



HAL
open science

Psychomotricité et polyhandicap : l'importance du toucher auprès de la personne polyhandicapée

Léna Jannot

► To cite this version:

Léna Jannot. Psychomotricité et polyhandicap : l'importance du toucher auprès de la personne polyhandicapée. Sciences de l'Homme et Société. 2022. <dumas-03720804>

HAL Id: dumas-03720804

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03720804v1>

Submitted on 12 Jul 2022

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.



HAL Authorization

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Science de la Santé : Institut Universitaire des Sciences de la
Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**Psychomotricité et polyhandicap :
L'importance du toucher auprès de la personne
polyhandicapée**

JANNOT Léna

Née le 14/08/2000 à Mont de Marsan (40)

Directrice de mémoire : LOONES Marie

Juin 2022

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement Marie, ma maitre de stage et de mémoire, pour son aide, son soutien, sa disponibilité et sa bienveillance tout au long de l'année. J'ai pu à ses côtés apprendre, donner du sens à ma pratique et enrichir ma future identité professionnelle.

Je remercie également l'ensemble des professionnels de l'institution pour leur accueil, les expériences partagées et leur professionnalisme.

Je souhaite aussi remercier ma maitre de stage Mélissa, qui a grandement participé à ma formation de psychomotricienne.

Je n'oublie pas de remercier les personnes que j'ai pu accompagner lors de mes différents stages. Merci pour leur confiance, leur participation et leur reconnaissance.

Un grand merci à mes proches, à mes parents et ma soeur, pour leur soutien et leur encouragement.

Et pour finir, merci à mes amis, en particulier Maé et Marion, pour tous les moments partagés et le soutien mutuel.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Avant-propos	4
Introduction	5
I - Le toucher	7
1. Généralités sur le toucher	7
2. Sensorialité et développement du toucher.....	9
3. Rôles des interactions corporelles et affectives dans le développement psychique de l'enfant	16
4. Représentations sensori-motrices : toucher pour connaître et agir	23
II - Le polyhandicap	24
1. Généralités sur le polyhandicap	24
2. Spécificités du polyhandicap	27
3. Place du toucher auprès de la personne en situation de polyhandicap.....	35
III - L'apport du toucher en psychomotricité auprès des sujets polyhandicapés	40
1. La psychomotricité et le psychomotricien	40
2. Les composantes impliquées dans le toucher	45
3. Les rôles et les fonctions du toucher	47
4. L'institution : La Maison d'Accueil Spécialisée	53
5. Présentation de Eva.....	55
Conclusion	70
Bibliographie	72
Table des matières	75

Avant-propos

« Toucher une personne polyhandicapée, c'est lui raconter son corps, c'est l'accompagner dans une exploration active, une découverte ou une reconnaissance, c'est lui rappeler que son corps reste l'élément premier de son identité, le siège de ce qu'il est ».

G. Munoz (2003)

Introduction

Tout au long de l'année, j'ai réalisé mon stage dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) qui assure l'accompagnement de personnes adultes en situation de polyhandicap et/ou présentant des troubles du spectre de l'autisme.

Le milieu du polyhandicap m'était totalement inconnu. Je m'interrogeais grandement sur le travail du psychomotricien auprès de cette population. Dès mon arrivée dans la structure, j'ai été marquée par l'importance du handicap et toutes les restrictions qu'il entraîne.

Dans un second temps, j'ai remarqué que certains résidents ont tout de suite été très tactile avec moi. Ils me touchaient les mains, collaient leurs visages au mien, voulaient me prendre dans leurs bras. J'ai été au départ très surprise et parfois mal à l'aise face à cela. C'est à partir de ce moment-là que j'ai commencé à me questionner sur les fonctions du toucher auprès des personnes en situation de polyhandicap.

J'ai alors constaté que le toucher était omniprésent dans leur quotidien, tant dans les soins qu'ils leur sont procurés que dans la façon d'entrer en relation avec eux. Ils sont en effet touchés régulièrement par de nombreux professionnels. Par ailleurs, je me suis rendue compte qu'ils étaient très limités pour aller à la rencontre de leur environnement et agir sur ce dernier.

De ces différentes observations et rencontres, de nombreuses interrogations ont émergé :

- Dans quelle mesure le toucher est-il un support de communication et de relation ?
- Comment le toucher permet-il d'améliorer et d'enrichir le vécu des personnes ?
- Le toucher est-il un moyen de venir à la rencontre de son environnement ?

On peut donc se demander, plus généralement, quelle est l'importance du toucher dans l'accompagnement de la personne polyhandicapée en psychomotricité. Quels sont les rôles et les fonctions du toucher ?

Dans un premier temps, j'aborderai le toucher en mettant en avant les modalités physiologiques sur la peau, le développement du sens du toucher mais aussi son rôle dans le développement de l'enfant.

Par la suite, je présenterai le polyhandicap avec toutes les difficultés et conséquences qu'il engendre. Puis, je développerai la place qu'occupe le toucher auprès de la personne en situation de polyhandicap.

Et dans une dernière partie, je mettrai en lien le travail du psychomotricien auprès de la personne polyhandicapée par le biais du toucher. Je mettrai en évidence l'importance de ce dernier dans la prise en charge.

I - Le toucher

1. Généralités sur le toucher

1.1 définitions

Il me semble pertinent dans un premier temps de définir quelques termes en relation avec le toucher.

Le toucher provient du latin « *toccare* » qui signifie heurter.

D'après le Larousse, le toucher signifie :

- « être, entrer en contact physique avec quelque chose ou quelqu'un »
- « mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur »
- ou bien encore « émouvoir quelqu'un, faire impression sur sa sensibilité »

Le toucher fait également référence au sens tactile, c'est à dire à tous ce qui va être perçu par l'organe sensoriel du toucher : la peau.

Il est important de savoir que le toucher est le premier sens à apparaître et le dernier à se détériorer. C'est souvent grâce au toucher que nous pouvons établir un lien de communication avec une personne en fin de vie ou une personne n'ayant pas accès à la communication verbale.

La particularité du toucher est qu'il est le seul sens à être réflexif. Autrement dit le toucher implique une réciprocité immédiate : on ne peut pas toucher sans être touché.

De plus, d'après **T. Hall** (1978), « de tous nos sens, le toucher est le plus personnel ». Les sensations tactiles sont souvent difficiles à exprimer car elles sont propres à chacun et elles engagent nos expériences passées et notre sensibilité.

La notion de contact est aussi importante à prendre en compte. D'après le Larousse, cela correspond à « l'état ou position de deux corps qui se touchent »

C. Defresne (2012) infirmière et cadre de santé indique que « le toucher, le tact, le contact mettent en jeu notre mode de relation, de communication envers soi et les autres. C'est un langage qu'il faut apprendre à décoder. Le toucher est donc un soin relationnel. »

1.2 Différents types de toucher

Tout contact peut être associé à une émotion. Toucher peut alors déclencher une répulsion ou au contraire un apaisement, tout dépend l'intention qui lui est donnée et la façon dont il est réalisé.

Il existe différentes approches impliquant le toucher que nous pouvons utiliser en psychomotricité. Afin de nous adapter à chaque personne nous pouvons modifier nos mouvements et leurs intensités : allant de l'effleurement à un toucher plus net, plus appuyé. Il y a également la possibilité d'utiliser un médiateur comme une balle ou un objet, lorsque le contact cutané direct semble difficile à accepter.

Par exemple, le toucher peut être considéré comme structurant, lorsque ce dernier vient affirmer l'unicité du corps. Il peut aussi être réalisé avec des gestes fermes qui viennent mettre en évidence la solidité du corps. Ou au contraire, il peut être surprenant et invasif s'il n'est pas annoncé et qu'il n'exprime pas clairement son intention. Le toucher vient alors faire appel à une dimension psychologique.

1.3 Les modalités psychologiques du toucher

Le toucher n'est pas quelque chose d'anodin, il est à manier avec prudence. Chaque personne possède sa propre histoire vis-à-vis du toucher. Toutes les expériences corporelles d'un sujet qu'elles soient agréables ou non vont constituer une mémoire corporelle. Notre toucher va venir réactiver des informations sensorielles en lien avec le vécu émotionnel de la personne. Il peut ainsi réveiller des émotions et des souvenirs. Il est donc primordial qu'une relation de confiance s'établisse et qu'une prise en compte de tous les éléments non verbaux se fasse afin de veiller au bien-être du sujet et de s'ajuster à ses besoins. (**Charpentier**, 2014)

Il est aussi important de faire attention aux mots que nous utilisons. Un mot, une parole va venir toucher l'autre. Ce dernier va l'interpréter en fonction de son vécu.

D'une certaine façon, le regard va venir toucher le corps d'autrui. À travers le regard du soignant, le sujet va venir rechercher du réconfort, de la chaleur, des encouragements et la confirmation de ce qu'il perçoit.

En fonction de notre histoire, de notre passé, de nombreux éléments du quotidien peuvent venir nous toucher et raviver certains souvenirs comme une musique ou une odeur. D'après **C. Potel** (2009), « être touché introduit la dimension de l'émotion ».

On peut alors se demander comment se développe le toucher ? À quel organe fait-il appel ?

2. Sensorialité et développement du toucher

2.1 Sensorialité

Selon la théorie apportée par ma formation, la sensorialité fait référence à :

- L'extéroception qui désigne le domaine de la sensibilité somatique qui regroupe la sensibilité à tous les stimulus concernant l'extérieur de l'organisme par l'intermédiaire de la peau, des phanères, des muqueuses. Les sensibilités extéroceptives se regroupent en deux catégories :
 - celles qui captent les stimulations de contact, comme le toucher et la gustation,
 - celles qui captent les stimulations de sources distantes du corps, comme la vision, l'olfaction, l'audition.

- L'intéroception qui fait référence aux signaux qui proviennent du corps. Elle comprend :
 - la proprioception qui est la perception de la position des différentes parties du corps grâce aux articulations, aux muscles, aux ligaments,
 - la perception vestibulaire qui concerne les informations liées à l'équilibre et l'orientation du corps en lien avec l'oreille interne,

- la thermoception qui est la perception de la température,
- la nociception qui concerne la perception de la douleur,
- la perception viscérale qui est la perception de l'état des viscères,
- la baroception qui est la détection de la pression artérielle.

2.2 La peau et le toucher

La peau est une membrane souple et résistante qui vient recouvrir l'ensemble du corps. C'est le système d'organe le plus étendu de l'organisme. Sa superficie est d'environ 2 500 cm² chez le nouveau-né et 18 000 cm² en moyenne chez l'adulte. Environ 65% du poids de la peau correspond à de l'eau. Le reste correspond à des lipides, des acides gras, des glucides et des acides aminés. La peau va permettre des échanges avec l'extérieur du corps et participe à la fonction métabolique du corps. Par exemple, les pores de la peau vont permettre d'absorber certaines substances comme de la crème mais ils vont aussi permettre l'élimination de la sueur ou la respiration cutanée. La peau est un organe unique et vital car sans les fonctions assurées par celle-ci, l'individu ne peut pas vivre, alors qu'il survit à la perte d'un des autres sens : vue, ouïe, odorat, gustation. (**Vaivre-Douret**, 2003)

La peau provient de la plus externe des trois couches cellulaires de l'embryon : l'ectoderme. De ce même tissu embryonnaire découle le système nerveux ainsi que les organes sensoriels du toucher, de l'odorat, du goût et de l'audition.

La peau est composée de trois couches : l'épiderme est la couche la plus superficielle formée par un tissu épithélial, le derme est composé d'un tissu conjonctif et l'hypoderme est la partie la plus profonde de la peau, elle est riche en tissus adipeux. La couche superficielle de notre peau peut se renouveler complètement en 3 ou 4 semaines.

a) Organe de sensation

La peau est l'organe sensoriel du toucher qui va nous renseigner sur la forme, le contact, la consistance, la température des objets. Le toucher existe donc seulement grâce à la peau.

Tout au long de la vie, la peau va continuer à se développer ainsi que sa sensibilité. Les différentes stimulations reçues de l'environnement vont permettre d'enrichir cette sensibilité.

La peau possède de nombreux récepteurs sensoriels qui vont réagir à des facteurs mécaniques comme le toucher, les pressions, les vibrations, l'étirement, la chaleur, la douleur. Cependant, on remarque une répartition inégale des récepteurs sur la surface du corps. C'est pour cela que certaines zones sont plus ou moins sensibles. Par exemple, la région buccale, très utilisée chez les nourrissons, et les mains (notamment la face palmaire) sont des zones abondantes en récepteurs sensoriels et très performantes dans le domaine tactile. En revanche, le dos est une zone réduite en récepteurs sensoriels. (**Montagu**, 1979)

Dans le système somato-sensitif, on va rencontrer différents types de récepteurs : les mécanorécepteurs, les nocicepteurs, les thermorécepteurs et les propriocepteurs. Les récepteurs vont être différents en fonction de leurs répartitions, de la topographie (les extérocepteurs sont sensibles aux actions externes, les propriocepteurs à la position ou aux déplacements du corps, les intérocepteurs aux états viscéraux) et de la nature de la stimulation. (**Vaivre-Douret**, 2003)

Les mécanorécepteurs sont les récepteurs du tact et de la pression. Dès la septième semaine de gestation, on les voit apparaître dans la région péribuccale. À la vingtième semaine, ils sont présents sur toute la surface cutanée et les muqueuses. Certains ont de petits champs récepteurs, ils vont être concentrés sur la pulpe des doigts et renseignent sur la forme des objets alors que ceux qui ont un champ récepteur plus large vont donner des informations sur les vibrations, l'étirement de la peau ou le mouvement des articulations. (**Vaivre-Douret**, 2003)

On distingue différents types de mécanorécepteurs :

- Les corpuscules de Meissner fournissent des informations sur le tact fin. Ils sont particulièrement sensibles au toucher léger comme par exemple le glissement d'un objet sur la surface de la peau. Ils sont en plus grande quantité au niveau des lèvres, de la paume de la main et de la plante du pied.
- Les corpuscules de Merkel renseignent sur l'aspect statique et dynamique d'un stimulus tactile. Ils aident aussi à percevoir la forme et la texture des objets ainsi que les différents reliefs (points, bords et courbes).

- Les corpuscules de Pacini donnent des informations sur les objets saisis. Ils facilitent la manipulation fine.
- Les corpuscules de ruffini sont sensibles à l'étirement de la peau lors d'un mouvement.

Ces récepteurs ont un rôle d'interface entre le corps et l'objet afin d'appréhender les différentes caractéristiques comme la texture, la forme, la grandeur, la densité ou la température. Le toucher actif implique l'utilisation de plusieurs types de récepteurs. Ce toucher a pour objectif de donner une image mentale de l'objet manipulé. **(Vuilleumier et al., 2020)**

Les nocicepteurs sont les récepteurs à la douleur. On distingue les nocicepteurs superficiels et profonds. Il y a les nocicepteurs superficiels thermiques ou mécaniques qui sont à l'origine d'une douleur aiguë et les nocicepteurs superficiels polymodaux qui sont à l'origine de douleurs sourdes. Les nocicepteurs profonds viscéraux indiquent des douleurs sourdes rapportées. En plus des sensations perçues, il existe des réponses réflexes de fuite ou de retrait, ainsi qu'une série de changements physiologiques résultant de l'implication du système émotionnel. La sensibilité nociceptive de l'enfant semble être supérieure à celle de l'adulte. **(Vaivre-Douret, 2003)**

Les thermorécepteurs vont percevoir les variations de température. Ces récepteurs sont particulièrement présents au niveau péri buccal et au niveau des doigts.

Les propriocepteurs jouent un rôle important dans l'adaptation musculaire et la mise en place de la posture.

D'après **A. Montagu** (1979), la peau possède quatre fonctions physiologiques :

- elle protège le corps des agressions extérieures
- elle est un organe sensoriel
- elle est un régulateur thermique
- elle est un organe métabolique : elle intervient dans le métabolisme des réserves de graisse et dans celui de l'eau et du sel.

Selon **L. Vaivre-Douret** (2003), « son élasticité amortit les chocs. Son imperméabilité retarde l'action des substances corrosives. Sa mauvaise conductibilité retarde le refroidissement. Sa sensibilité entraîne des reflux de lutte contre les excès de température (frisson, sudation). C'est une barrière efficace contre la pénétration des microbes ».

b) Le flux sensoriel tactile

A. Bullinger (2004) s'est intéressé aux flux sensoriels qu'il définit comme étant « l'ensemble des signaux continus et orientés qui sollicitent les systèmes sensoriels archaïques ». Il existe les flux gravitaires, olfactifs, visuels, auditifs et tactiles. Nous nous intéresserons particulièrement ici à ces derniers.

Toute la surface de l'organisme est sensible au flux tactile. Ce dernier peut être provoqué par un contact avec un solide, un fluide ou des gaz en mouvements. D'après **A. Bullinger** (2004), « les courants d'air sur le corps et le visage sont des flux qui permettent de situer le corps dans l'espace et de connaître la position des segments ». Néanmoins il faut qu'il y ait des variations dans ce flux, afin que le sujet soit en capacité de le percevoir.

A. Bullinger (2004) évoque deux types de traitements des flux tactiles : qualitatif et quantitatif. L'aspect qualitatif des stimulation tactiles tels que la texture ou la température est traité par les structures archaïques qui font intervenir les voies spinothalamiques.

L'aspect quantitatif et spatial est traité par les voies lemniscales qui font intervenir les interactions avec le milieu. Ce développement dépend de la maturation du système nerveux ainsi que des interactions qu'entretien l'individu avec son milieu.

c) Organe d'expression

La peau est aussi un organe d'expression. Elle permet de nous mettre en relation avec autrui tout en nous isolant du monde extérieur. La peau nous protège des éléments extérieurs mais révèle au grand jour nos état internes. Les cernes vont venir exprimer notre fatigue. La peau va également se froncer en formant des rides pour exprimer certaines de nos humeurs comme la colère ou l'anxiété.

Pour **C. Potel** (2009), « le corps dit ce que nous voudrions taire, ignorer, cacher : rougeur, pâleur, sueurs, tremblements... Il dit nos émotions. Il nous trahit parfois en parlant trop vite notre vérité ou nos débordements ».

Les cicatrices vont également venir exprimer des éléments marquants de notre histoire. Certaines personnes vont préférer les cacher, d'autres au contraire en sont fières comme par exemple les héros de guerre.

Les scarifications correspondent à une agression de la peau, une attaque corporelle. C'est une manière d'exprimer sa douleur avec une fonction de distinction.

Les tatouages et les piercings sont aussi un moyen de s'exprimer, d'affirmer sa personnalité et de raconter son histoire. Ils pouvaient autrefois avoir une connotation péjorative, ils étaient souvent associés aux personnes en porte à faux, aux criminels. Ces marques corporelles sont de plus en plus fréquentes dans notre société actuelle. Elles ont un rôle esthétique, cela permet également d'ancrer sur notre corps nos valeurs, nos représentations mais c'est aussi d'après **E. Courjou** (2007) une « tentative d'individualiser le corps propre face au corps social ». Cette envie est très fréquente pendant l'adolescence. « Le corps devient un message, un objet d'art que chacun façonne à sa manière ». Elle explique que la peau est à l'image de notre personnalité.

La peau est ainsi un organe de sensation, de perception et d'expression.

2.3 Ontogenèse du toucher

a) In utero

L'évolution foetale se fait dans l'ordre suivant : toucher, équilibre, odeur, goût, audition, vision. Le toucher est la première capacité sensorielle à apparaître chez le bébé dès la quatrième semaine de grossesse.

Dès les premières semaines, le fœtus va ressentir différentes sensations tactiles notamment les mouvements du liquide amniotique sur sa peau. Il va être sensible

aux contractions et aux pressions utérines, il va se blottir et se frotter contre la paroi utérine.

À la septième semaine de grossesse, des récepteurs apparaissent dans la bouche. À la onzième semaine, les récepteurs se développent au niveau du visage, de la paume des mains et de la plante des pieds. Le fœtus va ainsi commencer à jouer avec ses doigts, ses mains. À la vingtième semaine de grossesse, c'est tout le corps qui réagit lui permettant d'établir un lien relationnel avec autrui. (**Revardel**, 2007)

L'haptonomie est une pratique qui a été créée par le médecin et psychologue néerlandais **F. Veldman** qui consiste à créer un lien affectif entre les parents et leur enfant notamment par le biais du toucher et du contact. En caressant le ventre maternel, les parents vont pouvoir entrer en contact avec leur enfant. Le bébé va venir se blottir sous leurs mains et prend plaisir à communiquer. Cela vient favoriser le lien entre les parents et l'enfant et apporte une sécurité affective. Pour **F. Veldman**, c'est un dialogue « psycho-tactile » qui s'établit. (**Courjou**, 2007)

Dès la vie in utero, le toucher occupe une place centrale pour le fœtus. Qu'en est-il à la naissance ?

b) A la naissance

Lors de la grossesse, la peau du bébé se trouve en contact avec les parois de l'utérus. Un bain de sensation relativement doux s'offre à lui grâce au liquide amniotique. La pression et la température sont constantes et la texture est relativement homogène. Le bébé se trouve alors dans une enveloppe contenant.

À l'instant de la naissance, les sensations sont extrêmement violentes. La continuité interne va se retrouver perturbée, le nourrisson éprouve un sentiment de discontinuité entre le milieu aqueux et le milieu aérien, il passe d'un espace connu à un espace inconnu et se retrouve confronté à la pesanteur. Il se trouve dans un état de dépendance totale vis à vis de son entourage.

L'accueil maternel va permettre de retrouver cette continuité. Par le contact peau à peau, le toucher et plus généralement la sensorialité, le nourrisson va retrouver cette enveloppe protectrice et rassurante.

Les contacts physiques vont jouer un rôle important à la naissance puisqu'ils vont favoriser le lien mère-enfant.

3. Rôles des interactions corporelles et affectives dans le développement psychique de l'enfant

Les premiers liens relationnels tactiles du tout petit avec son milieu vont venir favoriser son développement social et psychique.

3.1 Le dialogue tonique

H. Wallon cité par **Scialom** et al. (2015) a développé la notion de dialogue tonique qui illustre les interactions corporelles entre la mère et son bébé favorisant la dynamique de l'attachement et les échanges. Cette notion a ensuite été reprise par **J. De Ajuriaguerra**.

Le dialogue tonique est une forme de communication qui s'établit entre la mère et son enfant à travers les regards, les sourires, les touchers, les vibrations.

Cette communication peut s'établir de façon inconsciente, notamment par les variations toniques du corps à travers les soins quotidiens, le portage, le ton de la voix. Elle peut également s'établir de manière consciente lorsque les parents cherchent à interagir avec leur enfant. Grâce au dialogue tonique, un ajustement va pouvoir s'établir entre la mère et son enfant. Selon **H. Wallon**, l'ajustement tonique « se fait sur un mode vibratoire selon quatre modalités : porter, palper, parler, penser ».

À la naissance, le nourrisson est complètement dépendant de ses parents. Il se trouve dans une bipolarité tonique : hypertonicité des membres et hypotonie du tronc. (**Robert-Ouvray**, 2010) Il existe deux états toniques : l'état de tension et l'état d'apaisement du corps. C'est grâce à ces deux états que la mère reconnaît les besoins de son enfant. Le nourrisson est donc en capacité d'exprimer ses besoins par son état de tension. La mère va venir interpréter et répondre à l'état tonique de

son enfant, elle met ses états de détente en lien avec ceux du bébé. On parle de « dialogue tonico émotionnel ».

Le dialogue tonique possède plusieurs fonctions. Il va participer au processus d'attachement, grâce au lien affectif que l'enfant a intériorisé, il deviendra petit à petit plus autonome. Il va aussi permettre l'intégration des sensations. En fonction de la personne qui porte l'enfant, ce dernier pourra éprouver et intégrer différentes sensations : tension ou détente. Le dialogue tonique est également en relation avec la transmodalité d'étayage. Les parents vont venir poser des mots et mettre du sens sur le vécu du nourrisson ce qui lui permettra d'accéder progressivement à la symbolisation de ses ressentis. (**Scialom** et al., 2015)

Dès le début de la vie, les états toniques et les interactions corporelles sont le réceptacle des premières sensations et émotions

3.2 La préoccupation maternelle primaire

D'après **D. W. Winnicott** (1992), une mère sait directement comment parler, toucher, écouter son enfant. C'est la préoccupation maternelle primaire.

a) Holding

Le holding (maintient) correspond à la façon dont l'enfant est porté, tenu, contenu tant sur le plan corporel que psychique. La qualité et la régularité de ce portage permet aux enfants de prendre confiance en eux et de développer un sentiment de sécurité interne.

« Un holding suffisamment bon leur permettra de connaître un développement affectif très rapide et d'édifier les bases de leur personnalité » (**Winnicott**, 1992) Selon cet auteur, les soins donnés par la mère participent de manière importante à la construction psychique du nourrisson.

S. Robert-Ouvray (2010), parle de « holding moteur » correspondant à « l'ensemble des situations relationnelles qui mettent les corps moteurs du bébé et de sa mère en

jeu : le porter, l'asseoir, le coucher, le lever, lui donner le biberon, en tenant compte de l'organisation motrice précoce qui étaye le psychisme naissant ».

La qualité du holding va permettre l'émergence progressive du « Moi » de l'enfant. En effet, **D. W. Winnicott** (1970) annonce que « L'intégration du moi chez le nourrisson dépend essentiellement de la manière, dans le temps et l'espace, dont sa mère le porte ». Il ajoute que « le Moi se fonde sur un moi corporel ». Les perceptions corporelles participent alors à la construction du Moi et au sentiment d'exister du nourrisson comme un être différencié.

b) Handling

Le handling correspond à la façon dont l'enfant est manipulé, soigné, traité pendant les moments de repas, de bain, des soins quotidiens. Tous ces soins vont permettre au jeune enfant de ressentir de nombreuses sensations, notamment tactiles, qui vont lui permettre de découvrir son corps et d'en intégrer les limites. Le handling participe au processus de « personnalisation » du Moi.

D'après **L. Vaivre-Douret** (2003), « la qualité du handling de la mère dépend aussi de son histoire : projections, fantasmes de procréation, relations réelles ou fantasmatiques avec le père, et le vécu de la grossesse. »

c) Object presenting

L'object presenting fait référence à la manière dont la mère présente le monde à son enfant d'un point de vue physique, matériel et relationnel. C'est à dire tout ce qui représente les premiers échanges avec l'environnement, les premières relations. Cela va permettre à l'enfant de prendre conscience qu'il existe quelqu'un d'autre que sa mère.

Ces trois processus très dépendants du toucher et des soins maternels contribuent à la construction du Moi qui amène progressivement à l'émergence de la psyché à partir d'un étayage corporel.

3.3 Le syndrome d'hospitalisme

R. Spitz s'est intéressé au développement des enfants séparés précocement de leurs mères et élevés dans des pouponnières. Il s'est rendu compte que la satisfaction des besoins physiologiques de l'enfant tels que l'alimentation et les soins corporels n'étaient pas suffisants pour assurer son bien être psychique. En cas de privation affective, les enfants peuvent présenter des symptômes de dépression sévère. Les soins doivent donc être accompagnés d'une enveloppe relationnelle, d'une présence afin d'assurer une sérénité, un équilibre physique et psychique. (Binel, 2000)

Lors de ma formation, j'ai appris que **R. Spitz** décrit en 1945 le syndrome d'hospitalisme comme étant « l'ensemble des troubles psychiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie. »

3.4 L'attachement

L'origine de la relation mère-enfant prend racine pendant la grossesse. Les premiers mouvements foetaux sont les premières manifestations qui amènent la mère à prendre conscience du bébé, c'est le début de l'attachement.

H. Harlow a étudié la théorie de l'attachement chez les singes rhésus. Il a observé que dès le moindre danger le petit primate vient s'agripper à la fourrure de sa mère. **L. Vaivre-Douret** (2003) explique que « l'agrippement » est un schème comportemental destiné à maintenir le contact ». Le bébé humain va lui aussi rechercher la proximité avec sa mère par des agrippements et des ajustements posturaux. Les réflexes de grasping, d'orientation et de foussement contribuent au maintien de la proximité et du contact avec la mère.

J. Bowlby (1978) est le premier a utilisé la notion d'attachement, il la définit comme « un lien d'affection spécifique d'un individu à un autre. Le premier lien est établi en général avec la mère. Une fois formé, l'attachement a pour nature de durer. La construction des liens entre l'enfant et sa mère ou celle qui en tient lieu répond à un besoin physiologique fondamental ».

J. Bowlby a décrit le comportement d'attachement comme étant un moyen pour le nourrisson d'attirer l'attention de sa mère. Le bébé va émettre des comportements d'attachement c'est à dire des signaux qui vont avoir pour but d'induire un rapprochement et de maintenir le contact avec la mère. Pour **J. Bowlby**, ces conduites d'attachement sont innées. Le besoin de succion, d'étreinte, de contact peau à peau, de regard, de cri, de sourire sont autant de comportements qui manifestent l'attachement pour maintenir sa mère auprès de lui. (Binet, 2000)

Selon les apports théoriques de ma formation, les comportements d'attachement ont trois fonctions : une fonction de protection où l'adulte vient apporter une sécurité à l'enfant contre toutes agressions, une fonction alimentaire et une fonction sociale.

3.5 Le moi peau : de l'enveloppe corporelle à l'enveloppe psychique

D. Anzieu (1995) a développé le concept de « Moi-peau ». Il le désigne par « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. »

Le Moi-peau a pour but de comprendre comment se développe le sentiment d'existence et d'identité du bébé au travers de la construction d'une enveloppe physique puis psychique.

À la naissance, l'enfant naît totalement dépourvu de contenant physique et psychique. Toutes les interactions corporelles et tactiles entre l'enfant et sa mère, vont permettre à ce dernier d'accéder à une première enveloppe corporelle qui participe à son individuation et à la différenciation d'un intérieur et d'un extérieur.

D. Anzieu (1995) met en lien les fonctions de la peau avec celle du Moi-peau. Il déclare que le Moi-peau « trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau ». La peau assure une barrière physique entre l'intérieur et l'extérieur, elle assure un rôle de contenance mais elle est aussi un lieu d'échange et de communication avec autrui.

L'élaboration du moi psychique s'appuie donc sur les sensations corporelles vécues à travers la peau.

D. Anzieu (1995) décrit huit fonctions du Moi-peau.

a) Fonction de maintenance

D'après **D. Anzieu** (1995), « le Moi-peau » remplit une fonction de maintenance du psychisme » au même titre que la peau soutient le squelette et les muscles.

D. W. Winnicott cité par **L. Vaivre-Douret** (2003), explique que la capacité du bébé à développer cette fonction dépend de l'intériorisation du holding maternel. C'est à dire que l'enfant en s'appuyant sur sa mère va éprouver un sentiment de sécurité. A travers la peau et les muscles, un contact va donc s'établir entre les deux partenaires. L'appui externe qu'est le corps de la mère va amener le nourrisson à intégrer sa colonne vertébrale comme un appui interne et solide.

b) Fonction de contenance

D. Anzieu (1995) énonce de la même façon que « la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique. » Cette fonction est en lien avec le handling de **D. W. Winnicott**. Selon **D. Anzieu**, la mère par les soins qu'elle apporte à son bébé, lui donne une sensation-image de sa peau comme un sac contenant. La mère va être le réceptacle des sensations, des affects et des émotions du bébé, par ses réponses vocales, gestuelles et par sa capacité de penser. Elle va ainsi donner sens aux manifestations de plaisir, de déplaisir et d'angoisse de ce dernier. Cette enveloppe tactile et sonore va permettre progressivement à l'enfant d'éprouver seul ses émotions sans se sentir détruit. **D. Anzieu** (1995) compare le « Ça pulsionnel » à un noyau et le « Moi-peau » comme l'écorce de celui-ci, limitant et contenant les pulsions. La complémentarité de ces deux termes fonde le sentiment de continuité de soi.

c) Fonction de pare-excitation

Freud est le premier à introduire cette notion de pare-excitation. La mère va jouer un rôle de pare-excitation en protégeant son enfant des agressions endogènes ou exogènes qu'il reçoit. Par la suite, le Moi-peau du petit va trouver sur sa propre peau psychique un étayage suffisant face aux différentes agressions.

d) Fonction d'individuation

La peau protège le corps de toute substance provenant de l'extérieur. Le Moi-peau assure une fonction d'individuation en permettant à chacun de se sentir unique au travers des différences liées à la peau : couleur, grain, texture, odeur. Elle permet à l'individu de s'affirmer dans sa propre peau, en solidifiant les barrières du Soi et le sentiment d'être un individu à part entière.

e) Fonction d'intersensorialité

La peau est une surface qui contient des cavités qui abritent les organes des sens. De manière semblable, le Moi-peau « est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile ». **D. Anzieu** parle d'un « sens commun ».

f) Fonction de soutien de l'excitation sexuelle

Les contacts peau à peau entre la mère et son bébé lors des soins et du nourrissage sont une première expérience au plaisir. Ces premiers contacts forment une « toile de fond des plaisirs sexuels ». Le Moi-peau est une surface soutenant l'excitation sexuelle et sur laquelle se développent les zones érogènes.

g) Fonction de recharge libidinale

La peau est une surface qui reçoit de nombreuses stimulations sensori-motrices. À travers les excitations externes qu'il reçoit, le Moi-peau a pour fonction de recharger libidinalement le fonctionnement psychique.

h) Fonction d'inscription des traces sensorielles

La peau fournit de nombreuses informations sensorielles permettant d'appréhender le monde extérieur. Quant au Moi-peau, il remplit une fonction « d'inscription des traces sensorielles tactiles » mais renvoie aussi une « image de la réalité ». Cela fait référence à la notion « d'object presenting » de **D. W. Winnicott**, lorsque la mère fait découvrir le monde à son tout petit.

La théorie du Moi-peau montre alors l'importance de la peau et du toucher dans la construction psychique de l'enfant.

4. Représentations sensori-motrices : toucher pour connaître et agir

J. Piaget situe la période sensori-motrice de 0 à 2 ans. Elle correspond au développement des capacités sensorielles et motrices du bébé. C'est un processus qui se déroule en plusieurs étapes. Le bébé démarre avec une motricité réflexe et involontaire. Ensuite, il expérimente, il répète certaines actions l'amenant à prendre conscience de son corps et des objets jusqu'à accéder à des actions volontaires et intentionnelles. À la fin de cette période, l'enfant possède une représentation mentale des objets.

L'enfant est animé par le désir d'explorer et le plaisir d'agir librement. En touchant et en manipulant, il va venir à la rencontre de son corps, de l'environnement, de l'espace et des objets. **B. Aucouturier** (2017), explique que « par la répétition de l'action, l'enfant apprend à assimiler les objets du monde externe, voire à exercer un contrôle sur eux ». C'est en mettant à la bouche, en mordillant, en soulevant, en poussant, en effleurant que l'enfant va être en capacité d'appréhender les paramètres et la texture des objets : forme, taille, poids. La répétition de l'acte va permettre à l'enfant de faire un lien entre le mouvement et la sensation. Progressivement, l'enfant va construire des représentations mentales qui sont liées à ses sensations et à ses actions. L'enfant va ainsi acquérir une connaissance subjective des objets et de son environnement.

Son intelligence se façonne donc autour de ses expériences, de ses mouvements, de ce qu'il perçoit et ressent. Les systèmes sensori-moteurs de l'enfant deviennent des outils qui lui donnent la possibilité d'agir et de comprendre son environnement.

Nous avons pu constater dans cette première partie l'importance du toucher dans le développement de l'enfant. D'une part, les interactions corporelles et affectives entre la mère et son bébé, l'amènent à habiter son corps de façon sécurisée et à élaborer le « moi psychique » comme l'a décrit **D. Anzieu**. D'autre part, l'enfant par le toucher et l'apport de ses parents vient explorer, comprendre et agir sur son environnement. Le toucher a alors un rôle central dans la construction de l'enfant.

Cependant, qu'en est-il des personnes polyhandicapées ? Quel rapport entretiennent-elles avec le toucher ? De quelle manière habitent-elles leur corps ?

II - Le polyhandicap

1. Généralités sur le polyhandicap

1.1. Histoire du polyhandicap

Autrefois les personnes atteintes de polyhandicap étaient nommées « encéphalopathes », « arriérés profonds » ou bien encore « grabataires ». Ces derniers n'avaient accès à aucun soins particuliers, ni structures d'accueil adaptées. Leur espérance de vie était alors très faible.

C'est dans les années 1950-1960 que l'histoire débute avec la prise de conscience du nombre croissant de ces enfants ne bénéficiant d'aucuns soins par certains pédiatres exerçant dans les hôpitaux.

En 1965, le docteur **Zucman** crée le Comité d'Etude et de Soins aux Arriérés Profonds (CESAP). Ce comité va être à l'origine de la mise en place de consultations, de structures d'aide à domicile et d'établissements spécialisés et apporte des informations sur le polyhandicap.

En 1966, un service spécialisé est créé par la Caisse nationale d'assurance maladie afin de permettre l'accès aux soins à ces enfants.

Ce sont dans les années 1970 que le docteur **Zucman** utilise pour la première fois le terme polyhandicap dans la revue « Réadaptation ».

C'est seulement en 1975, que les choses commencent à évoluer d'un point de vue légal avec la création d'une « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées » ainsi que celle des « institutions sociales et médico-sociales ». Malgré le fait que le terme de polyhandicap n'apparaisse pas, cette loi prévoit des « Maisons d'Accueil Spécialisée » pour les sujets « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. » (**Dalla Piazza & Godfroid, 2004**)

Plus tard en 1984, le Centre Technique National d'Étude et de Recherches sur les Handicap et les Inadaptations (CTNERHI) forme un groupe d'étude afin d'identifier les trois grands groupes de handicap associés : le polyhandicap, le plurihandicap et le surhandicap.

Le décret de 1989 déclare « les conditions particulières d'accueil, d'éducation et de soins pour les enfants polyhandicapés ».

Le CNTNERHI propose en 1993 une définition du polyhandicap comme étant « l'association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond (QI<50) entraînant une dépendance importante à l'égard d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée » (**Juzeau et al., 2010**)

En 2005, le Groupe Polyhandicap France (GPF) rédige une nouvelle définition en portant l'accent sur les besoins et la prise en charge des enfants, adolescents et adultes en situation de polyhandicap.

Les nombreuses définitions montrent la difficulté à définir le terme de polyhandicap. Il a fallu de nombreuses années avant d'obtenir une reconnaissance des soins et des besoins des sujets polyhandicapés.

1.2. Définitions des termes généraux

a) Handicap

En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé déclare « est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise ».

D'après le Larousse, est considéré handicapé « toute personne dont les possibilités d'acquérir et de conserver un emploi sont réduites du fait d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales. »

En 2005, une nouvelle loi stipule : « Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant. » Cette loi redéfinit la notion de handicap en y ajoutant la reconnaissance du handicap cognitif et psychique. (Patte et al., 2014)

b) Polyhandicap

Pour définir le polyhandicap, j'ai décidé de me référer à l'annexe XXIV ter datant de 1989, le polyhandicap y est décrit comme « un handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ». Cette définition prenant en compte l'aspect médical, juridique et social est la plus fréquemment utilisé pour définir le polyhandicap.

c) Plurihandicap et surhandicap

Le polyhandicap est à différencier des termes de plurihandicap et de surhandicap. Le plurihandicap désigne l'association de plusieurs pathologies qui ne sont pas liés. Par exemple, une atteinte de surdité et de cécité. Le surhandicap correspond à l'aggravation d'un handicap déjà présent.

1.3 Etiologie et prévalence

Les causes du polyhandicap sont nombreuses et complexes. En effet, 30% des cas ont une origine inconnue. Effectivement, j'ai pu constater sur mon terrain de stage qu'il était parfois difficile d'identifier les causes du polyhandicap de certains résidents, celles-ci restant alors indéterminées. La prévalence serait de 0,7 à 1 sur 1000 naissances.

D'après **Dalla Piazza & Godfroid** (2004), le polyhandicap survient à la suite « d'une atteinte primaire et massive du système nerveux central avec répercussion sur le développement cognitif, moteur et sensoriel ».

Dans 50% des cas, l'origine du polyhandicap serait d e à une cause prénatale (malformations, accidents vasculaires cérébraux, atteinte génétique).

Pour 15% des cas l'origine est périnatale (souffrances foetales, anoxies, prématurité).

5% des situations auraient une cause postnatale (méningite, encéphalite, traumatismes, accidents). (Pagès, 2017)

2. Spécificités du polyhandicap

2.1 D ficiency motrice

La d ficiency motrice correspond à « une absence ou une réduction des possibilités pour un individu d'agir sur son environnement physique. » Cela vient impacter les actes de préhension et de locomotion. (**Dalla Piazza & Godfroid**, 2004)

Généralement des troubles du tonus et de la régulation tonique viennent également impacter la motricité. On peut alors observer différents degrés d'atteintes motrices en fonction de son origine et de sa nature :

- L'hypertonie se définit par une augmentation pathologique du tonus musculaire entraînant des raideurs et des crispations.
- A contrario l'hypotonie est une diminution pathologique du tonus musculaire.
- La spasticité est présente chez 80% des sujets polyhandicapés. (**Camberlein et al., 2021**) Elle correspond à une raideur musculaire au niveau de certains muscles ou groupes de muscles. D'après **Dalla Piazza & Godfroid (2004)**, la spasticité « réside dans une exagération du réflexe myotatique. » Elle résulte d'une atteinte du système nerveux pyramidal qui est en lien avec la motricité volontaire. Elle peut varier en termes d'intensité pendant la journée.
- L'athétose correspond à des mouvements involontaires et irréguliers d'ondulation affectant particulièrement la tête, les mains et les pieds. (**Derouette, 2020**)
- La parésie est une forme de paralysie partielle et entraîne une diminution de la force musculaire.
- La dystonie va venir figer la personne dans une posture inconfortable et anormale du fait d'une contraction musculaire involontaire et douloureuse. (**Dalla Piazza & Godfroid, 2004**)

Le polyhandicap entraîne donc de nombreuses difficultés dans l'autonomie des déplacements mais aussi pour tous les actes de la vie quotidienne.

2.2 Déficience intellectuelle

Les déficiences intellectuelles étaient aussi appelées « retard intellectuel » ou « retard mental ». Dans le milieu du polyhandicap, nous sommes confrontés à des déficiences intellectuelles « sévères » à « profondes ». Il est important d'essayer d'évaluer cette déficience afin d'adapter notre accompagnement.

Selon l'American Association on Mental Retardation, cette déficience est définie par « des limitations significatives dans le domaine intellectuel, fonctionnel, aussi bien que dans le domaine conceptuel, le domaine social et celui des habiletés adaptatives. » (**Dalla Piazza & Godfroid, 2004**)

Cette déficience va avoir un retentissement important sur les apprentissages et la vie quotidienne notamment au niveau du repérage dans le temps et l'espace, de la communication et des relations du fait de peu ou pas de langage verbal. Les loisirs vont aussi être limités.

2.3 Les particularités sensorielles

Les troubles sensoriels font partie des troubles invalidants du sujet polyhandicapé. Ils varient en fonction des personnes. Il est important de les repérer car ils peuvent avoir un impact sur le développement de ces dernières. Les plus fréquents sont les troubles de la vision et de l'audition. Il est également important de prendre en compte le fait que le vieillissement est susceptible de majorer les troubles sensoriels.

Lors de mon stage, j'ai également pu constater que certains résidents possédaient un profil sensoriel avec quelques particularités. On distingue l'hyposensibilité et l'hypersensibilité sensorielle.

L'hyposensibilité correspond à une faible ouverture du canal sensoriel, et implique donc un niveau de stimulation élevé afin que le cerveau puisse les recevoir. Au niveau comportemental, cela se traduit par une absence de réponse ou une recherche de sensations. (**Degenne-Richard, 2014**)

A contrario, l'hypersensibilité sensorielle est définie par une ouverture élevée du canal sensoriel. Ainsi le cerveau ne va pas être en capacité de traiter l'excès de stimulation. Cela va se traduire par un comportement d'évitement ou de gêne. (**Degenne-Richard, 2014**)

D'après **C. Degenne-Richard (2014)**, « les hypo et hypersensibilité peuvent toucher l'ensemble des sens : vision, audition, tactilité, olfaction, gustation mais également les systèmes proprioceptifs et vestibulaires ».

Il est important de repérer ces différentes sensibilités afin de proposer un accompagnement adapté à chacun, en prenant en compte ses préférences et ses difficultés, toujours dans l'optique d'améliorer la qualité de vie.

2.4 Conséquences secondaires

a) La fragilité médicale

- **L'épilepsie**

L'épilepsie est très fréquente chez les sujets polyhandicapés, 40 à 50% d'entre eux en seraient atteints. (Dalla Piazza & Godfroid, 2004) L'épilepsie est une maladie neurologique chronique qui se manifeste par des crises provoquées par une décharge électrique anormale des neurones. Les crises peuvent se manifester de différentes façons par une absence, des symptômes moteurs (contractions, secousses, chutes) et/ou des symptômes neuro-végétatifs (vomissements, modifications du rythme respiratoire et cardiaque, cris, perte de connaissance).

Chez certains résidents, les crises sont très compliquées à identifier. Cependant, il est très important de surveiller l'intensité et la fréquence des crises car elles peuvent être à l'origine d'une grande fatigue et de nombreuses séquelles. De plus ces crises représentent un élément anxigène pour la personne elle-même, aussi parfois chez les proches. Il est ainsi primordial d'être attentif à la personne, à ses manifestations et de la rassurer.

Lors de mon stage, j'ai pu constater que certains résidents peuvent sentir la crise arriver. Cela est un élément extrêmement anxigène pour eux. Ils sont alors moins disponibles et se ferment davantage sur eux-mêmes. Il faut ainsi être vigilant à tout comportement pouvant donner des indications sur un début de crise, les rassurer et ne pas les sur-solliciter.

Certains facteurs vont amplifier le risque de générer une crise d'épilepsie, notamment un manque de sommeil, une fièvre élevée, un taux de calcium faible. Les émotions fortes (peur, joie, stress) vont aussi représenter un risque. (Dalla Piazza & Godfroid, 2004)

Les traitements doivent être pris quotidiennement et de façon régulière pour être efficaces. Une attention particulière doit être accordée à ces derniers afin d'éviter le sur ou sous dosage et d'identifier les possibles effets secondaires.

En effet, j'ai pu remarquer chez certains résidents quelques tremblements au niveau des membres supérieurs. Cela peut être une des conséquences de l'anti-épileptique.

- **L'insuffisance respiratoire**

L'insuffisance respiratoire peut être due à un encombrement pulmonaire entraînant une surinfection. Les causes de ces encombrements peuvent être des fausses routes alimentaires qui sont assez fréquentes chez les sujets polyhandicapés, ainsi qu'une hypoventilation alvéolaire d'origine centrale. La position pendant le sommeil peut avoir un impact important sur l'hypoventilation due à la chute de la langue vers l'arrière de la gorge. Cela est généralement responsable des arythmies nocturnes. Ces troubles de la respiration ont des conséquences sur l'oxygénation du cerveau. (**Dalla Piazza & Godfroid, 2004**)

- **Les troubles alimentaires**

L'alimentation des personnes polyhandicapées connaît de nombreuses complications du fait des difficultés de déglutition, des problèmes de dentition et des risques de fausses routes. Le risque que la personne polyhandicapée se trouve dans un état de sous-alimentation et de sous-hydratation est donc important. De nombreuses adaptations tant au niveau de la nourriture, du matériel que du positionnement de la personne et du soignant vont être nécessaire pour améliorer ce temps de repas. Pour les résidents présentant le plus de difficultés à s'alimenter, une alimentation sous forme mixée et un épaississement de l'hydratation est nécessaire. Afin d'aider à la déglutition, il est possible d'effectuer une pression sur le dessus de la langue avec la cuillère, ce qui va favoriser le déclenchement du réflexe de déglutition. De plus, le rythme de déglutition du sujet doit être respecté. Il est aussi important de veiller au bon positionnement dans la chaise ou le fauteuil en limitant le plus possible l'hyperextension de la tête. (**Dalla Piazza & Godfroid, 2004**)

De plus, il est fondamental de réfléchir au positionnement du sujet dans l'espace en fonction de ses particularités.

Eva est une jeune adulte en situation de polyhandicap. Pour elle, la prise de repas est conseillée dans un espace de la salle plutôt calme. La présence des autres résidents peut entraîner une distraction attentionnelle. Le temps du repas doit donc être réfléchi et adapté pour chaque résident.

De plus, les temps de repas peuvent générer de l'anxiété tant pour la personne que pour le professionnel. Ainsi un repas se déroulant dans une atmosphère bruyante, avec un personnel pressé, du matériel peu adapté et une mauvaise installation vont générer de nombreuses tensions et donc entraîner une appréhension et un risque de fausse route chez le sujet polyhandicapé. (**Camberlein et al.**, 2021)

- **Les troubles digestifs**

Le reflux gastro-oesophagien souvent en lien avec une oesophagite est très fréquent, il est à l'origine de douleurs. Les ulcères sont également très douloureux pouvant générer des troubles du comportements tels que de la colère, ou un repli sur soi. Des difficultés de digestion sont également repérées avec des retards dans l'évacuation gastrique. (**Dalla Piazza & Godfroid**, 2004)

Tous ces éléments sont à prendre en compte dans l'accompagnement. Les gênes et douleurs qu'ils entraînent peuvent parfois expliquer certains comportements.

- **Les troubles de l'élimination**

La constipation peut être liée à un manque d'exercice, à l'alimentation, à une hydratation insuffisante ou aux effets secondaires d'un traitement. C'est une problématique fréquente dans cette population. Chez certains résidents le massage ou la verticalisation permettent d'améliorer le transit intestinal. A contrario, un régime riche en fibres peut être à l'origine de diarrhées. Une spasticité de la vessie ou une infection urinaire peuvent provoquer des troubles de l'élimination des urines. (**Dalla Piazza & Godfroid**, 2004)

- **Les troubles du sommeil**

Chez certains résidents, il n'est pas rare de constater des troubles du sommeil. Par exemple, cela peut être dû à une difficulté à se repérer dans le temps, à des angoisses, des douleurs liées à une position inconfortable, ou aux cris de résidents vivant dans l'unité.

- **Les troubles cutanés**

Une fragilité cutanée est observée dans le milieu du polyhandicap du fait de l'immobilité et des appareillages pouvant provoquer des points d'appuis et des escarres. Une salivation abondante peut venir irriter la peau. De plus, certains traitements peuvent être à l'origine d'un dessèchement de la peau ou de réactions cutanées.

- **Les troubles orthopédiques**

Les problèmes orthopédiques sont très fréquents dans le milieu du polyhandicap. On peut retrouver des rétractions musculaires, des luxations de hanche, des déviations de la colonne vertébrale. Ces déformations orthopédiques sont à l'origine de douleurs, du port d'appareillage et nécessitent parfois une intervention chirurgicale.

Marine est une jeune adulte atteinte de polyhandicap suite au syndrome de Rett, elle peut communiquer à travers son regard et ses mimiques. Elle souffre d'une déviation de la colonne, elle porte donc quotidiennement un corset.

Nous lui proposons des temps de stimulations sensorielles au sol, dans lesquels elle ne porte pas son corset. Cela lui permet de ressentir son corps différemment, elle a accès à de nouvelles expériences tactiles. Parfois, nous proposons à Marine notre corps comme appui, elle se sent alors plus confiante, et vient davantage mettre en jeu sa motricité et manipuler différents objets.

b) La douleur

Suite à la fragilité médicale énumérée précédemment (liste non exhaustive), la personne en situation de polyhandicap est exposée de manière assez fréquente à la douleur. Les causes sont donc nombreuses et complexes.

Il ne faut pas oublier la douleur psychologique. Par exemple, en raison du contexte sanitaire actuel, certains résidents voient moins leurs proches et il y a moins de sortie en dehors de l'institution. Cet isolement est difficile à vivre pour certains.

La plupart du temps, cette douleur va être difficile à exprimer par la personne et cela ne va pas se faire forcément sur un mode verbal mais plutôt par la présence de comportements inhabituels ou atypiques. Les moments où sont présents ces derniers peuvent donner des informations sur la cause (repas, manipulations). Il faut ainsi toujours mettre en lien ces comportements avec une possible souffrance physique ou psychique. La douleur reste difficile à évaluer, il existe donc des échelles afin d'évaluer la douleur chez la personne polyhandicapée.

c) Une communication entravée

La communication va elle aussi être altérée. Ce handicap de communication va mettre en difficulté tant la personne polyhandicapée que la personne voulant communiquer avec elle. Il va être essentiel de donner des moyens à la personne pour communiquer afin de lui permettre d'exprimer ses choix, ses refus ou son ressenti.

Par exemple, à la fin de chaque groupe, nous proposons aux résidents deux cartes : une verte avec un pouce en l'air et une rouge avec un pouce vers le bas. Cela leur permet d'exprimer si ils ont apprécié ou non.

De plus, certains résidents sont en capacité d'exprimer leur douleur en touchant la partie du corps où ils ont mal.

d) Les troubles du comportement

Les troubles du comportement peuvent apparaître régulièrement dans le polyhandicap. Ils peuvent être un moyen d'exprimer une émotion comme par exemple de la colère ou de la tristesse, un ressenti comme la douleur mais aussi un besoin. Les troubles du comportement sont le moyen qu'ils ont trouvé pour s'exprimer et être entendu. En tant que professionnel, il va être très important de prendre en compte ces comportements perturbateurs et avec l'aide de l'équipe d'essayer de trouver la cause de ces derniers afin de mieux y répondre.

Aurélie est une jeune adulte en situation de polyhandicap qui présente une communication non verbale très riche. Sa frustration, ses craintes ou son agacement peuvent se manifester par des comportements hétéro-agressifs tels que des « frappes » sur autrui ou jeter les objets se trouvant dans son environnement.

Jean est un résident qui vient montrer sa frustration par des comportement auto-agressifs (se mord) et hétéro-agressif (griffe).

Nous venons de voir que les personnes en situation de polyhandicap sont confrontées à divers troubles et difficultés au quotidien. On peut alors se demander maintenant quelle place occupe le toucher dans leur vie quotidienne.

3. Place du toucher auprès de la personne en situation de polyhandicap

3.1 Dépendance au toucher

- **Dépendance physique**

Le quotidien est rythmé par le lever, les toilettes, le repas, le coucher et la nuit. Ce sont autant de besoins nécessaires à la survie auxquels les sujets polyhandicapés se retrouvent pour la plupart d'entre eux dépendant du toucher du soignant.

A. Fröhlich cité par **T. Rofidal** et **C. Pagano** (2017) évoque « les besoins fondamentaux de la personne polyhandicapée :

- Besoin d'éviter la faim, la soif, la douleur
- Besoin de stimulation, de changement et de mouvement
- Besoin de sûreté, de stabilité, de sécurisation des relations
- Besoin de lien, d'acceptation, de tendresse
- Besoin de reconnaissance et d'estime de soi
- Besoin d'indépendance, d'autonomie, de détermination »

Tous ces besoins impliquent la proximité physique et la disponibilité des professionnels. Être touché devient alors un acte quotidien à part entière dans la vie des personnes polyhandicapées.

Les soins d'hygiène permettent d'apporter un confort et un mieux-être mais ils viennent toucher l'intimité de l'individu. Suivant chaque personne, ils peuvent être vécus de manière différente : agréables ou intrusifs. Les gestes utilisés pendant la toilette sont donc à manier avec précaution et respect.

Les différents transferts (lit-fauteuil, fauteuil-lit, douche) nécessitent également un accompagnement. C'est un moment qui peut être vécu comme angoissant et douloureux, l'accompagnement se doit donc d'être rassurant et sécurisant.

Les temps de repas sont eux aussi bien souvent accompagnés par les différents professionnels. Les activités proposées lors de la journée sont impactées par cette dépendance malgré l'envie et l'intention de les réaliser.

Aurélie, vue précédemment, présente de la spasticité au niveau de ses membres supérieurs et inférieurs. La motricité de ses doigts est possible, cependant la flexion permanente des poignets impacte l'ouverture des mains et empêche donc la réalisation de prises palmaires. De plus, il persiste un flexum au niveau des coudes. Aurélie se déplace en marchant avec une rotation interne des membres inférieurs. Cela limite donc ses mouvements et sa participation lors des activités.

En revanche, je peux constater qu'Aurélie comprend ce qu'on lui demande et qu'elle a l'envie et l'intention de réaliser les exercices proposés cependant elle n'a pas la capacité motrice de le faire.

Le toucher du soignant va alors venir l'aider à accomplir différentes tâches motrices comme par exemple un étirement qui se réalise à chaque début et fin de séance. Aurélie se sent alors fière d'elle et valorisée. Elle est partiellement dépendante physiquement du toucher afin de réaliser certaines actions.

La plupart des activités de la vie quotidienne des personnes en situation de polyhandicap demandent un accompagnement. Ils sont alors quotidiennement touché, manipulé par de nombreux professionnels.

- **Dépendance affective**

Grâce à cet accompagnement quotidien, une relation, un attachement va pouvoir se créer entre l'individu et les professionnels. Ce dernier est indispensable afin que le sujet se sente reconnu et puisse exprimer une demande. Le professionnel a alors pour rôle d'apporter « une sécurité et une continuité affective ». (Derouette, 2020)

Cependant, il y a des risques d'un attachement affectif important. Il faut veiller à ce que cela n'est pas un impact trop important sur la disponibilité du sujet.

Juliette est une adulte souffrant de polyhandicap entraînant un handicap intellectuel et un déficit moteur gauche. Lors des activités proposées, Juliette est en capacité de les réaliser. Cependant elle est souvent en recherche de contact physique avec les soignants (enlacements, tenir la main), il est difficile pour elle de se détacher de ce dernier pour exécuter les actions demandées. Elle a souvent besoin d'un temps de proximité avec le soignant avant de pouvoir se mettre elle-même en mouvement. Juliette se trouve dans une situation de dépendance plutôt affective vis à vis du toucher. Cependant sa disponibilité psycho-affective varie à chaque séance. Il est important de la valoriser lorsqu'elle parvient à être indépendante, cela la rend très fière.

Le sujet polyhandicapé est alors dépendant du toucher pour la grande majorité des actes de la vie quotidienne. Quel rapport entretient-il alors avec son corps ?

3.2 Le rapport au corps de la personne polyhandicapée

a) Des expériences sensori-motrices perturbées dès le plus jeune âge

Nous avons vu précédemment que le nourrisson a besoin de proximité avec sa mère et d'être contenu physiquement et psychiquement ce qui lui permet d'intégrer une première organisation de son corps, un sentiment d'existence. La mère vient alors penser et interpréter les différents états et manifestations du bébé pour répondre à ses besoins.

Or, chez l'enfant polyhandicapé, la capacité à communiquer et interpréter ses états est plus difficile. De plus, par l'annonce du handicap les parents sont bouleversés et préoccupés face à la santé de leur enfant cela vient alors impacter les fonctions psychiques et mentales des parents rendant l'investissement plus complexe.

Face à l'intensité des soins, le bébé fait rapidement l'expérience de la séparation avec sa mère. Les actes médicaux peuvent être intrusifs et douloureux provoquant un sentiment d'insécurité et un corps peu disponible aux explorations motrices et sensorielles. Les premières expériences sensori-motrices peuvent alors être traumatisantes et vont s'inscrire dans la mémoire corporelle du nourrisson. De plus, c'est au travers du regard inquiet et déstructurant que se perçoit ce dernier. (**Rofidal & Pagano, 2017**).

L'enfant a besoin d'explorer par lui-même, d'expérimenter et de jouer pour accéder progressivement à la symbolisation. Les enfants en situation de polyhandicap étant contraints dans leurs compétences motrices, sensorielles et cognitives sont en difficultés pour expérimenter par eux-mêmes rendant compliqué l'accès à la symbolisation.

La perception par le sujet polyhandicapé de son unité psychocorpelle ainsi que sa compréhension du monde est altérée du fait de la pauvreté des expériences sensori-motrices, de la douleur, de l'insécurité, et du regard déstructurant d'autrui.

b) Un corps contraint par les appareillages

En plus d'être entravé dans leurs mouvements du fait des différentes atteintes motrices, le corps des personnes atteintes de polyhandicap est constamment contraint par les différents appareillages. Ces derniers sont cependant indispensables puisqu'ils assurent la prévention et le ralentissement des troubles orthopédiques.

Lors de mon stage, les appareillages que j'ai le plus fréquemment rencontré sont les fauteuils roulants, les sièges moulés, les corsets de scoliose, les coques de verticalisation, les chaussures orthopédiques, les orthèses et attelles.

Le corps des personnes polyhandicapées est presque constamment en contact avec tous ces appareillages. Ils font presque partie intégrante de leur schéma corporel, ainsi lorsqu'on les retire cela peut parfois être source d'angoisse et d'anxiété. Ces appareillages représentent un frein dans leur capacité d'aller à la rencontre de l'environnement.

Un des rôles du psychomotricien va alors être de leur permettre de découvrir leur corps différemment, de leur donner la possibilité d'expérimenter et d'agir à minima sur leur environnement.

3.2 Toucher et autodétermination

D'après le Larousse, l'autodétermination est « l'action de décider par soi-même ».

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (anesm), intégrée depuis 2018 à la Haute Autorité de Santé, explique que « la reconnaissance de la place d'acteur de la personne polyhandicapée et de ses capacités contribue d'une part à développer son autodétermination et d'autre part à ce que les professionnels portent un nouveau regard sur l'accompagnement ».

Dans le milieu du polyhandicap, l'autodétermination peut correspondre alors à exprimer des besoins, des préférences, prendre de petites initiatives.

Les sujets en situation de polyhandicap peuvent être en difficulté pour faire des choix ou exprimer un besoin. L'entourage et l'environnement vont donc jouer un rôle très important pour permettre l'expression de l'autodétermination.

L'observation va être primordiale afin d'identifier les préférences et les intérêts d'une personne.

Comme nous l'avons vu précédemment, les personnes polyhandicapées sont assez dépendantes des soins et des gestes quotidiens. Néanmoins, cela reste un moment où l'on peut chercher une petite contribution, une part active de la personne malgré ses difficultés. Il faut ainsi éviter de laisser un individu dans une situation de dépendance totale et rechercher les potentialités malgré ses limites.

La sensorialité va jouer un rôle important dans les capacités d'autodétermination et d'accompagnement de ces personnes. Par exemple, le sens du toucher reste un moyen pour venir à la rencontre de son environnement et offre une possibilité d'agir sur ce dernier. (**Caouette & Bernard**, 2022) Je développerai cela davantage par la suite.

Du fait de toutes les particularités et difficultés qu'entraîne le polyhandicap, la présence d'un tiers semble alors indispensable pour leur permettre d'accéder à de nouvelles expériences et sensations, les aider à mieux investir leur corps et à agir par eux-mêmes. Un accompagnement psychomoteur autour du toucher semble alors pertinent auprès de cette population.

III - L'apport du toucher en psychomotricité auprès des sujets polyhandicapés

1. La psychomotricité et le psychomotricien

1.1 Le cadre et l'alliance thérapeutique

D'après **C. Potel** (2010), « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre. »

Le cadre thérapeutique est indispensable à toute prise en charge. Il n'est pas figé, il va évoluer tout au long du suivi du patient et il va venir s'ajuster à chaque sujet et situation en prenant en compte le vécu émotionnel de chacun.

Le cadre thérapeutique implique différentes conditions :

- Des conditions spatiales : il me semble important que la séance se déroule toujours dans le même espace ce qui va permettre de donner des repères stables aux patients. L'espace va venir s'adapter aux besoins de chacun. Ce dernier doit être sécurisant et contenant afin d'assurer une sécurité physique et psychique et de permettre de s'approprier l'espace par des expériences sensorielles et motrices. Pour **C. Potel** (2010), il faut « concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices ».
- Des conditions temporelles : de même que pour l'espace, il me semble primordial que les séances se déroulent le même jour à la même heure, cela va instaurer un repère dans le temps et une régularité.
- Des conditions de matériel : Le corps est l'outil principal du psychomotricien mais il va pouvoir s'appuyer sur différents objets pour assurer ses prises en charge. Dans le cadre du polyhandicap, le matériel sensoriel joue un rôle prédominant dans l'accompagnement.
- Des conditions d'encadrement : L'encadrement va pouvoir se faire seul, en duo, ou en équipe. Pour **C. Potel** (2010), « le travail pluridisciplinaire est toujours d'une grande richesse, tant pour les patients que pour les thérapeutes ».
- Des conditions institutionnelles : Le cadre thérapeutique va venir s'adapter au fonctionnement de l'institution, à ses projets, à ses règles et à l'équipe.

Dans l'accompagnement du sujet polyhandicapé ce cadre doit être davantage réfléchi afin de leur permettre la possibilité d'aller à la rencontre de soi, de l'autre par le biais de propositions sensorielles. Il est d'autant plus important lorsqu'il implique le toucher.

Le cadre va également permettre la mise en place d'une alliance thérapeutique. Cette alliance est importante car elle va créer une relation de confiance et de sérénité entre le thérapeute et la personne accompagnée. C'est une forme d'engagement mutuel. Elle va commencer à se construire dès la première rencontre et va influencer toute la prise en charge.

1.2 La relation thérapeutique

a) Implication corporelle du psychomotricien

Ce qui fait la spécificité de l'approche psychomotrice est l'implication corporelle du psychomotricien auprès du patient. **O. Moyano** la définit comme la relation partagée entre le patient et le psychomotricien. Le psychomotricien vient engager son propre corps dans la relation thérapeutique, qui devient le médiateur principal des échanges. Le corps est alors un outil pour entrer en relation et comprendre l'autre. La sensorialité, la gestuelle et l'affectivité des deux partenaires est engagées dans la relation.

Grâce à cette relation, le patient va pouvoir vivre et enrichir ses expériences corporelles, motrices, affectives, créatives tout en étant contenu et guidé par le psychomotricien pour comprendre son vécu. Au travers d'une implication corporelle étayante, le patient va évoluer et va être en capacité d'accéder petit à petit à ses représentations. En effet, « le psychomotricien sera un support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affective pour le sujet » (**Scialom** et al., 2015)

b) Empathie

Le psychomotricien se doit d'adopter une attitude empathique dans la relation, et plus particulièrement face au toucher.

Le toucher est l'un des sens qui implique le plus la notion d'empathie parce qu'il implique une grande proximité avec l'autre. L'empathie est la capacité de se mettre à la place d'autrui, d'entendre et comprendre sa souffrance ou ses ressentis tout en sachant que nous ne sommes pas lui.

V. Defiolles-Peltier (2010) parle « d'empathie tonique », pour indiquer la sensibilité du thérapeute face aux différentes manifestations toniques et émotionnelles du sujet ainsi que son adaptation par le dialogue tonique.

Le psychomotricien va adopter une posture emphatique psychique et tonique en évaluant les manifestations que laissent apparaître le sujet, aussi bien les signes de bien être que d'inconfort, afin de pouvoir s'ajuster à ce dernier. Le psychomotricien pourra répondre d'une manière tonique, posturale et/ou verbale aux besoins de la personne. Le psychomotricien se rend disponible pour accueillir les émotions et les vécus du patient.

Lors de ma pratique, il m'est arrivé d'être tellement attentive aux manifestations tonico-émotionnelles d'une résidente, que j'ai pu avoir des réactions tel un sursaut en même temps qu'elle.

c) Transfert et contre transfert

Le transfert désigne la projection émotionnelle du patient à l'égard du thérapeute. Au contraire, le contre transfert correspond à ce que le thérapeute va projeter ou ressentir vis à vis du patient.

D'après **C. Potel** (2015), « le contre-transfert corporel n'est pas uniquement l'émotion vécue « en direct » dans la relation, c'est aussi ce qui se réveille chez le thérapeute en présence de son patient, qui transfère sur lui des vécus primitifs, ceux-ci activant ce qui a été depuis longtemps enfoui dans la mémoire du corps du thérapeute, et qui est réveillé dans la relation transféro-contre-transférentielle ».

Ce contre transfert est important à prendre en compte. Il va varier en fonction de la personnalité, la sensibilité et le vécu de chacun. Le psychomotricien se doit d'être attentif à ses propres ressentis et réactions, il doit en être conscient afin de ne pas influencer son jugement. Cela implique d'avoir une bonne connaissance de soi.

d) Connaissance de soi

Tout au long de sa formation, le psychomotricien est amené à prendre conscience de ses propres sensations, ressentis, vécus, l'amenant à une meilleure connaissance de lui-même.

En étant au clair avec ses propres vécus et expériences, le psychomotricien sera plus à même de ne pas se laisser envahir par ceux d'autrui. De plus, le toucher par sa qualité réflexive va confronter tant le patient que le thérapeute à ses ressentis corporels et émotionnels. Tout au long de la séance, le thérapeute doit alors être à l'écoute de ses propres ressentis tout en se rendant disponible physiquement et psychiquement à la personne. (**Charpentier**, 2014)

1.4 Le bilan psychomoteur

En psychomotricité, chaque prise en charge est précédée d'un bilan psychomoteur. Cela va permettre d'identifier les points forts et les difficultés des patients. Suite à ce bilan, le psychomotricien établit un projet thérapeutique avec différents objectifs.

Dans le cadre du polyhandicap, cela est un peu plus complexe du fait des difficultés relationnelles, de la quasi absence de langage verbal, du peu de compréhension des consignes verbales ou bien du fait d'une disponibilité très variable ou d'une fatigabilité importante.

Le psychomotricien va donc devoir être attentif et observer tous les comportements, et besoins des sujets. Nous allons donc pouvoir utiliser « l'observation psychomotrice » qui va venir compléter le bilan. **C. Potel** (2010) la décrit comme « une observation du corps, de ses comportements et de ses interactions avec d'autres corps ». Cette observation va impliquer la subjectivité du thérapeute ainsi que ses capacités d'analyse.

Sur mon terrain de stage, afin de compléter ses observations cliniques, la psychomotricienne utilise également certains items de la batterie d'évaluations des fonctions neuro-psychomotrices de **L. Vaivre-Douret** (NP-MOT : items tonus, motricité, coordination oculo-manuelle). Cela permet notamment de donner des indications à un instant T et donc de pouvoir évaluer les éventuelles évolutions ou régressions de manière objective. De plus, les échanges avec l'équipe de proximité sont primordiaux afin de recueillir le plus de connaissances sur les capacités du résident.

Toutes ces observations vont donner « des informations cognitives et motrices sur les acquisitions, des informations sur le vécu du corps et sur la qualité corporelle mise en jeu dans la relation à l'autre ». (**Potel, 2010**) Le psychomotricien devra mettre en lien tous ces éléments avec ses connaissances théoriques. Grâce aux observations cliniques, il va pouvoir affiner son projet de soin.

Le travail du psychomotricien auprès de la personne polyhandicapée va généralement être centré autour du bien être corporel et psychique en essayant de diminuer la douleur, de limiter l'isolement, de permettre l'exploration et l'utilisation de son propre corps, la découverte de ses possibilités motrices mais aussi d'améliorer et développer la relation à soi, aux autres et à son environnement. (**Medici & Vergne, 2016**)

L'alliance thérapeutique entre le psychomotricien et le sujet est déterminante, les épreuves du bilan vont pouvoir se dérouler dans une relation de confiance qui apporte sécurité et contenance.

Le bilan psychomoteur et l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap est un travail qui d'après **G. Medici (2016)** requière « de la patience, de la persévérance, qui demande d'effectuer des choix, des remises en question, d'oser et d'innover des prises en charge ».

2. Les composantes impliquées dans le toucher

2.1 Une proximité physique

L'anthropologue **T. Hall (1978)** a étudié les différentes distances que les Hommes entretiennent entre eux et a défini la notion de proxémie. Cette dernière correspond à la distance physique qui s'établit entre deux personnes. Il développe quatre distances. La distance publique allant de 3,6 à plus de 7 mètres, la distance sociale de 1,2 à 3,6 mètres, la distance personnelle de 45 à 125 centimètres et pour finir la distance intime de 45 centimètres jusqu'au contact physique.

Le toucher que nous utilisons dans le cadre des séances en psychomotricité est en lien avec la distance intime. Cette proximité physique implique qu'une relation de

confiance mutuelle soit établie préalablement. Il est important que le psychomotricien soit disponible et attentif aux éprouvés du patient car d'après **T. Hall** (1978), à cette distance « la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif ». En effet, elle vient mettre en jeu tous les éléments sensoriels (chaleur, odeur...) produit par les deux partenaires, un véritable échange corporel va s'établir. La communication non verbale prend alors le dessus sur la communication verbale.

2.2 L'émergence d'une communication

Lors de la rencontre avec la personne polyhandicapée, la communication peut être altérée par l'absence ou la quasi absence de langage verbal. C'est alors ici que la communication non verbale prend tout son sens.

J. Corraze (1980) définit la communication non verbale par « l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores ». Il s'agit alors d'être attentif au langage corporel : le regard, les expressions du visage, les gestes, le tonus, le contact cutané.

En effet, c'est à travers le corps que la personne polyhandicapée va être en mesure de communiquer, d'échanger et de rentrer en relation avec autrui. **C. Potel** (2009) explique que « le corps est vecteur d'expression. Il véhicule nos affects, nos émotions, tout un langage infra verbal qui occupe une place importante dans la communication, même s'il n'emprunte pas le chemin des mots. »

Le psychomotricien va alors être attentif et accueillir toutes ces manifestations corporelles comme étant le signe d'un possible message, d'une communication. Cependant cette interprétation est subjective, les biais d'interprétation sont à prendre en compte. Le travail en équipe pluridisciplinaire est important afin d'avoir plusieurs points de vue et de ne pas s'enfermer dans une seule interprétation possible.

2.3 Le dialogue tonico émotionnel

Nous avons vu précédemment l'importance du dialogue tonique entre la mère et son bébé. Ce sont grâce aux variations toniques et émotionnelles de ce dernier que la mère vient ajuster son tonus pour répondre aux besoins du nourrisson permettant la création d'un dialogue entre eux.

L'accompagnement de la personne polyhandicapée au travers du toucher met en jeu ce dialogue tonico-émotionnel. Le toucher va permettre au psychomotricien d'entrer en relation avec la personne polyhandicapée via le dialogue tonique. La rencontre tactile éveille à la communication non verbale. Le tonus, les mimiques, les regards, la respiration, la détente, le retrait sont autant d'éléments à prendre en compte afin de comprendre le vécu de la personne.

E. Courjou (2007) explique que la réflexivité du toucher nous implique « dans une expérience de « touchant-touché » engageant ainsi les deux partenaires dans la relation ». Les émotions et les états toniques du psychomotricien et du sujet vont alors entrer en résonance via le dialogue tonico-émotionnel. Ainsi, par son écoute corporelle et sa capacité à accorder son propre tonus, le psychomotricien peut venir accompagner son patient d'un état tonique à un autre.

3. Les rôles et les fonctions du toucher

3.1 Principe de la stimulation basale

Le concept de « stimulation basale » a été développé dans les années 1970 par le professeur **A. Fröhlich**. Cette approche vise à satisfaire les besoins élémentaires de la personne polyhandicapée en prenant en compte les sphères physiologiques, psychologiques et sociales. On aborde le sujet dans sa globalité.

Le principe de cette méthode est de proposer des « stimulations basales », c'est à dire donner la possibilité de revivre des expériences similaires à celle que peut vivre le fœtus pendant la vie intra-utérine. Les domaines somatiques (peau), vibratoires (la structure squelettique) et vestibulaires (les mouvements) vont être particulièrement sollicités.

3.2 Enrichissement du vécu corporel

a) Prise de conscience corporelle

Comme nous l'avons vu, les personnes en situation de polyhandicap ressentent leur corps à travers les différents appareillages et les soins qui leur sont prodigués quotidiennement. De plus, ils sont assez contraints dans leurs mouvements et sont donc en difficulté pour aller à la rencontre de leur environnement et agir sur ce dernier. Or, nous avons vu le rôle primordial du toucher dans la découverte, dans l'expérimentation et dans la sensori-motricité au cours du développement.

Le rôle du psychomotricien va être de leur donner la possibilité d'accéder à de nouvelles expériences tactiles. Cependant, il est important de proposer ces stimulations de manière progressives afin de ne pas les mettre dans une situation d'inconfort. En effet, d'après **A. Bullinger** (2004) « la personne gravement déficiente peut avoir de la difficulté dans la gestion des flux sensoriels et la régulation de ses états émotionnels ». La personne polyhandicapée peut alors se sentir désorientée et débordée par ces afférences sensorielles.

Les expériences tactiles vont être répétées et proposées à chaque séance, afin de permettre une habituation sensorielle. Respecter leur temps de latence est nécessaire afin de leur laisser le temps de s'approprier et d'intégrer les différentes sensations. Chez ces sujets, cela peut demander un certain temps. **A. Bullinger** (2004) ajoute à cela que « des limitations dans les capacités représentatives rendent difficiles les élaborations instrumentales pour la communication et l'échange physique avec son milieu ». Le psychomotricien va alors venir mettre des mots, du sens, sur ce qu'il perçoit du vécu de la personne afin de l'aider à symboliser et à se créer une représentation. Le psychomotricien vient ainsi enrichir le vécu corporel du patient.

Les informations tactiles que nous proposons peuvent varier en termes de textures (doux/rugueux, mou/dur), de température, de tailles, de forme. Nous pouvons aussi étendre ce contact à différentes parties du corps. Pour ce faire, le psychomotricien dispose d'outils variés avec des propriétés sensorielles différentes (gants texturés,

balles, ballons, tissus, couvertures et sac lestés...). Par le toucher, nous pouvons aussi venir mettre en évidence les os (percussions osseuses), les muscles (pétrissage, pressions) et la peau (frottements, effleurements). Tout au long des séances, le psychomotricien veille à identifier les préférences de chaque résident ainsi qu'à la possibilité d'exprimer des choix.

Au travers de ces stimulations tactiles variées, nous recherchons l'appropriation des sensations par le sujet afin qu'il puisse mieux les anticiper et les appréhender dans la vie quotidienne. De plus, elles participent à la prise de conscience par le patient de l'unicité de son corps et de ses limites. En effet, l'étayage corporel permet d'intégrer l'enveloppe corporelle séparant l'intérieur et l'extérieur du corps.

b) Prise de conscience des capacités motrices

Les personnes polyhandicapées n'ont eu que très peu d'occasions d'expérimenter leur motricité ainsi que leurs capacités de mouvements. Le travail au sol en psychomotricité va favoriser la liberté de mouvement du corps.

Le psychomotricien peut venir aider la personne à se mobiliser par lui-même. En touchant une partie du corps comme le bras ou la jambe et en accompagnant notre geste verbalement cela peut venir induire un mouvement par la personne. Un appui et des repoussés au niveau de la plante du pied peuvent aussi venir favoriser un mouvement des jambes.

Au travers de mobilisations passives, le psychomotricien peut amener le sujet à percevoir son corps en mouvement ainsi qu'à expérimenter les différentes amplitudes possibles. Le sujet va ainsi pouvoir expérimenter différentes positions de ses membres. Par exemple, il peut prendre conscience du fait que ses bras ou ses jambes peuvent se plier, se déplier ou que les mains sont un moyen d'aller à la rencontre des différentes parties de son corps et de son environnement proche.

De plus, si cela est possible nous pouvons faire expérimenter les différentes étapes du développement moteur des postures. C'est une occasion pour la personne polyhandicapée de vivre différentes positions allant du sol jusqu'à la position debout

et la marche. Elle peut ainsi prendre conscience de différents schèmes posturaux ainsi que de la verticalité.

Les stimulations tactiles proposées par le psychomotricien permettent à la personne polyhandicapée d'aller vers d'autres schémas posturaux, de vivre et expérimenter des sensations oubliées ou jamais découvertes. Cet enrichissement du vécu corporel amène à une meilleure conscience de soi.

3.3 Enrichissement de la conscience de soi : schéma corporel et image du corps

Commençons par définir ce qu'est le schéma corporel et l'image du corps.

a) Schéma corporel

J. De Ajuriaguerra (1974) propose une définition du schéma corporel : « Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ».

Pour la psychanalyste **F. Dolto** (1984), le schéma corporel est identique chez tous les êtres humains. Le schéma corporel se structure grâce à « l'apprentissage et l'expérience » et il « réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate ». Le schéma corporel va alors pouvoir se modifier et évoluer tout au long de la vie. Il se construit au travers des sensations tactiles, visuelles et kinesthésiques. Chez les enfants, l'intégration du schéma corporel va se construire progressivement en s'appuyant sur leurs explorations et sensations autour du corps et de l'espace et suivre le rythme de la maturation neurologique.

b) Image du corps

A contrario l'image du corps est d'après **F. Dolto** (1984) « propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire ». L'image du corps est définie comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles ». **F. Dolto** précise que c'est « grâce à notre image du corps portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui ». Elle est alors le « support du narcissisme ».

D'après ma formation, **S. Gallagher** définit l'image du corps comme « un système de perceptions, d'attitudes et de croyances se rapportant à son propre corps ». L'investissement de cette image du corps aura des retentissements sur le plan comportemental, cognitif et affectif. L'image du corps est alors influencée par des facteurs socioculturels, psychologiques et biologiques. Elle est inconsciente, contrairement au schéma corporel.

c) Le schéma corporel et l'image du corps chez la personne polyhandicapée

En raison de mouvements limités et restreints, il se peut que les sujets polyhandicapés n'aient pas vécu les expériences nécessaires permettant une bonne intégration du schéma corporel. Le toucher va alors venir apporter différentes informations et sensations sur des parties du corps qui ne sont pas beaucoup investies. Le travail vu précédemment autour de la mise en mouvement du corps va contribuer à cette prise de conscience du schéma corporel.

Effectivement, des propositions de rassemblements des membres sur l'axe corporel (en dehors de contre-indication), amènent à la prise de conscience de celui-ci.

A. Bullinger (2004) explique que « la constitution de l'axe corporel, avec son ajustement tonique complexe, la mobilité qu'il offre vont permettre de relier les différents espaces dans lesquels l'enfant déploie ses moyens instrumentaux. Il fait de l'organisme un lieu habité ».

Ainsi des mouvements de rotation, d'enroulement et d'extension vont entraîner un mouvement de l'ensemble du corps qui va contribuer à la conscience de l'axe

corporel et des différents espaces du corps (avant/arrière, hémicorps droite et gauche).

Le psychomotricien peut proposer à la personne son propre corps comme appui. Cela va participer à la conscience de l'axe corporel ainsi que de la face dorsale. Des pressions au niveau du dos peuvent venir enrichir les sensations.

Fabrice est un adulte vieillissant atteint de polyhandicap avec des attitudes de repli type autistique. Fabrice est en constante recherche de la position en enroulement que ce soit dans son lit ou dans son fauteuil. Il est de plus en plus isolé de son environnement, et ferme les yeux de façon quasi permanente. Il est cependant important de conserver au maximum sa liberté de mouvement afin de ralentir sa spasticité. Ainsi je lui propose, au sein d'un groupe, des stimulations sensorielles en dehors de son fauteuil, sur un tapis au sol. Je viens, dans un premier temps, passer une balle à picots sur l'ensemble du corps de Fabrice, afin de lui permettre une prise de conscience du corps dans son entièreté. J'insiste, dans un second temps, au niveau des mains, Fabrice a souvent les mains fermées. Au contact d'une balle plus douce, il vient ouvrir sa main. Petit à petit, Fabrice peut orienter sa tête du côté de la stimulation et ouvre parfois les yeux. Au fur et à mesure des séances, il vient tendre le bras afin d'attraper la balle. En fonction de la stimulation tactile, Fabrice est en capacité de passer d'un côté à un autre, il reste parfois sur le dos. Le toucher lui permet de vivre et d'expérimenter de nouvelles sensations enrichissant son vécu corporel. La prise de conscience de son corps l'amène à reprendre conscience petit à petit de ses possibilités motrices et des différentes positions qu'il peut prendre de lui-même.

Chez le sujet polyhandicapé, l'image du corps est elle aussi altérée. Le handicap, les douleurs, la dépendance et les soins quotidiens amènent ces sujets à désinvestir leur corps et ont tendance à se replier sur eux-mêmes et à s'isoler. Le corps peut être perçu comme défaillant, et il devient synonyme de souffrance. Or nous avons vu l'importance des émotions et des interactions sociales dans l'élaboration de l'image du corps. Le toucher du psychomotricien va alors permettre d'apporter de nouvelles sensations perçues comme agréables et structurantes. Elles vont être associées à des émotions positives, offrant ainsi à la personne polyhandicapée une nouvelle

façon de renouer avec son corps. Le toucher va avoir une fonction de contenance et de revalorisation, ce qui va permettre à ces personnes de reprendre confiance en leur corps et de retrouver un vécu corporel positif qui va venir moduler leur image du corps.

3.4 Toucher pour rassurer et guider

Le toucher a également un effet réassurant. En cas de situation de peur, de panique, une main sur l'épaule vient assurer l'autre de notre présence et de notre disponibilité. Ce dernier se sent alors écouté et en confiance. Par le biais d'un contact avec notre main nous pouvons ressentir les émotions d'autrui. Ce dernier peut également ressentir les nôtres, de manière inconsciente nous lui transmettons notre tension émotionnelle. **E. Courjou** (2007) explique que le « tact bienveillant donne une sensation de plaisir, de confiance. La complicité peut alors s'installer ». Une forme de dialogue s'installe par le biais du toucher. Le regard et la voix peuvent accompagner cette communication tactile. Tous ces éléments vont venir revaloriser la personne.

La guidance physique peut parfois permettre une meilleure compréhension de la consigne. La consigne orale seule parfois n'est pas suffisante. En accompagnant le geste, le sujet peut se rendre compte de ce qu'on attend de lui, et pourra le répéter par la suite. En effet le toucher est complémentaire à la parole.

4. L'institution : La Maison d'Accueil Spécialisée

• Les professionnels

La Maison d'Accueil Spécialisée dans laquelle j'ai réalisé mon stage comprend de nombreux services et professionnels. Le service médical est assuré par un médecin généraliste. L'équipe paramédicale comprend des infirmiers, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, une psychomotricienne et une psychologue. L'équipe de proximité est composée d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques. Le service éducatif et de loisirs est assuré par les éducateurs spécialisés et les animateurs.

- **Le fonctionnement**

Cet établissement propose un hébergement, un suivi médical et paramédical ainsi qu'un accompagnement individualisé co-construit avec la personne (si cela est possible) et son entourage.

La capacité d'accueil est de 45 places en internat et de 7 places en accueil de jour. L'établissement est composé de 5 maisons qui constituent les lieux de vie des personnes accueillies. Autour d'une grande pièce de vie collective se divise 9 chambres individuelles.

L'établissement propose aussi des espaces d'activités permettant de proposer des temps de soin, d'apprentissage et de loisir. Dans le jardin se trouve un chemin sensoriel qui vient offrir un coin riche en expérimentation.

Au cours de la semaine différentes réunions sont organisés. Elles se déroulent le mardi et le jeudi :

- Une réunion de « Recueil d'éléments cliniques » est organisée en présence de la chef de service, de l'équipe de proximité (aides-soignants de l'unité) et de l'équipe transverse (psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, infirmiers, éducateurs, animateurs). Chaque semaine, le projet personnalisé d'un des résidents est revu.
- Une réunion de « Recueil des éléments significatifs », hebdomadaires qui concerne chaque semaine une unité différente durant laquelle sont exposés les éléments importants en présence des professionnels de proximité et l'équipe transverse.
- Des réunions « médicales » regroupant le médecin généraliste, les infirmiers et la chef de service.
- Ainsi que des réunions « transmissions » entre le docteur et les ergothérapeutes.

- **Ma place de stagiaire**

Je suis intervenue au sein de mon lieu de stage à raison d'un jour et demi par semaine. J'ai pu assister à des « réunions d'éléments cliniques », les regards de chaque professionnel ont été d'une grande richesse.

J'ai participé à des séances individuelles et à des séances en groupe qui se réalisent en équipe pluridisciplinaire. Je mène également une prise en charge seule.

C'est d'ailleurs dans le cadre du groupe « manipulations » que je rencontre Eva.

5. Présentation de Eva

5.1 Anamnèse

Eva est née le 28 Mai 1998, elle a 23 ans et 6 mois lors de notre première rencontre. Eva est née à terme, l'accouchement s'est déroulé sans difficulté. A l'âge de sept mois, elle est atteinte d'une méningite à pneumocoque qui entrainera des séquelles neuro-sensorielles. A l'âge de vingt mois, les premières crises convulsives avec spasme apparaissent. Eva a un retard psychomoteur sévère avec un trouble envahissant du développement et de l'épilepsie. Elle est diagnostiquée polyhandicapé.

De ses 12 mois à ses 24 mois, elle est accueillie dans un jardin d'enfants spécialisé. Ensuite de ses 2 ans à ses 16 ans, elle rejoint un Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP). Elle est ensuite restée six ans chez ses parents. Elle entre à la Maison d'Accueil Spécialisée le 14 Décembre 2020.

Actuellement, Eva possède un état staruro-pondéral correcte, elle pèse 40,600 kilos pour 1 mètre 45. Elle a une hypotonie globale modérée, une motricité volontaire très pauvre et de nombreuses stéréotypies. Ses crises sont moins nombreuses, elle fait moins d'une crise convulsive par mois. Au niveau orthopédique, elle a une courbure thoraco-lombaire de T12 à L4 évaluée à 15,9° avec son corset et 23,5° sans le corset. Il y a une rotation des épineuses et une scoliose dorso-lombaire. La structure et la morphologie osseuse sont normales. Son état cardio-pulmonaire est correct.

5.2 Quotidien et projet de soins

Le projet personnalisé de Eva a été revu cette année.

a) Attentes familiales

Les parents d'Eva souhaitent que :

- ✓ L'autonomie partielle de leur fille (repas, participation partielle à l'habillage) soit stimulée,
- ✓ Eva puisse bénéficier d'un bain thérapeutique par semaine, et que des activités sonores lui soient proposées.

b) Communication

Sur son unité, Eva se trouve dans son fauteuil roulant sur lequel est fixé une tablette, elle est entourée des autres résidents. Elle se fait entendre au sein du groupe par des sons, des cris et des mouvements de tête.

Eva ne s'exprime pas verbalement. Elle réagit aux voix, à l'intonation. Eva tourne la tête vers la personne qui parle ou qui l'appelle. Elle manifeste son plaisir par des rires, des sourires. Les indicateurs de déplaisir ou de gêne sont une hyperventilation, des cris, des frappes avec ses mains rapides et puissantes. Avec les soignants, elle recherche les interactions en criant, nous fixant ou en envoyant des bisous. Avec les autres résidents, nous n'avons pas observé de recherche d'interaction du même ordre. Elle observe toutefois leurs déplacements, mouvements ou actions. Eva vocalise beaucoup, ces dernières peuvent avoir parfois valeur de stéréotypies. De même, elle frappe de façon répétitive sur sa tablette avec la main gauche ou dans ses mains.

Eva manifeste une grande sensibilité à son environnement sonore et visuel. Elle émet parfois des cris lorsqu'il y a trop de bruits ou trop de déplacements rapides autour d'elle.

- Pistes évoquées : prévoir une Evaluation-cognition-polyhandicap (ECP)

c) Repas

Eva prend son petit déjeuner en chambre, les repas sont pris à table dans la pièce de vie avec les autres résidents. Une aide-soignante se place à ses côtés pour l'aider, l'autonomie est partielle. Certains jours, elle peut ramener sa cuillère de l'assiette à sa bouche, d'autres jours la guidance est totale.

- Pistes évoquées : en se référant au bilan orthophonique au niveau de la déglutition et après validation médicale, remettre en place la possibilité pour Eva des aliments mous qu'elle peut saisir elle-même à la main pour retrouver des sensations tactiles et gustatives sur des parties de repas. Revoir aussi le cadre du repas ; limiter les mouvements autour d'elle ou les éléments distrayants pour ne pas entraver son autonomie.

d) Toilette

Lors de la toilette, elle ne manifeste aucune appréhension face aux différentes manipulations ni face au toucher. Elle semble même apprécier ce moment avec les soignants. Elle cherche à interagir avec eux, en leur adressant des bisous, en vocalisant des onomatopées et en rigolant. Elle peut aider à l'habillage, en levant rapidement son bassin, ou en tendant légèrement les bras.

- Pistes évoquées : soutenir la participation de Eva lors du déshabillage et de l'habillage, amener le plus de prévisibilité possible dans les manipulations.

e) Animations

Dans la semaine, elle participe à l'activité conte 3D sensoriel qui est réalisé par les animateurs. C'est un moment où Eva est attentive à ce qui se passe, elle peut sourire et émettre différentes onomatopées. Elle bénéficie également d'un bain à visé relaxante organisé par les animateurs. C'est un moment qu'elle semble apprécier, dans lequel elle arrive à se détendre. Il n'y a pas de mouvement de tête, elle fait des bisous en amenant sa main à sa bouche. Elle peut aussi fixer les animateurs dans les yeux.

Une intervenante extérieure vient également lui proposer des massages, elle semble apprécier ce moment et reste attentive à ses sensations.

f) Traitement

En termes de traitement au quotidien Eva prend un antiépileptique (zonegran), une pilule hormonale (cerazette), un protecteur gastrique (inexium), un apport en calcium (calcidose) et un laxatif (lansoyl).

Par trimestre, elle a une ampoule de vitamine D et par mois un antibactérien en prévention des infections urinaires (uvedos).

5.3 Evaluations

a) Bilan déglutition réalisée par l'orthophoniste

Eva semble présenter un défaut de sensibilité lingual/labial associé à une lassitude d'une alimentation mixée. Il serait intéressant de proposer à Eva des aliments mous mais solides (sauf contre-indications médicales), qu'elle pourrait saisir elle-même à la main afin de retrouver des sensations tactiles et gustatives sur des parties de repas.

De plus, au cours du repas, avec des aliments mixés, une stimulation labiale avec le bout de la cuillère permet de déclencher la déglutition plus rapidement.

La présence des autres résidents autour d'elle peut entraîner une distraction attentionnelle, ralentissant davantage le temps du repas. Une autre place dans la pièce pourrait alors être à envisager.

Aucune fausse route n'étant relevée, aucun aménagement spécifique de posture n'est proposé.

b) Bilan psychomoteur

• **Interactions, comportements :**

Eva est une jeune résidente qui interagit rapidement par le regard, les onomatopées, les mimiques, les mouvements des bras. Elle peut adresser des bisous aux professionnels et rapproche parfois sa tête de la tête du soignant.

Dès qu'un professionnel est à proximité elle peut le fixer et le suivre du regard si le mouvement de ce dernier n'est pas trop rapide. Eva observe les autres résidents mais ne les interpelle pas.

Eva est sensible à l'environnement sonore et visuel. Elle présente également une hypersensibilité tactile face à des stimulations nouvelles ou inconnues.

Sa capacité à se mouvoir et à mobiliser de manière volontaire ses membres supérieurs est bien plus importante quand Eva est libre de ses mouvements dans son lit.

La fatigabilité est constatée rapidement, Eva peut soutenir son attention 10 minutes. Elle peut manifester de la gêne et de la surprise lors des mobilisations lorsque cela n'est pas suffisamment prévisible pour elle.

• **Acquisitions psychomotrices :**

- **Schéma corporel et connaissances des parties du corps :**

Au niveau des acquisitions, on constate qu'il est difficile de déterminer la connaissance de Eva au niveau du schéma corporel. Elle peut toutefois orienter son regard vers la partie du corps qui est touchée. Elle utilise préférentiellement la main droite mais elle peut mobiliser aussi sa main gauche. Des tremblements à l'effort au niveau des membres inférieurs ont été constatés durant le bilan.

- **Posture, tonus et latéralité :**

Eva présente une hypotonie axiale et une hypertonie asymétrique des membres. Au niveau du ballant du poignet, on constate une résistance supérieure à droite. Une résistance supérieure à gauche pour le ballant du pied.

Au niveau de l'extensibilité des membres supérieurs, le bras droit dépasse la ligne mammaire opposée. Pour le bras gauche, le coude se situe entre la ligne médiane axiale et la ligne mammaire opposée. Les valeurs angulaires pour les poignets sont dans la normale : 90° pour le droit et 80° pour le gauche. La résistance des membres supérieurs est plus élevée à gauche.

Au niveau de l'extensibilité des membres inférieurs, l'angle des adducteurs est très faible (70°). L'extensibilité de l'angle talon-oreille est faible (80°). L'extensibilité du pied est d'environ 90° à gauche et à droite. La résistance des membres inférieurs est supérieure à gauche.

La latéralité tonique est déterminée à gauche en lien avec une atteinte neurologique. La latéralité usuelle est observée à droite pour la main même si le passage entre les deux mains est possible. Elle n'a pu être déterminée pour le pied. Pour l'œil, la dominance probable à gauche est à mettre en lien avec le strabisme qui semble impacter davantage l'œil droit.

- **Motricité :**

Eva peut se tenir en position assise mais ne peut la prendre d'elle-même. L'attitude cyphotique est importante, c'est la position en trépied des jambes qui permet le maintien de la position. En position allongée, le retournement dos-ventre, ventre-dos n'a pas pu être réalisé. Eva mobilise ses mains et ses bras, elle peut saisir, secouer, passer d'une main à l'autre. Elle peut mobiliser ses jambes d'elle-même en position allongée mais cela reste limité (croisement ou légères levées).

Pour l'habillage ou le déshabillage, Eva accompagne parfois en tendant légèrement le bras mais ceci n'est pas constant. Il arrive en effet qu'Eva n'accompagne pas.

• **Représentations spatiales et temporelles :**

Etant donné qu'Eva n'est pas autonome dans ses déplacements, il est difficile de pouvoir évaluer les repères spatiaux qu'elle a pu intégrer au sein de l'unité mais aussi au sein de la MAS. Il en est de même pour les repères temporels. Eva réagit à

son environnement quand il y a de l'animation mais elle ne semble pas sensible aux repères liés au déroulement de la journée (couverts, chariot, repas...).

Pour conclure, Eva est une jeune résidente qui est en quête d'interactions avec les professionnels de la MAS. Eva peut prendre du plaisir à se mouvoir en secouant parfois des instruments pour faire de la musique ou en se balançant même si cela peut avoir parfois valeurs de stéréotypies. Il paraît important de rendre prévisible les mobilisations en lui annonçant ou en la touchant progressivement, de respecter son temps de vigilance et d'attention estimé à 10 minutes.

c) Evaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme

Une évaluation sensorielle a été réalisée auprès de Eva à l'aide de l'Évaluation sensorielle de l'Adulte avec Autisme (ESAA, Degenne, 2014). Nous utilisons cette évaluation dans l'attente d'une version adaptée aux personnes adultes en situation de polyhandicap. Cette évaluation vise à évaluer les particularités sensorielles d'Eva relative aux différentes modalités sensorielles (tactile, visuelle, auditive, olfactive, gustative, proprioceptive, vestibulaire, générale). Elle est réalisée sur la base de l'observation directe de réactions comportementales en réponse à la présentation d'objets sensoriels. Dans un second temps, une évaluation indirecte est réalisée avec les professionnels qui connaissent bien Eva et cette évaluation concerne les réactions face aux stimuli sensoriels durant la vie quotidienne.

- **Sur le plan visuel**, durant l'ESAA, Eva a beaucoup fixé son regard sur les différents soignants. Elle s'intéresse à certains objets lumineux comme l'œuf ou le sablier à bulles et peut suivre le déplacement hormis quand il est trop rapide. À l'inverse, pour d'autres objets, elle n'a pas été très réactive. Dans les moments de vie quotidienne, Eva manifeste de la gêne lorsque les mouvements sont trop rapides autour d'elle ou face à des lumières trop alternatives et séquencées. Elle sursaute comme si elle n'avait pu l'anticiper. La poursuite visuelle n'est pas fluide. Elle présente un nystagmus et une perturbation plus globale de la vision.
- **Sur le plan tactile**, avec le matériel de la valise de l'ESAA, Eva alterne entre des phases de gêne (mimique très marquée, lâche l'objet ou replie ses doigts) et des phases plus neutres. Dans la vie quotidienne, Eva exprime de l'inconfort lors de

certaines soins corporels (couper les ongles, brossage de dents si trop rapide). Elle préfère les simulations tactiles douces. Eva apprécie peu par exemple le massage avec une balle à picots mais davantage l'effleurage de surfaces douces. Une asymétrie au niveau des sensations est pointée en lien avec l'atteinte neurologique. Eva se laisse davantage faire pour le brossage des dents à droite qu'à gauche.

- **Sur le plan olfactif et gustatif**, Eva semble avoir une réactivité assez ordinaire. Elle a eu des comportements variés en fonction de l'odeur présentée. Par exemple, elle tend le nez pour le miel et recule pour l'eucalyptus ou de l'herbe. Au niveau gustatif, Eva prend le temps de percevoir et goûter. Ces intérêts sont très marqués (mimiques, mouvements). Elle reprend des cuillères quand elle aime ou tourne sa tête et serre la bouche quand elle n'apprécie pas.
- **Sur le plan auditif**, Eva a réagi très vivement et avec plaisir aux bruits des grelots, aux chants. Elle produit d'ailleurs des petites rythmiques avec sa bouche. Eva recherche très fréquemment des stimulations de cet ordre ce qui est plutôt évocateur d'une hyposensibilité. A l'inverse, le moindre bruit soudain ou des cris ou pleurs de résidents génèrent des sursauts et des cris jusqu'à parfois le déclenchement d'une crise d'épilepsie.
- **Sur le plan proprioceptif**, durant l'ESAA directe, Eva manifeste des réactions de gêne avec le coussin vibrant ou le trépied. Pour d'autres objets, elle est peu réactive semblant ne pas sentir la différence. Dans la vie quotidienne, Eva reproduit des mouvements de façon répétée voire stéréotypée. Par exemple, elle tape ses mains l'une contre l'autre, ceci est parfois associé à une hyperventilation. Ses mouvements peuvent être le signe d'un état d'excitation se terminant quelques fois par des cris ou des pleurs. La réassurance en lui tenant le bras suffit parfois à faire redescendre la tension.
- **Au niveau vestibulaire**, Eva ne manifeste pas d'appréhension dans les différentes mobilisations de la vie quotidienne. Elle est par contre plus inquiète lorsque les mouvements d'elle-même ou autour d'elle sont rapides.

De manière globale, Eva semble avoir un profil sensoriel moyennement perturbé. Des perturbations sévères sont identifiées sur les modalités tactiles et vestibulaires. Des perturbations légères à moyennes sont identifiées pour les modalités visuelle, auditive, proprioceptive et au niveau de la réactivité générale.

Un travail d'habitation au toucher va être mis en place pour Eva afin de l'aider à moins appréhender les stimulations tactiles nouvelles de son environnement et lui permettre d'agir davantage sur celui-ci.

5.4 Première rencontre et prise en charge

a) Objectifs du groupe

Je rencontre Eva pour la première fois dans le cadre du groupe « manipulations ». Ce dernier a été pensé dans l'idée d'offrir aux résidents concernés un temps de stimulations tactiles qui leur permet d'agir sur leur environnement en découvrant de manière autonome ou accompagnée différentes sensations. Il se déroule le jeudi après-midi de 15h30 à 16h30 en présence de la psychomotricienne et de moi-même. En raison du contexte sanitaire nous ne pouvons accueillir que deux résidents seulement.

Pendant la séance, nous proposons des stimulations tactiles variées en termes de textures, de surfaces, de matières, de températures. Nous veillons à offrir un cadre qui permet aux résidents d'être le plus possible acteur de l'environnement et de mieux l'appréhender. Nous favorisons les temps d'habitation face aux stimulations nouvelles quand cela est nécessaire afin de permettre aux résidents de vivre des sensations tactiles source de plaisir, de bien-être.

Les objectifs pour Eva au sein de ce groupe sont la découverte de différentes textures, matières afin de permettre une forme d'habitation et rendre ainsi plus confortable les situations nouvelles. Nous veillerons également à lui donner la possibilité d'être actrice.

Sur le long terme, nous souhaitons aider Eva à moins appréhender les variations dans son environnement de stimulations tactiles. L'un des meilleurs indicateurs

pourrait être le fait qu'Eva ose et prenne plaisir à manipuler du matériel qui lui serait proposé sur des temps informels.

De plus, dans le bilan déglutition, l'orthophoniste conseille de proposer à Eva des textures plus variées pour renforcer le plaisir pour l'alimentation et l'autonomie dans la saisie des aliments. Ce groupe va donc aussi permettre à Eva de découvrir différentes sensations tactiles au niveau des mains, et de travailler les initiatives motrices afin de favoriser son autonomie lors de ce temps de repas.

b) Annonce du groupe

Lorsque nous allons chercher Eva pour l'amener au groupe nous posons un gant doux sur la tablette de son fauteuil afin de lui indiquer ce que nous allons faire. C'est un gant qu'elle apprécie. Et nous le reposons sur sa tablette à la fin pour indiquer que la séance est terminée. Nous cherchons à travailler la prévisibilité.

c) Déroulement des séances

▶ Découverte

Lors de ma première rencontre avec Eva, elle passe beaucoup de temps à me regarder dans les yeux et à me fixer. Je lui présente le gant doux qu'elle apprécie mais elle continue de me regarder. Elle suit également mes déplacements lorsque je vais m'occuper de l'autre résidente présente dans le groupe. Lors de cette séance elle n'a pas initié de mouvements mais elle a accepté le contact du gant doux sur sa main. Je lui ai ensuite proposé un gant d'une texture différente, ainsi qu'une balle jaune en plume. Elle n'a pas voulu les toucher et Eva ne lâchait pas mon regard. De plus, elle a crié à plusieurs reprises dans la séance. A la fin de la séance, je ne me suis pas sentie satisfaite de moi. J'avais l'impression d'avoir mal fait quelque chose. Puis en parlant avec ma maitre de stage, je me suis rendue compte que Eva était beaucoup dans l'observation par le fait que c'était la première fois qu'elle me voyait. Elle me découvrait et son attention était focalisée sur cette découverte. Eva était donc moins réceptive à ce que je pouvais lui présenter. De plus, avec Eva, il est important de privilégier les stimulations de façon mono-canalé puisqu'elle est en difficulté pour gérer des stimulations sensorielles différentes en même temps. Je

constate qu'il est intéressant de veiller parfois à alterner entre des moments de relation, d'encouragement puis la laisser agir.

► Réassurance et contenance

La séance suivante, Eva semble plus réceptive, plus disponible. Je lui présente comme à son habitude d'abord le gant doux. Elle a besoin que je l'accompagne physiquement et verbalement pour réussir à venir le toucher. Elle le reconnaît et laisse ses 2 mains posées dessus. Cependant, Eva ne prend pas pour le moment d'initiative motrice.

Par la suite, je propose un autre gant à Eva, ce dernier est un peu moins doux que le premier. A la vue du gant, Eva anticipe et lève ses deux mains en l'air comme pour se protéger. Elle reste quelques minutes dans cette position. Petit à petit, toujours par l'intermédiaire d'une réassurance physique et verbale, Eva vient effleurer le gant du bout de ses doigts, puis avec sa main mais l'enlève aussitôt.

Pour chaque expérimentation réalisée par Eva, je mets des mots sur ses éprouvés, ses ressentis, sur ce que je perçois d'elle afin qu'elle se sente contenue et que cela ait plus de sens pour elle. **E. Charpentier** (2014) explique que le thérapeute se doit d'être toujours présent pour contenir le patient en donnant du sens et en mettant lui-même des mots sur ce qu'il peut percevoir des éprouvés corporels du sujet lorsque la verbalisation et la communication verbale ne sont pas possibles.

Après avoir attendu un peu, je propose la balle jaune à Eva sachant qu'elle n'avait pas voulu la toucher la dernière fois. Je la place dans sa main, et la saisit en refermant sa main dessus. Eva a ensuite tendu son bras et a lâché la balle, elle est tombée sur le sol. J'étais très étonnée et satisfaite. C'était la première fois que Eva engageait une initiative motrice devant moi.

Ça a été une très bonne séance pour Eva mais aussi pour moi. Je me suis rendue compte que le fait d'avoir peu de résidents, nous permet vraiment de prendre le temps avec chacun et de respecter leurs temps de réaction.

► Initiatives motrices et motivation

La fois d'après, je présente à Eva encore une fois le gant doux, le second gant moins doux, et la balle jaune. Je continue à l'accompagner verbalement et physiquement, elle les touche sans montrer de résistance. De plus, je vois que Eva sourit lorsqu'elle pose sa main sur le gant doux. Je peux noter certains progrès grâce à l'habituation des mêmes objets à chaque séance ainsi que par ma présence et mon accompagnement. Je propose ensuite à Eva de toucher du sable. Il y a au départ de l'appréhension, elle lève ses deux mains en l'air. Après quelques minutes, de la réassurance et de la guidance physique, Eva accepte de poser sa main sur le sable, puis je fais bouger cette dernière dans le sable. Eva finit par réaliser quelques mouvements seule. Je recouvre ensuite sa main de sable, je perçois à son visage qu'elle sent le sable sur sa main, puis elle la retire. En plus de mettre des mots sur ses éprouvés et ses ressentis, je valorise ses efforts et ses progrès afin de lui permettre d'éprouver un sentiment d'efficacité pour renforcer sa motivation.

Cette séance a donc encore été très favorable pour Eva, elle a accepté de toucher avec moins de résistance des textures qu'elle connaissait déjà avec même un sourire, ainsi que le sable qui était nouveau pour elle.

► Relation de confiance pérenne

Au fur et à mesure des séances, Eva me reconnaît de plus en plus. Elle semble contente lorsque l'on va la chercher. Je sens qu'une relation de confiance se crée petit à petit. Lors des séances, Eva m'investit de plus en plus. Elle a plusieurs initiatives motrices envers moi. Elle vient avec sa main explorer ma blouse, en la caressant avec sa main. Elle vient parfois me toucher les cheveux. Eva vient à ma rencontre par le toucher. Elle m'adresse également des bisous en portant sa main à sa bouche. De plus, elle sourit, rigole, et vocalise beaucoup. Ces éléments nous indiquent le plaisir pris par Eva pendant les séances.

► Le toucher : médiateur aux interactions

Eva a de plus en plus d'initiatives motrices, elle investit de plus en plus le gant doux. Parfois, même si ce n'est pas systématique, elle va toucher le gant doux d'elle-même avec ses mains puis le porte à son visage et caresse son front ou sa bouche

avec. Elle garde parfois le gant contre elle pendant un moment. La balle jaune est également plus investie. Au début, je touche le creux de sa main avec la balle, elle vient fermer sa main, il y a comme un réflexe de grasping. Puis après spontanément, Eva peut avoir une motricité volontaire et intentionnelle. Par exemple, je place la balle sur sa tablette devant elle près de sa main, elle engage des mouvements de doigt pour pouvoir la saisir. Je tiens aussi la balle en l'air, Eva peut engager un mouvement de son bras ainsi que de sa main pour venir l'attraper. Il y a parfois comme un jeu de saisie et de lâché qui se forme entre elle et moi, elle lâche la balle soit dans mes mains soit sur le sol. C'est un moment privilégié que Eva semble apprécier, elle rigole et vocalise. Dans ce cas-là, le médiateur toucher va être un support à l'interaction. Ce dernier va permettre des échanges entre Eva et moi. Le plaisir pris dans la relation va venir motiver sa motricité volontaire.

► Le toucher rassurant du soignant

Cependant, à chaque séance, nous sommes toujours sous l'influence de l'état physique et émotionnelle d'Eva. Il arrive parfois que Eva ait fait une crise d'épilepsie l'après-midi avant la séance. Dans ce cas-là, il se peut qu'elle ait pleuré préalablement, qu'elle hyperventile ou qu'elle crie beaucoup. Ses cris témoignent d'un stress ambiant, d'un mal être, ils peuvent être liés à la crise ou aussi parfois à un élément extérieur (cris d'un résident, travaux). Dans ces moments-là, je viens poser ma main sur le bras d'Eva et je la rassure avec ma voix et mon regard. Ma main procure de la chaleur ayant un effet apaisant tant sur le plan physique que émotionnel. Grâce à ce contact physique bienveillant et de la réassurance verbale, Eva parvient petit à petit à s'apaiser. De plus, d'après **E. Courjou** (2007), « le toucher est le sens qui assure le mieux l'autre de notre présence mais aussi de notre attention et de notre émotion ». Il va aussi être très important de porter une grande attention à la communication non verbale. Les manifestations corporelles du sujet vont nous donner de nombreuses informations sur son état actuel. On peut par exemple observer le tonus, les mimiques, la respiration. Tous ces éléments sont à prendre en compte afin de nous adapter au mieux aux besoins de la personne.

▸ Représentations sensori-motrices

Je constate que après certaines crises d'épilepsie, Il est nécessaire de lui faire redécouvrir certaines sensations qu'elle a pu oublier. Eva va pouvoir se créer une sensation qui va venir nourrir ses perceptions qui vont lui permettre de se construire une représentation. Ce sont par les expériences sensorielles, perceptives, de rencontres avec son environnement, que le bébé, l'enfant, l'adulte construit en permanence le rapport à soi, au monde, et aux autres. Le toucher est un des moyens que possède Eva pour rencontrer et connaître son environnement. C'est en touchant, en manipulant, en effleurant, en jetant qu'elle va pouvoir apprécier et intégrer les caractéristiques de ces derniers (doux, rugueux, lourd, léger, la taille, la forme). Ainsi nous tentons de conserver le bagage neurologique qu'elle possède. Eva ne se stimule pas beaucoup d'elle-même et elle peut mettre du temps à appréhender, découvrir ou redécouvrir certaines stimulations. Les stimulations tactiles que nous lui proposons vont venir prévenir le manque de stimulations motrices et sensorielles et limiter un surhandicap.

5.5 Conclusion

La participation d'Eva à ce groupe me semble très pertinente. Nous pouvons déjà noter de nombreux progrès grâce à l'habituation, la répétition et par le cadre bienveillant que nous mettons en place. Ce groupe lui permet de vivre de nouvelles expériences corporelles et tactiles autre que les soins et les contraintes du quotidien (fauteuil, corset). C'est un moment qu'elle semble de plus en plus apprécier. À présent, elle ose d'avantage explorer son environnement, sa motricité devient plus intentionnelle lui permettant d'entrer en interaction avec autrui et la rendant à minima actrice sur son environnement. Par l'intermédiaire du toucher, nous venons favoriser l'expression de l'autodétermination d'Eva. De plus, nous envisageons dans le futur d'élargir les sensations à l'ensemble du corps.

Il y a toutefois des limites à cette séance. Nous n'avons pas encore trouvé de moyen pour donner la possibilité à Eva de choisir de venir au groupe ou non. C'est une problématique que nous rencontrons fréquemment avec les personnes en situation de polyhandicap. Nous nous basons sur la communication non verbale ainsi que ses

réactions quand elle nous voit arriver. Si Eva ne semble vraiment pas disponible, nous ne l'aménonons pas en séance.

Conclusion

À travers ce mémoire, je me suis questionnée sur l'intérêt d'utiliser le toucher comme médiation dans l'accompagnement de la personne polyhandicapée en psychomotricité.

À mon sens, le toucher joue un rôle primordial pour entrer en relation avec la personne en situation de polyhandicap mais aussi pour améliorer son vécu et sa qualité de vie.

En effet, le toucher vient aider à la prise de conscience de soi et de ses capacités motrices permettant un réinvestissement de son corps, une nouvelle façon de l'habiter. Le psychomotricien vient accompagner la personne dans différentes explorations lui permettant de vivre de nouvelles sensations auxquelles elle n'aurait pas ou peu accès. L'implication corporelle, les qualités d'ajustement tonico-émotionnel et la contenance du psychomotricien, vont venir soutenir la personne dans ses différentes expérimentations.

Par le toucher un lien vient se créer via le dialogue tonico-émotionnel. C'est un élément important à prendre en compte, il me semble indissociable de la relation. Le toucher vient alors éveiller un échange entre les deux partenaires. Le toucher peut aussi devenir un médiateur aux interactions. Le psychomotricien reste attentif à toutes les manifestations de la personne.

Lors de mon stage, je me suis aussi rendue compte du rôle de l'environnement. Ce dernier doit venir s'adapter à chaque personne, favorisant leurs capacités et leur confort. Le toucher est un moyen pour les personnes en situation de polyhandicap de venir à la rencontre, de découvrir et d'agir un minimum sur leur environnement si celui-ci est ajusté et qu'on leur en donne la possibilité.

En revanche, je reste consciente que le toucher n'est pas la seule approche et médiation possible auprès de cette population.

Ce stage a été extrêmement formateur pour moi. J'ai rencontré le secteur du polyhandicap que je ne connaissais pas, j'ai appris à aller à la rencontre et à m'adapter à la diversité des profils rencontrés, et j'ai éclairci les points théoriques abordés en cours par ma pratique. De plus, le travail en équipe pluridisciplinaire m'a permis d'enrichir mes observations.

Bibliographie

- Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2e éd. entièrement refondue.). Masson et cie.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau* (Nouvelle édition revue et augmentée.). Dunod.
- Aucouturier, B. (2017). *Agir, jouer, penser: Étayage de la pratique psychomotrice éducative et thérapeutique*. De Boeck Supérieur.
- Aycaguer, M. (2018). *Les enjeux du toucher, dans le cadre de la psychomotricité, auprès des adultes en situation de polyhandicap*.
- Binet, G. (2000). *Prématurité et rupture du lien mère-enfant: La naissance inachevée*. G. Morin.
- Bonneton-Tabariés, F., & Lambert-Libert, A. (2009). *Le toucher dans la relation soignant-soigné* (2e édition actualisée et augmentée.). Med-Line Éditions.
- Bowlby, J., & Kalmanovitch, J. (1978). *Attachement et perte. Volume 1. L'attachement*. Presses universitaires de France.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Un parcours de recherche*. Éditions Érès, ERES.
- Camberlein, P., & Comité d'études, d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées. (2021). *La personne polyhandicapée: La connaître, l'accompagner, la soigner* (2e édition entièrement revue et augmentée.). Dunod.
- Caouette, M., & Bernard, F. (2022). *Polyhandicap et autodétermination* (N° 8).
- Charpentier, É. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée: Soutien à l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*. De Boeck-Solal.
- Corraze, J. (1980). *Les communications non-verbales*. Presses universitaires de France.
- Courjou, É. (2007). *Comprendre et pratiquer le toucher relationnel*. InterEditions.
- Dalla Piazza, S., & Godfroid, B. (2004). *La personne polyhandicapée: Son évaluation et son suivi*. De Boeck.
- Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (2e édition.). Grego.
- Defresne, C. (2012). *Toucher*. Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Degenne-Richard, C. (2014). *Évaluation de la symptomatologie sensorielle des personnes adultes avec autisme et incidence des particularités sensorielles sur l'émergence des troubles du comportement* [These de doctorat, Paris 5].

- Derouette, C. (2020). *Le polyhandicap au quotidien: Guide à l'usage des professionnels* ([4e édition actualisée]). ESF éditeur.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Éditions du Seuil.
- Hall, E. T., & Petita, A. (1978). *La dimension cachée*. Éditions du Seuil.
- Juzeau, D., Vallée, L., Tisserand, P., & Pernes, P. (2010). *Vivre et grandir polyhandicapé*. Dunod.
- Mailharrin, A. (2015). *Psychomotricité et polyhandicap: L'apport du toucher à travers l'accompagnement de la personne polyhandicapée*.
- Medici, G., & Vergne, F. (2016). *La vie en MAS: quel accompagnement ?* ERES.
- Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher: Un premier langage*. Éditions du Seuil.
- Munoz, G. (2003). Adultes polyhandicapés: Quand la rencontre ne va pas de soi. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 133.
- Pagès, V. (2017). *Handicaps et psychopathologies* (3e édition [entièrement revue et augmentée]). Dunod.
- Patte, K., Porte, M., & Schifano, L. (2014). *Le polyhandicap: De l'enfant à l'adulte*. Sauramps médical.
- Potel, C. (2009). *Le corps et l'eau: Une médiation en psychomotricité* ([Nouvelle édition]). Éditions Érès.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Potel, C. (2015). 9. Le contre-transfert corporel. In *LAilleurs du corps* (p. 111–124).
- Prayez, P., & Savatofski, J. (2017). *Le toucher apprivoisé* (4e édition.). Éditions Lamarre.
- Revardel, J.-L. (2007). IV. La relation affective, de la conception à la naissance. In *Hors collection* (p. 75–99).
- Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique: Une théorie de la psychomotricité* (2e édition révisée.). Desclée de Brouwer.
- Rofidal, T., & Pagano, C. (2017). *Projet individuel et stimulation basale®: Vers une pédagogie de l'accompagnement de la personne en situation de polyhandicap*. Éditions érès.
- Scelles, R., & Petitpierre, G. (2013). *Polyhandicap: Processus d'évaluation cognitive*. Dunod.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1. Concepts fondamentaux*. De Boeck-Solal.
- Vaivre-Douret, L. (2003). *La qualité de vie du nouveau-né: Corps et dynamique développementale*. Odile Jacob.

Vuilleumier, L., Moulis-Windels, B., Vuilleumier-Frutig, A., & Bickle-Graz, M. (2020). *Le développement sensori-moteur de l'enfant: De la naissance à trois ans: les chemins du développement*. De Boeck supérieur.

Winnicott, D. W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Payot.

Winnicott, D. W., & Kalmanovitch, J. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant: Développement affectif et environnement*. Payot.

Zribi, G., & Richard, J.-T. (2013). *Polyhandicaps et handicaps graves à expression multiple: Concepts, prises en charge, accompagnement, solutions*. Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Avant-propos	4
Introduction	5
I - Le toucher	7
1. Généralités sur le toucher.....	7
1.1 définitions.....	7
1.2 Différents types de toucher.....	8
1.3 Les modalités psychologiques du toucher.....	8
2. Sensorialité et développement du toucher.....	9
2.1 Sensorialité.....	9
2.2 La peau et le toucher.....	10
a) Organe de sensation.....	10
b) Le flux sensoriel tactile.....	13
c) Organe d'expression.....	13
2.3 Ontogenèse du toucher.....	14
a) In utero.....	14
b) A la naissance.....	15
3. Rôles des interactions corporelles et affectives dans le développement psychique de l'enfant.....	16
3.1 Le dialogue tonique.....	16
3.2 La préoccupation maternelle primaire.....	17
a) Holding.....	17
b) Handling.....	18
c) Object presenting.....	18
3.3 Le syndrome d'hospitalisme.....	19
3.4 L'attachement.....	19

3.5 Le moi peau : de l'enveloppe corporelle à l'enveloppe psychique	20
a) Fonction de maintenance.....	21
b) Fonction de contenance.....	21
c) Fonction de pare-excitation.....	22
d) Fonction d'individuation.....	22
e) Fonction d'intersensorialité	22
f) Fonction de soutien de l'excitation sexuelle.....	22
g) Fonction de recharge libidinale	22
h) Fonction d'inscription des traces sensorielles.....	23
4. Représentations sensori-motrices : toucher pour connaître et agir	23
II - Le polyhandicap.....	24
1. Généralités sur le polyhandicap.....	24
1.1. Histoire du polyhandicap	24
1.2. Définitions des termes généraux	26
a) Handicap.....	26
b) Polyhandicap.....	26
c) Plurihandicap et surhandicap.....	27
1.3 Etiologie et prévalence	27
2. Spécificités du polyhandicap	27
2.1 Déficience motrice	27
2.2 Déficience intellectuelle	28
2.3 Les particularités sensorielles	29
2.4 Conséquences secondaires	30
a) La fragilité médicale	30
b) La douleur	34
c) Une communication entravée.....	34
d) Les troubles du comportement.....	35
3. Place du toucher auprès de la personne en situation de polyhandicap.....	35
3.1 Dépendance au toucher	35
3.2 Le rapport au corps de la personne polyhandicapée.....	38

a) Des expériences sensori-motrices perturbées dès le plus jeune âge	38
b) Un corps contraint par les appareillages	39
3.2 Toucher et autodétermination	39
III - L'apport du toucher en psychomotricité auprès des sujets polyhandicapés	40
1. La psychomotricité et le psychomotricien	40
1.1 Le cadre et l'alliance thérapeutique	40
1.2 La relation thérapeutique	42
a) Implication corporelle du psychomotricien	42
b) Empathie	42
c) Transfert et contre transfert	43
d) Connaissance de soi	43
1.4 Le bilan psychomoteur	44
2. Les composantes impliquées dans le toucher	45
2.1 Une proximité physique	45
2.2 L'émergence d'une communication	46
2.3 Le dialogue tonico émotionnel	47
3. Les rôles et les fonctions du toucher	47
3.1 Principe de la stimulation basale	47
3.2 Enrichissement du vécu corporel	48
a) Prise de conscience corporelle	48
b) Prise de conscience des capacités motrices	49
3.3 Enrichissement de la conscience de soi : schéma corporel et image du corps	50
a) Schéma corporel	50
b) Image du corps	51
c) Le schéma corporel et l'image du corps chez la personne polyhandicapée	51
3.4 Toucher pour rassurer et guider	53
4. L'institution : La Maison d'Accueil Spécialisée	53
5. Présentation de Eva	55

5.1 Anamnèse	55
5.2 Quotidien et projet de soins	56
a) Attentes familiales	56
b) Communication	56
c) Repas	57
d) Toilette	57
e) Animations	57
f) Traitement	58
5.3 Evaluations	58
a) Bilan déglutition réalisée par l'orthophoniste.....	58
b) Bilan psychomoteur.....	59
5.4 Première rencontre et prise en charge	63
a) Objectifs du groupe.....	63
b) Annonce du groupe.....	64
c) Déroulement des séances	64
5.5 Conclusion	68
Conclusion.....	70
Bibliographie	72
Table des matières	75