piscine où elle a pied et donc dispose d'un appui au sol, soit elle flotte, portée par l'eau. Cette position a comme point commun avec la précédente de soutenir l'axe corporel, cette fois-ci avec essentiellement un appui ventre, Lise collant son ventre au nôtre.



Observations en séance : ce portage n'est pas proposé par nous, mais répond à une demande de Lise, ce qui le rend particulièrement intéressant. Elle vient d'elle-même s'agripper à nous, plus ou moins fort, souvent en milieu ou en fin de séance. Nous appuyons sa proposition par un jeu de serrage, où nous la serrons fort contre nous, puis nous la relâchons. Nous alternons plusieurs fois entre l'action de serrer et desserrer l'étreinte, ce que Lise apprécie beaucoup. Nous pouvons supposer qu'elle affectionne ce moment parce qu'il lui offre un sentiment de verticalité, couplé à un sentiment de contenance. Par ce jeu, nous sollicitons aussi la différenciation soi/non-soi et mettons une distance avec Lise pour ne pas uniquement être dans un collage à l'autre. Ce jeu de distance met également en jeu la relation à l'autre. En effet, Lise ne le fait pas qu'avec une seule de nous trois mais alterne durant la séance. Elle ne semble plus dans une relation exclusive et s'ouvre progressivement aux autres. Nous pourrions mettre cette demande de portage en lien avec le fait qu'à son arrivée à l'IME, Lise avait apparemment peur de l'espace avant : elle craignait la station assise et s'agrippait à l'adulte devant elle. Une fois l'espace avant comblé par une présence sécurisante, elle s'apaisait. Aujourd'hui, cette peur semble s'être atténuée. Néanmoins, cela nous explique le besoin et le plaisir que prend Lise à venir se coller devant nous. Finalement, l'appui-ventre semble encore plus sécurisant pour elle que l'appui-dos. Des réactions similaires peuvent être observées à tout âge de la vie, notamment avec les personnes âgées.

Exemple clinique : ce dernier point me fait penser à Mme D., patiente à l’EHPAD où j’effectue également un stage cette année. Celle-ci présente un syndrome post-chute : elle est très angoissée par la position verticale, est constamment en rétropulsion et dans l’agrippement avec les soignants lorsqu’elle marche. Je m’interrogeais alors sur la façon la plus appropriée de l’accompagner à la position verticale. J’avais tout d’abord tenté de lui procurer un appui-dos sécurisant, de porter attention à ce qu’elle transfère son poids vers l’avant, mais elle refusait totalement de s’ériger. Ma maître de stage me suggéra alors de me positionner devant Mme D. en lui offrant un appui par mes deux avant-bras. Cette fois-ci, elle put se lever avec succès : l’espace avant n’était plus aussi menaçant.

Anzieu (1995) décrit une position différente du portage vertical avec appui-ventre, mais basée sur le même principe, lorsqu’il traite de la fonction de maintenance du psychisme parmi les fonctions du Moi-peau. Il propose une position visant à placer le ventre de l’enfant contre notre dos. Pour lui, le ventre est souvent perçu comme une partie du corps fragile, molle, contenant les viscères, et cette position permet ainsi de sécuriser cette zone. Contrairement au contact ventre contre ventre, le dos propose un appui dur et structurant pour l’enfant. Nous avons eu l’occasion de tester ce portage lors d’une séance où nous n’effectuions pas le conte en nous déplaçant à la file indienne. Lise était alors portée sur notre dos. Elle n’a que peu apprécié cette proposition, sans doute parce qu’il n’y avait pas de stimulation à la relation par le jeu des regards en face-à-face.

● Le portage en enroulement dans nos bras

Lise est portée dans nos bras. Nous la soutenons sous les fesses en passant notre bras sous ses genoux, rassemblant ainsi ses jambes en enroulement ; et sa tête est posée sur notre épaule. Un de ses hémicorps est également en contact avec notre corps. Ce portage est très contenant et favorise le rassemblement du corps par l’enroulement. C’est un portage que nous accompagnons souvent d’une berceuse en fin de séance. Contrairement au portage précédent “à cheval”, nous ne recherchons pas avec celui-ci à ce que Lise soit dans une position active. Il s’agit toujours de soutenir la perception de l’axe corporel, mais cette fois-ci en enroulement, et non dans la verticalité. Mais nous recherchons surtout, par notre rôle de pare-excitation, à apaiser Lise afin de contrôler son état tonique débordant. Nous faisons donc appel au dialogue tonique, et grâce à lui, l’enfant est plus disponible. Il “*a une disposition à relier ses expériences sensorielles/affectives. Il est réceptif, intériorisé, paisible. Et suivant ses capacités d’éveil et d’attention, il écoute, regarde, est centré sur les informations affectives et sensorielles*” (Coeman & Raulier H de Frahan, 2012) .



Observations en séance : dans cette position, Lise met d'elle-même son pouce à la bouche. Nous pourrions expliquer l'apparition de cette action par la position symétrique en enroulement qui, selon Bullinger (2004), favorise le regroupement et la liaison main-bouche. De plus, elle peut rester en enroulement quelques minutes avant de s'agiter et de repartir en hyperextension. Mais durant ce laps de temps, elle est apaisée et est beaucoup dans la relation avec la personne qui la porte : elle la regarde, la contacte avec sa main au niveau du visage, ou encore de l'épaule. Elle n'effectue plus le geste de frapper dans ses mains mais tapote légèrement le corps de l'adulte latéralement, toujours dans une sorte de rassemblement au niveau de l'axe mais qui semble cette fois plus contrôlé et moins réflexe. Elle ne boit plus d'eau et contacte seulement sa bouche avec la surface de l'eau.

Le portage de Lise lui apporte ainsi une sécurité physique et psychique. Lors du conte, nous lui avons également proposé d'autres formes de contenance que nous développerons. Elles prennent tout leur sens car Lise, dans le contexte des séances en balnéothérapie, semble dans un premier temps perdre les enveloppes auxquelles elle est habituée.

III. De la perte des enveloppes à leur reconstitution

Les différents portages vus ci-dessus s'avèrent efficaces pour apaiser Lise en milieu et fin de séance, mais pas lorsque Lise arrive tout juste en balnéothérapie ou lorsqu'elle entre dans l'eau. Nous allons tenter de comprendre pourquoi à travers un questionnement autour des enveloppes.

Le *Petit Larousse illustré* (1979, p. 381) définit l'enveloppe comme "*ce qui sert à envelopper*". Elle peut secondairement prendre le sens d'une "*membrane enveloppant un organe*", comme la peau. L'enveloppe peut par ailleurs être divisée en deux composantes : corporelle et psychique. La première de ces composantes pourrait être associée à une enveloppe cutanée, autrement dit la peau, qui protège et limite le corps. La seconde correspond, elle, à une peau psychique, propre à chacun. Nous pouvons les synthétiser par le terme d'enveloppe psycho-corporelle. Celle-ci peut ainsi être abordée comme une membrane imaginaire et dynamique qui enveloppe et délimite notre entité psycho-corporelle. Elle maintient non seulement les différentes parties du corps, mais également les affects, les représentations et les pensées. Elle apportent une sécurité physique et interne et assurent un sentiment d'unité d'être (Marion, 2020).

1. La perte des enveloppes

Durant les séances de psychomotricité en balnéothérapie, nous pouvons supposer que Lise perd en partie les enveloppes psycho-corporelles auxquelles elle est habituée. Il en est de même lorsque Lise est mise au sol, ou lors des soins hygiéniques. Dans ces contextes particuliers, elle semble en effet avoir du mal à intégrer ces nombreux bouleversements et y réagit par l'hyperextension.

Latour (2014, p. 89) a souligné que "*les raidissements du corps sont particulièrement bien repérables à la pataugeoire puisque les enfants y sont quasi nus et qu'ils ne bénéficient plus de l'enveloppe des vêtements*". Lise arrive dans l'espace de balnéothérapie dans son fauteuil et munie d'un peignoir par-dessus son maillot de bain. Elle dispose donc d'une double enveloppe par la coquille structurante que représentent le fauteuil et le contenant chaud et douillet du peignoir. Cependant, pour aller dans l'eau, nous devons petit à petit lui retirer ces enveloppes sécurisantes.

Tout d'abord, nous lui enlevons son peignoir. Mais très rapidement après, le conte commence et nous lui proposons des caresses mouillées. L'enveloppe corporelle est encore éprouvée par Lise par le biais de nos contacts contenant sur l'ensemble de son corps. Pendant les caresses mouillées, Lise est rarement excitée, mais plutôt attentive. Puis vient le moment où nous l'aidons à se lever, à marcher jusqu'à l'eau et à s'y immerger. Une fois dans l'eau, Lise n'a alors plus son fauteuil pour la maintenir. Elle se perd dans l'immensité du bassin qui n'a lui, rien de contenant. En conséquence, Lise se perd dans une excitation et une hypertonie qu'elle ne contrôle pas, accompagnées par une volonté incessante de boire l'eau. Elle répond à ces nouvelles stimulations par une augmentation de la tension de son enveloppe tonique. Elle se fait alors "*plus dure que dure*" afin de s'assurer une fonction de pare-excitation (Robert-Ouvray, 2009, p. 164 à 170). Lise tente peut-être de retrouver la contenance et la sécurité qu'elle a perdues, auparavant apportées par les appareillages et les vêtements.

Illustration clinique : Myriam, jeune adulte à l'IME, porte de jour et de nuit de grandes attelles aux bras. Elle est également en fauteuil. Elle est vue avec cinq autres jeunes dans un groupe semblable au groupe "Jeux découvre". Nous les accompagnons au sol après avoir retiré leurs différents appareillages. Lorsque nous enlevons les attelles de Myriam, elle agite soudainement ses bras vers sa tête et se met à pleurer. Pendant quelques minutes, elle semblait éprouver un profond mal-être. Nous pouvons supposer que ses attelles toujours présentes, plus qu'une enveloppe structurante, sont devenues une seconde peau que brutalement nous lui avons arraché.

Je pensais initialement que les sourires et l'excitation de Lise étaient une manifestation d'exaltation et d'enthousiasme procurée par l'eau. Mais vus sous cet angle, nous pouvons supposer qu'il s'agit davantage de signes d'angoisses dus à la perte de la seconde peau qu'éprouve Lise à travers ses vêtements et ses appareillages.

Latour compare ce changement d'état tonique aux raidissements et trémulations des nourrissons que l'on déshabille trop rapidement. La qualité de la vitesse à laquelle Lise est transférée de son fauteuil à l'eau est donc centrale. En effet, il aurait peut-être fallu ralentir encore davantage l'entrée dans l'eau pour que Lise ait le temps d'appivoiser le milieu aquatique.

Lise a donc nécessairement besoin que nous l'aidions à restituer ces enveloppes qu'elle a perdues, et que l'eau seule ne paraît pas lui fournir par sa fonction de double peau enveloppante. Tentons à présent d'exposer les moyens qui nous ont permis de reconstituer une enveloppe psycho-corporelle à Lise durant les séances en balnéothérapie, autrement que par l'enveloppe tonique qu'elle emploie si souvent.

2. La reconstitution d'une enveloppe psycho-corporelle

2.1. L'enveloppe tactile

L'enveloppement répond à un besoin du sujet d'être contenu physiquement et psychologiquement. Il est pertinent lorsque nous observons un défaut de contenant : la personne n'a pas eu un *holding* de qualité en tant que bébé, ou alors comme Lise, sa pathologie ne lui permet pas d'acquérir ce sentiment de contenance.

Tout d'abord, nos propositions ont permis à Lise d'expérimenter une enveloppe tactile. Les enveloppes sensorielles ont bien évidemment eu une place centrale lors du conte, et l'enveloppe tactile en fait partie.

Durant le conte sensoriel, l'enveloppe tactile a été procurée par contact direct - par notre corps ou le tissu - ou bien indirectement par le biais de l'eau. Le choix du contact direct se retrouve au moment des portages, des caresses mouillées ou encore de l'enveloppement dans le tissu à la fin du conte. Lise peut sentir ces contacts de manière franche. Ils englobent de façon plus ou moins importante son corps et agissent comme une seconde peau structurante. Ils assurent une fonction contenante, comme un sac, et s'offrent en réceptacles passifs au dépôt des sensations, des images et des affects de Lise (Anzieu, 1995, p. 121 à 128).

Observations en séance : Lise semblait particulièrement apprécier ces contacts francs et forts. Elle les percevait mieux et y répondait corporellement par un sourire, une réaction d'excitation ou au contraire d'apaisement et de recentration. Ces apports en séance semblaient efficaces lorsque Lise était déjà dans un état tonique régulé, mais ils permettaient également de l'emmener vers cet état, ce qui a été précieux en séance. En effet, la contenance physique par le portage ou le tissu permettait d'abaisser considérablement l'hyperextension de Lise. L'effet était parfois de courte durée, mais d'autres fois, cela nous permettait d'aborder sereinement des propositions où Lise était moins contenue, comme lorsqu'elle marchait en étant uniquement soutenue par les mains. Elle bénéficiait encore du sentiment d'unité corporelle procurée par l'enveloppement et, de ce fait, elle ne cherchait plus à boire et pouvait faire autre chose dans l'eau.

À d'autres moments du conte, le sentiment de contenance est amené par des contacts indirects, majoritairement par l'intermédiaire de l'eau, avec les massages d'eau ainsi que les multiples bulles produites lorsque nous créons des vagues durant la tempête. Que ce soit par la pression de l'eau ou par les stimulations tactiles qu'elle offre, nous avons souhaité que Lise ressente plus intensément les limites de son corps.

Observations en séance : nous avons cependant constaté que l'apport d'une enveloppe psychocorporelle par le biais de l'eau ne s'est pas avéré aussi efficace que le précédent. En effet, Lise n'y réagissait pas systématiquement. Soit les stimulations tactiles n'étaient pas assez puissantes pour qu'elle les ressente et qu'elle s'y intéresse, soit les stimulations engendraient plus d'excitation que d'apaisement. Ainsi, les contacts directs ont été plus structurants pour Lise.

La voix peut quant à elle être considérée comme une enveloppe à distance. Nous allons voir à travers l'exemple de Camille comment celle-ci peut être complémentaire avec l'enveloppe par contact.

Illustration clinique : je reprends ici l'exemple de Camille⁵. Lors d'une nouvelle séance où Camille se remet à claquer des dents lorsqu'elle n'a pas les mains à la bouche, nous lui proposons un enveloppement dans le même tissu que celui utilisé pour le conte sensoriel avec Lise. Les claquements de dents ont cessé pendant quelques minutes, puis ont repris. Nous lui avons alors chanté une berceuse, et les claquements de dents se sont tus à nouveau.

⁵ Voir "Les aspects pathologiques de l'oralité", p. 42

Nous voyons à travers cet exemple l'insécurité que peut ressentir cet enfant lorsque le trou de la bouche n'est plus comblé : il faut à tout prix maîtriser ce vide par les claquements de dents, sinon le corps perd l'unité apportée par ce rassemblement. L'enveloppement dans le tissu ne semblait pas être assez contenant et sécurisant pour Camille. Mais en couplant une enveloppe tactile et sonore, des résultats apparaissent. Pendant quelques instants, elle a pu retrouver une unité psycho-corporelle autrement que par le remplissage de la bouche. La reconstitution d'une enveloppe psycho-corporelle, notamment par l'enveloppe sonore, semble donc elle aussi avoir toute sa place dans la reconstitution d'une contenance en balnéothérapie pour Lise.

2.2. L'enveloppe sonore

L'enveloppe sonore est elle aussi une enveloppe sensorielle que nous avons beaucoup investie lors du conte sensoriel.

Cette enveloppe peut s'apparenter en partie aux quatre composantes de la musique : la vibration, le rythme, la mélodie et le sens.

Premièrement, *“la vibration aide à la perception d'un corps “habité”, d'un dedans et d'une enveloppe du corps”* (Hiéronimus, 2011, p. 425). Nous pouvons alors faire le lien avec le fait que Lise émet souvent des sons graves ; sons émettant le plus de vibrations. Latour (2014, p. 90), lorsqu'elle traite de la recherche du dur dans le corps des enfants autistes, évoque que certains produisent des *“cris qui ont pour caractéristique de faire vibrer la colonne phonatoire par des vibrations “dures”*. Lise est alors sûrement dans cette recherche de vibrations, lui procurant un sentiment de consistance interne - particulièrement au niveau de l'axe - en dehors d'une mise à la bouche des objets ou de l'eau. Par ailleurs, durant le conte sensoriel, nous usons également de ces vibrations lorsque nous crions *“ehohhh”* pour appeler le bateau venant sauver le marin. L'acoustique proposée par l'espace de balnéothérapie amplifie les ondes sonores et des vibrations peuvent être ressenties.

Le rythme et la mélodie de la voix ont également été des éléments centraux pour contenir Lise. Nous modifions ces paramètres durant le conte, en intensifiant ou diminuant notre débit de parole selon le degré d'excitation des séquences du conte, et en prenant une voix plus ou moins mélodieuse. C'est sans hésitation l'incarnation d'une voix douce et mélodieuse qui a été la plus adaptée avec Lise. Dans le cas contraire, l'excitation prenait trop d'ampleur et Lise n'était plus dans un état de disponibilité. Nous n'avons donc pas négligé l'importance des berceuses en séance, en les chantant plus longtemps que ce que je prévoyais initialement pour ce conte. Hiéronimus (2011, p. 426) affirme que *“la mélodie nous renvoie au monde de l'harmonie, de la douceur, que nous avons*

peut-être eu la chance d'appréhender dès notre enfance au travers des berceuses : la mélodie apaise et contient". Comme nous l'avons déjà évoqué, la berceuse a été la plupart du temps associée à un portage en enroulement de Lise dans nos bras. Nous remettons en scène des vécus archaïques chez elle, lui permettant de retrouver cette posture de bébé, portée et enroulée dans les bras de sa mère lui chantant une berceuse pour l'endormir. Ce n'est alors pas surprenant que Lise se mette à sucer son pouce uniquement à ce moment de la séance. De ce fait, cette action ne semble pas seulement être liée à la position d'enroulement qui favorise le lien main-bouche, mais dépend également d'une composante psycho-affective. Lise retrouve à travers cette proposition musicale un apaisement qui se traduit dans son tonus : elle accepte les appuis que nous lui proposons et peut laisser son poids dans nos bras.

Ces deux enveloppes - tactile et sonore - sont essentielles. Toutefois, celles-ci prennent plus de sens lorsque des mots y sont ajoutés.

2.3. L'enveloppe des mots

En séance, nous ne cessons de verbaliser ce qu'il se passe pour le patient. C'est en quelque sorte ce que fait la mère avec son bébé. Lorsqu'il pleure, elle tente de comprendre. Elle cherche alors les raisons pour lesquelles il pourrait éprouver un mal-être : est-ce la faim, la fatigue, la couche qui est souillée ? Très rapidement, la mère reconnaît les pleurs du bébé et devine ce qui en est la cause. Si le bébé a faim, la mère met des mots sur cet éprouvé corporel, par exemple en lui disant : *"tu as peut-être faim, ce n'est pas très agréable d'avoir faim, maman est en train de te préparer ton biberon ça sera bientôt prêt"*. Les mots de la mère viennent combler le vide de la faim ressentie par le bébé. Suite à cela, l'attente sera beaucoup mieux tolérée par le bébé qui ne se sent pas abandonné. Ainsi, la mère élabore les vécus bruts de son bébé en mettant en jeu sa fonction alpha. Elle se base sur ses propres vécus et, de manière empathique, elle se met à la place de son enfant. Au fur et à mesure du temps, il intégrera ses sensations et en aura une représentation psychique. Les éprouvés psycho-corporels seront alors mieux tolérés (Bion & Robert, 2018).

Lors de nos trois années d'études en psychomotricité, nous tentons de développer cette capacité de mettre en mots ce que nous avons vécu ou sommes en train de vivre. À travers diverses propositions, nous revivons des expériences plus ou moins primaires, automatisées avec le temps. Ce travail de verbalisation prend tout son sens face à des jeunes porteurs d'un polyhandicap qui sont dans l'incapacité d'exprimer ce qu'ils ressentent verbalement, ou qui ne peuvent le penser psychologiquement. Notre rôle est alors de leur montrer que nous avons compris le message qu'ils essayent de nous exprimer, que ce soit une douleur, un besoin ou encore un désir.

Latour (2014, p. 142) reprend les propos d'Anzieu qui parle quant à lui de signifiants formels pour traiter des contenants psychiques qui ne sont pas encore construits, ou bien fortement altérés. En tant que soignant, il s'agit alors de les restaurer en posant des mots sur ce que l'enfant ne peut exprimer de lui-même, à travers des représentations concrètes et analogiques. *“Les soignants deviennent ainsi pour partie, et face aux phénomènes les plus archaïques, des pourvoyeurs de formes, si possible de formes organisatrices”*.

Nous pouvons faire l'hypothèse que l'hyperextension de Lise est engendrée par le fait qu'elle ne met pas de sens sur ce qui se passe et sur les stimulations sensorielles qu'elle reçoit. Durant le conte, nous avons verbalisé à Lise différents éléments, afin de contenir ses états tonico-émotionnels et de l'envelopper par nos mots. Bien sûr, cette mise en mot reste subjective, car nous nous basons sur nos propres vécus et que ceux-ci divergent selon les individus. Du fait que nos paroles soient subjectives, elles ne correspondent peut-être pas à ce que vit Lise et sont donc exposées comme des hypothèses, plus que des affirmations.

Lors du conte, nous avons transcrit à voix haute ce qui se passait pour Lise, ainsi que pour nous. Il s'agit pour Latour (2014, p. 149) du moment du constat, durant lequel nous énonçons les états psycho-corporels de Lise (excitation, bien-être, fatigue, etc.) ; ses intérêts pour une sensation, un objet, ou l'une d'entre nous. Nous mettons aussi des mots sur ses mouvements et postures afin de les conscientiser, parfois dans le but de mettre en valeur ce qu'elle venait d'accomplir, et d'autres fois pour lui en souligner les conséquences, comme lorsqu'elle boit de l'eau. Pour finir, nous énonçons également les hypothétiques ressentis corporels ou psychiques qu'elle pouvait percevoir, comme lors des épisodes de la cascade et de la douche, où nous décrivons oralement le bruit et la puissance de l'eau qui coule de l'arrosoir, les textures des éponges, la sensation que Lise peut éprouver en les contactant, ou encore les états d'excitation que cela engendre pour Lise.

Lise est attentive aux mots que nous portons sur ses actes. Elle nous écoute et stoppe parfois ses gestes désorganisés et insensés. Nous pouvons alors considérer que nos verbalisations jouent le rôle d'une enveloppe contenante au sens de Bion et permettent au patient de consolider sa fonction de pare-excitation (Anzieu, 1995, p. 121 à 128). Nos paroles, seules, sont cependant rarement efficaces, mais couplées aux enveloppes tactile et sonore, elles semblent véritablement apporter une contenance à Lise : les limites de son corps prennent forme à travers les propositions de pressions, de contact, de vibrations sonores ; et ses sensations prennent sens par les mots, ce qui les rend d'autant plus structurantes.

Les différentes enveloppes proposées durant le conte ont, sans aucun doute, un impact sur la disponibilité psycho-corporelle de Lise. Néanmoins, celles-ci ne sont que les paramètres d'un point encore plus central dans la prise en soin de Lise : la relation. Au cours de l'année, j'ai pu percevoir combien sans stimulations relationnelles, Lise n'investit pas ou peu son environnement.

IV. Sur le chemin de la relation

La relation est définie par Le *Petit Larousse illustré* (1979, p. 877) comme “*le rapport existant entre deux grandeurs, deux phénomènes*”. Il s'agit d'un phénomène actif et intersubjectif. En psychomotricité, “*c'est cette relation qui reste garante de la réalité du sentiment d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer dans ce rapport d'aide*” (Scialom et al., 2011, p. 295). La relation permet effectivement à Lise de se sentir exister et de développer ses capacités d'action sur son environnement. De nombreux enjeux entrent donc en compte lorsqu'il s'agit de relation, avec premièrement la verticalité.

1. La verticalité : un support ou une finalité à la relation ?

De manière générale, nous constatons souvent un lien de cause à effet entre relation et verticalité : lorsque nous nous verticalisons, nous sommes plus disponibles et ouverts à la relation. Nous retrouvons ce rapport à travers les chaînes musculaires de Godeliève Denys-Struyf (GDS) (Lesage, 2014). Ces chaînes font le lien entre la biomécanique du corps et les aspects psycho-comportementaux correspondant à ce schème postural. Deux chaînes me paraissent pertinentes à approfondir :

- La chaîne postéro-médiane est caractérisée par le redressement et l'extension dorsale. D'un point de vue psycho-comportemental, c'est une chaîne de différenciation, présente chez des sujets dynamiques, symbolisant l'affrontement, l'affirmation volontaire, la direction et l'engagement ;
- La chaîne postéro-antérieure, elle, se définit par une extension axiale. Au niveau psycho-comportemental, nous retrouvons des sujets axés, présentant des mouvements justes, une disponibilité optimale, un niveau de vigilance accru et qui sont énergiques.

Quel que soit l'âge, la verticalisation de l'axe corporel semble donner accès à une meilleure disponibilité psycho-corporelle.

Exemple clinique : à l'EHPAD, nous débutons chaque groupe thérapeutique par une reprise de la posture des résidents. Nous leur demandons de se redresser et de décoller leur dos du dossier. Les personnes âgées présentent très souvent une cyphose plus ou moins importante. Nous recherchons ainsi par cette consigne à remuscler les muscles dorsaux, mais surtout, nous tentons de les rendre plus disponibles. En effet, une fois redressés, leur posture est plus ouverte, leur regard n'est plus dirigé vers leurs pieds et les qualités attentionnelles sont bien meilleures. Les résidents sont en général plus ouverts à la relation de par la qualité de leur regard, de leur posture, et de leur participation motrice et verbale.

Cependant avec Lise, la verticalisation de l'axe à elle seule ne semble pas lui permettre d'investir ou d'engager la relation. Prenons l'exemple des moments où Lise est dans le motilo⁶. Il s'agit d'un appareillage qui aide à la déambulation grâce à un corset-selle réglable, monté sur un châssis roulant. Cette installation lui offre un appui-dos ainsi qu'un appui ventre, des appuis plantaires, et une assise soutenante et structurante par le corset-selle. Cependant, lorsque Lise est dessus, nous n'observons aucun recrutement tonique de sa part : elle est effondrée et ne cherche à aucun moment à se déplacer lorsqu'elle n'est pas stimulée. Elle est dans sa bulle et ne porte aucun regard ni mouvement vers les objets de son environnement, ou alors uniquement dans le but de mettre quelque chose à la bouche. Par ailleurs, d'après l'équipe de son groupe, lorsque Lise est placée sur le verticalisateur, elle peut y rester jusqu'à quarante-cinq minutes, mais pour cela, l'adulte doit rester proche d'elle et interagir avec elle.

Cette réaction est étonnante, en sachant que Lise cherche souvent à se redresser par elle-même, mais lorsqu'un support lui est proposé à cette fin, elle ne semble pas l'investir. Ces supports à la verticalité ne suffisent pas à Lise pour se mobiliser corporellement et psychiquement : elle a besoin de l'autre comme étayage. Pour elle, tout se joue dans la relation. Elle a besoin de s'appuyer sur le désir et les stimulations de l'autre pour s'éveiller. En effet, elle ne semble pas avoir les appuis internes pour trouver par elle-même cette disponibilité. Certes les portages proposés stimulent la verticalité et l'ouverture relationnelle. Toutefois, il faut qu'une personne en face de Lise étaye elle aussi la relation.

Par ailleurs, le motilo propose à Lise une verticalité passive : elle ne choisit pas de se tenir droite, c'est le corset-selle qui sculpte son corps ainsi, tout comme le verticalisateur. Lise n'est pas totalement libre de ses mouvements. Dans l'eau, au contraire, elle expérimente la verticalité de manière plus active et plus volontaire. Elle se retrouve en position verticale la plupart du temps parce qu'elle le décide. De plus, pour maintenir son corps dans une telle position, elle doit se réajuster seule

⁶ Cf. *infra*, Annexe III, p. I.

aux déséquilibres engendrés par l'eau. Tous ces éléments mettent en évidence que l'eau est un support indirect à la relation, par le biais de la verticalité qu'elle propose et de son caractère vivant, qui rendent Lise moins passive que dans le motilo.

Durant le conte, Lise cherche la verticalité comme lors du moment de marche jusqu'à l'île, mais cette motivation serait tout autre en notre absence et hors de l'eau. Pour Lise, c'est davantage la relation qui prend le rôle de support à la verticalité, et non le contraire. Relation et régulation tonique agissent quant à elles réciproquement : la relation influe sur la régulation tonique de Lise et inversement.

2. Une interdépendance entre régulation tonique et relation

La question de la relation semble éminemment liée à la régulation tonique. En effet, l'hypertonie et l'hypotonie mettent à distance le partenaire : "*l'enfant hypotonique par sa mollesse corporelle et l'enfant hypertonique par opposition d'une carapace musculaire*" (Gauberti, cité par Pireyre & Delion, 2015, p.106). Nous l'avons vu dans les éléments d'observation du conte sensoriel, lorsque Lise est en hyperextension, de par un excès d'excitation, elle n'est aucunement disponible ni dans son corps, ni dans la relation à l'autre. La régulation tonique semble donc être indispensable pour amorcer un échange, un contact de tout type.

Bien souvent, c'est l'hyperextension de Lise qui l'emporte sur la globalité des séances en balnéothérapie. Il y a cependant une séance où ce n'est pas cet état tonique qui a engendré un désinvestissement de la relation. En effet, Lise était disponible et à l'écoute depuis déjà quinze minutes et nous entamions le dernier quart d'heure de la séance. Je la portais à cheval sur ma jambe, son dos contre mon ventre. Au bout de quelques instants, je me suis aperçue que Lise n'était plus "avec nous". Je pensais qu'elle était régulée toniquement, ne sentant plus de résistance dans le portage, mais en réalité elle était totalement hypotonique et ne tenait même plus sa tête. J'ai par la suite compris, qu'à cet instant, la psychomotricienne présente avec moi était en train de préparer la sortie de l'eau de l'enfant vue avec Lise. La deuxième psychomotricienne était absente et Lise n'était donc plus stimulée relationnellement à l'avant, ce qui explique sûrement son état tonique. Il aurait été pertinent après réflexion de lui proposer le portage à cheval inversé où Lise, face à moi, aurait pu être stimulée dans la relation. Nous pouvons tout de même supposer que l'hypotonie était liée à une fatigue ou à une baisse de l'attention.

Tonus et relation sont également connectés car "*le tonus musculaire est le principal agent de la communication émotionnelle*" (Wallon, cité par Robert-Ouvray, 2009, p. 44). Nous pouvons transmettre à l'autre notre état tonique par le toucher, voire à distance par notre voix par exemple. Consciemment ou non, le tonus devient alors un appui pour entrer et guider la relation (Robert-

Ouvray, 2009, p. 46 et 47). En séance, nous nous adaptons mutuellement à Lise par le biais du dialogue tonico-émotionnel. Cette adaptation s'effectue par le contact physique direct, mais également à distance - comme avec les berceuses chantées à Lise - dans le but de l'amener à une régulation tonico-émotionnelle. Nous nous adaptons à elle par notre posture, le ton de notre voix, notre qualité de contact, etc. Et elle s'adapte à nous, sûrement inconsciemment, en reflétant corporellement les états psychiques et corporels que nous lui faisons parvenir par le conte.

La verticalité et la régulation tonique représentent alors des agents, et/ou des résultats de la stimulation relationnelle de Lise. Ils ont été les plus marquants dans sa prise en soin, mais d'autres se sont avérés tout aussi nécessaires en séance pour aborder la relation.

3. Une construction multifactorielle de la relation

Hormis la verticalité et la régulation tonique, d'autres facteurs sont également à prendre en compte pour, à terme, amener davantage Lise dans la relation. Nous retrouvons premièrement la proximité physique.

3.1. La proximité physique

Au vu des troubles visuels de Lise, la proximité physique est un point prépondérant dans cette recherche d'approche relationnelle. Nous avons plusieurs fois observé que Lise ne portait peu, voire pas d'attention aux éléments de l'environnement situés à plus d'un mètre d'elle. Les temps où nous exposons des composantes du conte à distance, comme le bateau arrivant au loin pour les secourir, n'avaient aucun intérêt. Le jeu des distances était plus pertinent à transmettre par la voix lointaine du marin de ce bateau, que par une mise en scène visuelle. Par ailleurs, la proximité physique permet un échange de contacts et de regards de meilleure qualité, notamment lors des portages. L'attention de Lise est nettement différente. Peut-être ressent-elle plus notre présence et se sent-elle moins perdue dans l'immensité et la profondeur de ce bassin qu'elle perçoit mal ?

3.2. La recherche du dur et des stimulations fortes

Outre des stimulations sensorielles proches physiquement, il était également essentiel qu'elles soient de forte intensité. Comme nous l'avons déjà souligné, le polyhandicap de Lise semble impacter sa perception sensorielle et, de ce fait, elle réagit plus aux stimulations fortes. Ce type de stimulation va de pair avec la recherche du dur que Lise semble expérimenter. Dans les moments où Lise colle l'avant de son corps au bord du bassin et qu'elle s'y tient, elle peut manipuler des objets, nous regarde, sourit et vocalise. Elle oriente également plus son corps et ses mouvements vers nous ou toute autre

source d'intérêt. Nous pouvons supposer que de ressentir ou de s'appuyer sur des éléments solides de son environnement lui fait davantage ressentir son corps et ses limites, ce qui d'emblée suscite son attention et l'apaise. Les contacts enveloppants, le serrage dans le tissu ou bien les fortes pressions de l'eau structurent Lise et lui donnent forme. Elle se sent exister et peut ainsi faire exister l'autre dans la relation.

3.3. L'eau

L'eau propose un espace transitionnel privilégiant la relation : immergés, l'eau nous contacte et nous la contactons perpétuellement. Le moindre mouvement de l'autre est transmis par le biais de l'eau. Des contacts indirects sont donc possibles et peuvent faciliter dans un premier temps la relation. Le thérapeute et le patient sont dans le "même bain", car l'eau permet un réel partage sensoriel et émotionnel. De la même façon, elle permet une rencontre dans un espace plus proche et plus intime. Nous observons souvent des patients accepter plus facilement la proximité du corps et du regard dans l'eau, plus qu'à l'extérieur (Potel, 2014, p. 25). En balnéothérapie, Lise vient littéralement nous coller, ce qu'elle ne fait pas lorsque nous la voyons en groupe "Jeux découvrir". Elle vient contacter la poitrine de Véronique en y posant sa bouche. Nous pouvons supposer que le milieu aquatique rappelle la période intra-utérine et que ce caractère régressif amène Lise à rechercher les contacts rassurants et contenant, de ces premiers temps de vie, comme ceux de l'allaitement. Selon Potel (Scialom et al., 2011, p. 325), l'eau peut s'inscrire dans un projet relationnel, car elle propose "*un espace d'expression corporelle où les sentiments, les affects et les éprouvés du corps les plus contrastés peuvent s'y exprimer*". L'eau peut également donner lieu à un projet de socialisation car très vite, il s'instaure un climat de jeu et de circulation fluide. L'enjeu avec Lise a été de faire de l'eau un moyen d'entrer dans la relation à partir du conte sensoriel, et qu'elle ne soit plus uniquement investie comme accrochage à l'espace oral.

3.4. La voix

Lors du conte sensoriel, nous avons beaucoup joué avec notre voix. Nous faisons varier les tonalités de celle-ci et Lise y était très réceptive. Elle nous écoutait et son état corporel se modifiait selon ce que nous étions en train de lui dire. Nous venions mettre du sens sur ce qu'elle faisait ainsi que sur son état tonico-émotionnel. Cela rejoint ce que nous avons exposé précédemment en traitant de l'enveloppe des mots, car nos verbalisations viennent envelopper Lise et la rendent plus disponible. Elles lui permettent de ne pas se perdre dans l'excitation, ou au contraire, de la stimuler lorsqu'elle est en train de désinvestir le lien avec nous. Finalement, la voix a été pendant le conte un paramètre auquel nous avons été très vigilantes. Au fil des séances, la voix a pu devenir un support à la relation,

non plus par nos uniques interventions, mais également par celles de Lise. Elle a pu devenir elle-même actrice de la relation à autrui par sa voix. Nous étudierons aussi les autres évolutions que nous avons pu relever sur le plan relationnel.

4. Les progrès significatifs de Lise dans la relation

Les progrès de Lise au fil de ses séances ont, d'un point de vue relationnel, suivi en quelque sorte l'évolution du bébé.

À sa naissance, le bébé ne se différencie pas du corps de sa mère, ils ne font qu'un. Il est dans une forme de collage physique et relationnel. Lorsque les limites du corps d'un individu ne sont pas encore bien intégrées, il ne différencie pas le dedans du dehors et fusionne avec les objets de son environnement. Il a alors un rapport adhésif aux objets et à l'autre. Latour parle de la nécessité pour l'enfant, dans un premier temps, d'être "*collé à*" avant de pouvoir "*être avec*". Il pourra progressivement passer d'une position adhésive où l'œil est collé à l'objet, à une attitude plus projective où il lui sera possible de regarder où va l'objet. Par ailleurs, Latour cite Spitz qui énonce que "*toute perception passant par le canal de la cavité orale est encore une perception par contact et par conséquent fondamentalement différente de la perception à distance, telles les perceptions visuelles et auditives*" (Latour et al., 2014, p. 93 et p. 119).

En début d'année, Lise était dans un collage à l'objet et à nous. Elle manipulait les objets uniquement pour les mettre à la bouche et nous étions investis principalement comme point d'accroche de Lise pour ne pas qu'elle ne s'effondre ou pour se redresser. Portée face à nous avec l'appui-ventre, Lise se dirige vers notre poitrine, venant s'y coller comme le ferait un bébé pour téter le sein de sa mère. Ainsi, la distinction soi/non soi n'est encore pas totalement en place.

Peu à peu, le bébé va commencer à s'éprouver comme un être à part entière et différencier le Moi et le non-Moi. Ce changement permet par la suite l'apparition d'un tiers dans la relation. Durant le conte, nous avons pu constater cette évolution. Nous échangeons régulièrement les rôles de porteur, metteur en scène et de support à la relation, en partie car Lise se dirigeait d'elle-même vers une autre personne. En début d'année, elle se dirigeait uniquement vers Véronique et était dans le refus d'aller vers Victoria et moi. Véronique suivait déjà Lise en cabinet libéral avant son arrivée à l'IME. Elle la connaît ainsi depuis qu'elle est petite, et Lise associe sans doute Véronique à une figure maternelle. De plus, Véronique est un objet constant dans le cadre des séances en psychomotricité, contrairement à Victoria qu'elle ne voit que depuis un an et moi depuis peu. Mais au cours de l'année, Lise s'est orientée plus spontanément vers nous. Elle accepte maintenant le partage de la relation, laissant la place aux tiers. C'est le cas pour nous mais également pour Camille, l'autre enfant vue avec elle en

séance : Lise ne nous accapare plus et peut entrer en relation avec Camille par des gestes ou le partage d'objets.

Nous nous sommes par ailleurs beaucoup inspirées des vocalisations de Lise pour étayer la relation. À chaque séance, Lise a joué de plus en plus avec sa voix, à travers des enchaînements de tonalités et de syllabes de plus en plus variés. Nous avons donc pris part à ce jeu en l'imitant. Mais là où ce jeu a été intéressant dans ce projet relationnel, c'est dans l'alternance des moments où Lise vocalise, et les moments où nous faisons de même. Nous pouvions parfois enchaîner trois ou quatre séquences consécutives de questions-réponses, où à tour de rôle, Lise émettait un son et s'arrêtait afin que l'on reprenne la même séquence. Ainsi, ses vocalises n'étaient plus un jeu autocentré dans l'unique but que Lise fasse exister la zone orale par l'émission de vibrations sonores, mais elles devenaient un support à la relation. De plus, ce jeu de vocalisations démontre que Lise a intériorisé quelque chose de sa propre enveloppe.

“C'est en effet, par la présence ou l'absence de participation motrice et tactile, que se différencient les sons produits des sons extérieurs à soi : première avancée fondamentale dans l'établissement, sur le plan sonore, des limites du Soi” (Anzieu, 2010, p. 227).

Lise prend en compte l'autre en respectant l'alternance des moments où elle émet une sonorité, et le moment où nous lui répondons.

La relation de l'enfant vis-à-vis de l'objet suit la même évolution. Des conduites instrumentales peuvent apparaître car l'objet, qui ne fait plus partie intégrante de l'enfant, peut enfin être utilisé. C'est ce que nous avons observé en séance lorsque Lise manipule les éponges. Contrairement aux premières séances où les objets étaient tous systématiquement mis à la bouche, Lise peut à présent découvrir l'objet, le manipuler. Cependant, cette évolution reste limitée car les objets autres que les éponges continuent d'être mis à la bouche, tout comme en dehors des séances de balnéothérapie. Mais nous pouvons espérer que ce premier progrès s'élargisse ensuite à d'autres contextes et objets de son environnement.

Suite à ces différents éléments de réflexion et aux évolutions de Lise dans certains domaines, nous pouvons maintenant tenter de réfléchir à d'éventuelles perspectives de prises en soin pour Lise.

V. Perspectives de prises en soin pour Lise

Mon année de stage se termine et l'année scolaire de Lise également. L'année prochaine, l'une des deux psychomotriciennes laissera sa place à une autre, et une nouvelle stagiaire en psychomotricité prendra sûrement ma place. Il est alors intéressant de penser les différentes perspectives qui s'offrent à Lise afin de leur transmettre les éléments d'observation et d'évolution de Lise cette année. Ainsi, elles pourront adapter au mieux la prise en soin.

Premièrement, l'intérêt de continuer de suivre Lise en balnéothérapie semble évident. Contrairement à ce que nous observons de Lise lors du groupe "Jeux découvre", elle est dans l'eau plus disponible, plus dans la relation, et la régulation tonique est facilitée. Cette dernière est possible en partie grâce au travail dans l'eau, permettant des portages qui seraient hors de l'eau irréalisables ou bien trop coûteux pour nous corporellement.

De plus, poursuivre le travail sur la relation serait profitable pour Lise, qui a déjà montré des progrès conséquents dans ce domaine en quelques mois. Il s'agirait peut-être d'approfondir les moyens d'accès à la relation, tels que la régulation tonique, l'enroulement, la verticalité et le travail des enveloppes corporelles, voire d'en découvrir des nouveaux.

Je pense qu'il serait intéressant également d'effectuer davantage de parallèles entre les prises en soin de Lise en balnéothérapie et en groupe "Jeux découvre". Le conte sensoriel présenté dans ce mémoire pourrait par exemple être conté durant ce groupe, en l'adaptant au milieu terrestre, afin qu'il fasse écho pour Lise en balnéothérapie. Par ailleurs, les objectifs thérapeutiques de Lise sont actuellement distincts dans ces deux prises en soin. Nous pourrions alors envisager l'idée que ces objectifs soient complémentaires et qu'il existe une réelle cohérence entre eux.

Par une analyse plus approfondie des séances et des difficultés que nous y avons rencontrées, par la comparaison avec d'autres cas, nous sommes parvenus à mettre en lumière les limites de la prise en soin proposée initialement. En confrontant ces limites aux intérêts majeurs de la prise en soin par le conte sensoriel que nous avons mis en évidence, et aidés des apports théoriques de la recherche, il nous a été possible de dépasser certaines de ces limites. Nous avons ainsi acquis une compréhension plus fine de Lise, et avons donc proposé des améliorations adaptées à sa situation pour une meilleure prise en soin en balnéothérapie à l'avenir.

Conclusion

Arrivées à la fin de cette année de stage et d'observation de Lise, nous notons une évolution dans la façon que Lise a de boire lors des séances de psychomotricité en balnéothérapie. Certes, Lise continue de boire l'eau en séance. Néanmoins, elle boit de manière moins compulsive et plus contrôlée. Elle semble à présent davantage dans une expérimentation sensorielle - vraisemblablement des espaces dedans/dehors - que dans un accrochage à l'axe. Nous pouvons supposer que le recours à la bouche n'a alors plus la même fonction. Il reste difficile de savoir où Lise en est dans l'intégration de son axe corporel. Néanmoins, elle se dirige lentement vers l'autre et vers la découverte de son environnement. Les progrès en balnéothérapie ont été notables, et nous espérons qu'avec le temps, elles se manifesteront aussi en dehors de ce contexte. Ainsi, l'eau ne serait qu'un support provisoire mais essentiel à l'axe et à la relation.

D'autre part, je pense qu'au début de l'année, l'oralité prenait autant de place pour Lise que pour moi. Son investissement de la zone orale accaparait toute mon attention. En séance, je pouvais avoir le sentiment que Lise était plus en relation avec l'eau qu'avec moi, ce qui était très inconfortable. Il m'était difficile de trouver ma place dans ces séances car Lise répétait en boucle ce comportement de boire l'eau. Je ne savais pas comment l'interpréter, ni comment je pouvais agir dessus. La mise en place du conte sensoriel a permis d'amener de nouvelles propositions lors des séances. Au fil du temps, j'ai davantage centré ma réflexion autour du rapport à l'axe corporel de Lise et j'ai alors pu me détacher de l'oralité, tout comme elle.

Cette ouverture m'a également amené à penser qu'il n'était pas uniquement question de l'axe corporel, mais que de nombreux axes thérapeutiques peuvent également être envisagés avec Lise. Il nous faut alors penser à des objectifs plus petits, inscrits dans une prise en charge sur le long terme ; sans oublier l'objectif le plus capital : l'enfant doit éprouver du plaisir.

L'élaboration de ce projet thérapeutique m'a abondamment questionnée, en partie sur la problématique de Lise, la prise en charge de personnes polyhandicapées en balnéothérapie et sur la pertinence du conte sensoriel que j'ai proposé. Seulement, nous ne pouvons répondre à tout, et de multiples interrogations subsistent. Ce sont ces dernières qui rendent le métier de psychomotricien si passionnant et enrichissant.

Cette année de pratique et de réflexion en tant que future psychomotricienne m'a donné l'eau à la bouche pour les années à venir...

Bibliographie

Livres :

Amiel-Tison, C. (1998). *L'infirmité motrice d'origine cérébrale*. Masson.

Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.

Bion, W. R., & Robert, F. (2018). *Aux sources de l'expérience*. Presses universitaires de France.

Brun, A., Chouvier, B., & Roussillon, R. (2019). *Manuel des médiations thérapeutiques*.

Brunet, F. (2010). *Polyhandicap, handicap sévère : Activités motrices et sensorielles*. Actio.

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*.

Coeman, A., & Raulier H de Frahan, M. (2012). *De la naissance à la marche : Le développement psychomoteur de l'enfant tel que présenté dans les formations pour les psychomotriciens et le personnel de la petite enfance*. ASBL Étoile d'herbe.

Freud, S., Cohen Skalli, C., Weill, A., Mannoni, O., & Chiche, S. (2014). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Payot & Rivages.

Haag, G. (2020). *Le moi corporel : À partir de la clinique psychanalytique de l'autisme et de l'observation du premier développement*. PUF.

HAS. (2020). *Protocole national de diagnostic et de soins-Générique polyhandicap*.

Hiéronimus, S. (2011). *Expression vocale : La voix chantée*. Solal.

Larousse, P., & Augé, C. (1979). *Petit Larousse illustré 1979*. Larousse.

Latour, A.-M., Delion, P., & Lafforgue, P. (2014). *La pataugeoire : Contenir et transformer les processus autistiques*. Érès.

Lesage, B. (2014). *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*.

Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*.

- Pebret, F. (2003). *Anatomie, physiologie : Pharmacologie générale*. Heures de France.
- Piaget, J. (1998). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé.
- Pireyre, É. W., & Delion, P. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod.
- Ponsot, G. (1995). *Le Polyhandicap*. CTNERHI : Assistance publique - Hôpitaux de Paris.
- Potel, C. (2014). *Le corps et l'eau : Une médiation en psychomotricité*.
- Robert-Ouvray, S. B. (2009). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Solal.
- Thibault, C. (2017). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant*.
- Wainsten, J.-P. (2017). *Le Larousse médical*.
- Winnicott, D. W., Michelin, M., Rosaz, L., & Spock, B. (1997). *Le bébé et sa mère*. Payot.

Articles :

- Baste, N. (2016). *Méthodes de relaxation : [En 37 notions]*.
- Blouin, C., & Landel, C. (2015). L'importance du conte dans une situation pédagogique. *Empan, n° 100(4)*, 183-188.
- Bullinger, A. (2001). *Les prothèses de rassemblement*. 49, 4 à 8.
- Galdin, M., Robitaille, L., & Dugas, C. (2010). *Les effets des interventions concernant l'activité physique et la motricité des personnes polyhandicapées : Revue de littérature*. 21, 177-191.
- Maes, J.-C. (2005). Essai de (re)définition des mécanismes de clivage. *Psychotherapies, Vol. 25(2)*, 81-89.
- Ponton, G. (2012). Debout. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 172, 46 à 61.
- Quetin, F. (2015). *Les troubles de l'oralité chez l'ancien prématuré* | *Cairn.info*. 41, 271 à 280.
- Van Damme, P. (2002). Dépression et régression. *Gestalt, no 23(2)*, 109-126.

Mémoires :

Baudry, C. (1999). *La diplégie spastique et ses conséquences psychomotrices*. Mémoire de psychomotricité.

Marion, L. (2020). *La psychomotricité : Une réponse singulière au défaut d'enveloppe psychocorporelle*. Mémoire de psychomotricité. Université de Bordeaux, Bordeaux.

Liens internet :

(1) Académie d'Aix-Marseille, établissements et services du secteur médico-social - 02/11/2020

<http://www.ash13.iен.13.ac-aix-marseille.fr/spip/spip.php?article799>

(2) Marie Fortier, la spécialiste des bébés - 20/01/2021

<https://mariefortier.com/postnatal/bebe-avec-regurgitation-vomissement-ou-reflux>

(3) Groupe Polyhandicap France - 23/11/2020

<https://gpf.asso.fr/>

(4) Passeport santé, le syndrome de Little - 16/11/2020

<https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=syndrome-little>

(5) APF France handicap, le polyhandicap - 07/12/2020

<https://www.apf-francehandicap.org/polyhandicap-1556>

(6) Le monde, dicocitations, citation d'Archimède - 12/04/2021

<https://dicocitations.lemonde.fr/auteur/168/Archimede.php>

(7) Des jeux sans jouets : Les jeux de nounous ou les « petits contes en jeu » - 21/03/2021

<https://www.cairn.info/revue-spirale-2006-3-page-199.htm>

(8) Mômes, doucement s'en va le jour - 18/04/2021

<https://www.momes.net/chansons-et-histoires/berceuses/doucement-sen-va-le-jour-840958>

(9) Persée, organisation neuropsychologique de certains fonctionnements -25/02/2021

https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1985_num_38_2_2887

(10) Thérapie miroir, prise en charge post-AVC - 02/04/20212021

<https://therapiemiroir.com/prise-en-charge-post-avc/>

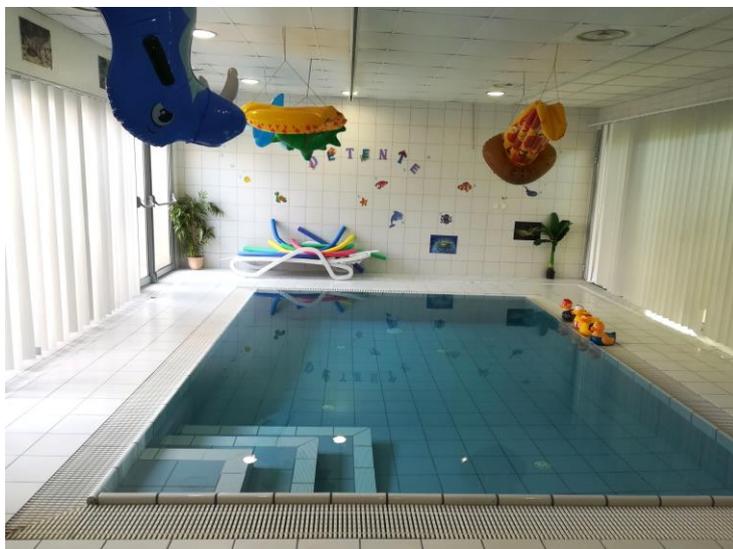
Annexes

Annexe I : l'homonculus sensoriel de Penfield :

(10) <https://therapiemiroir.com/prise-en-charge-post-avc/> (site consulté le 02/04/2021)



Annexe II : l'espace de balnéothérapie de l'IME (photo prise le 01/04/21 à l'IME)



Annexe III : le motilo de Lise (photos prises le 29/04/21 à l'IME)



Résumé

Dans le ventre de sa mère et durant sa première année de vie, le bébé investit davantage la zone orale, plus que les autres parties de son corps. Puis avec le temps, il s'ouvrira à son environnement et partira à son exploration. Ce processus peut cependant se trouver ralenti, voire interrompu chez certains enfants, notamment dans le cas des personnes polyhandicapées. Pour celles-ci, la bouche semble rester le lieu d'exploration privilégié, et plus que cela, elle peut devenir un point d'accroche, le seul refuge pour tenir, notamment lorsque l'axe ne peut assurer ce rôle. Ce mémoire interroge les liens entre oralité et axe corporel ainsi que la mise en place d'une prise en soin en balnéothérapie pour ces sujets. Nous proposerons ici un conte sensoriel qui placera l'eau et les bénéfices qui lui sont attribués au cœur des propositions thérapeutiques et de la problématique du sujet polyhandicapé.

Mots-clés :

Oralité - axe corporel - balnéothérapie - conte sensoriel - polyhandicap

Abstract

In his mother's womb and during his first year of life, the baby invests more in the oral zone, more than other parts of his body. Then over time, it will open up to its surroundings and set off to explore it. However, this process can be slowed down or even interrupted in some children, especially in the case of people with multiple disabilities. For them, the mouth seems to remain the privileged place of exploration, and more than that, it can become a point of attachment, the only refuge to hold on, especially when the axis cannot fulfill this role. This thesis examines the links between orality and the body axis as well as the implementation of care in balneotherapy for these subjects. We will propose here a sensory tale that will place water and the benefits attributed to it at the heart of the therapeutic proposals and of the problematic of the multi-disabled subject.

Key-words :

Oral - body axis - balneotherapy - sensory tale - polyhandicap