



HAL
open science

**”L’eau dans tous les sens” : une approche psychomotrice
des particularités sensorielles par le bain thérapeutique
auprès d’adultes accueillis en Maison d’Accueil
Spécialisée
Berthe Wallet**

► **To cite this version:**

Berthe Wallet. ”L’eau dans tous les sens” : une approche psychomotrice des particularités sensorielles par le bain thérapeutique auprès d’adultes accueillis en Maison d’Accueil Spécialisée. Psychologie. 2023. dumas-04320283

HAL Id: dumas-04320283

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04320283>

Submitted on 4 Dec 2023

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

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

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« L'EAU DANS TOUS LES SENS »

Une approche psychomotrice des particularités sensorielles par le bain thérapeutique auprès d'adultes accueillis en Maison d'Accueil Spécialisée

WALLET Berthe

Née le 26/04/2001 à Makak

Directrice de mémoire : **LARANJEIRA Céline**

REMERCIEMENTS

Je remercie le personnel de la MAS qui m'a si bien accueillie durant mon parcours de stagiaire. Un grand merci à tous les résidents de l'établissement. Vous, qui avez accepté de me faire confiance lors des différentes prises en soin.

Merci à ma directrice de mémoire, Madame Céline Laranjeira, pour son accompagnement et ses conseils durant la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à remercier l'équipe pédagogique et les enseignants de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour leurs accompagnements pendant ces trois ans.

Merci à ma famille pour la force et le soutien pendant ces années de formation. Je remercie Mag et Jean-Jacques pour les conseils, et les relectures de ce projet.

À mes amis, ma promotion et mon groupe de pratique, merci. Merci particulièrement à Eline et Fanny pour la bonne humeur, l'entraide et la bienveillance. Ces belles années passées à vos côtés resteront à jamais gravées dans ma mémoire.

Un grand merci à toutes les personnes que je n'ai pas citées, mais qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de mon mémoire.

AVANT-PROPOS

« Traversée du miroir, perception de la transparence, réflexion de la lumière sur nos corps.

Phosphorescence.

Illusion d'être éclairé au-dessous.

Éclaboussures de lumière et de bruits.

Jouer de nos articulations et dessiner à la surface de l'eau, des traces aussi éphémères que le vent dans les arbres.

Glissades et repoussés : la masse d'eau déplacée répond à l'intensité de nos gestes. Notre corps s'habille ainsi d'une nouvelle tunique, transparente, légère ou lourde, c'est selon.

Chacun explore à sa manière la matière changeante.

Situation à deux : l'un est immobile, l'autre se déplace autour de lui, plus ou moins loin, de plus en plus proche. La main, tel un essuie-glace, vient brasser l'eau, sans toucher la peau.

Les cercles concentriques ainsi créés, viennent caresser la peau.

Les remous s'intensifient. La caresse devient massage puissant, sans que les corps se touchent. »

(Potel et al., 2021, p.132)

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

AVANT-PROPOS

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
Chapitre I : SENSORIALITÉ CHEZ L’ADULTE PRÉSENTANT LE TROUBLE DU SPECTRE DE L’AUTISME ASSOCIÉ AU TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT DE L’INTELLIGENCE	6
I. Le développement de la sensorialité	6
II. Un handicap : le Trouble du Spectre de l’Autisme (TSA).....	20
Chapitre II : ÉLÉMENTS D’ÉVALUATION ET DE PRISE EN SOINS PSYCHOMOTRICE.....	34
I. L’expertise du psychomotricien dans l’accompagnement de l’adulte en MAS ...	34
II. Zoom sur le bain thérapeutique.....	47
Chapitre III : CAS CLINIQUE EN MAISON D’ACCUEIL SPÉCIALIÉE (MAS).....	66
I. Présentation de la MAS	66
II. La place de la psychomotricité en MAS	70
III. Cas clinique : Madame Angélique.....	71
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES.....	90
TABLE DES MATIÈRES	98

INTRODUCTION

À la fin de ma deuxième année d'étude en psychomotricité, je découvre le bain thérapeutique lors d'un stage en soins palliatifs. Étant donné les questions qui me viennent à l'esprit concernant l'intimité, la relation et la distance à avoir par rapport à la personne qui reçoit ce bain, l'investissement corporel que le psychomotricien doit apporter, cette pratique m'intrigue et m'inspire. L'image que j'ai de l'eau change. Elle n'est plus simplement cet élément qui désaltère, rafraichit et nettoie, mais elle devient cette source qui est à la fois enveloppante, caressante, libératrice de mouvements et stimulante de sens.

Dans cette salle à l'odeur de lavande, face à cette baignoire riche en lumière tamisée de multiples couleurs, je me sens bercée et mon attention est autant captée par la délicatesse de la psychomotricienne que la sérénité qu'affiche la résidente ce jour-là.

De la sorte, je me pose la question de savoir ce que cette pratique pourrait apporter sur le plan sensoriel, sachant que la sensorialité s'intéresse à la façon dont le sujet perçoit et interprète les différents stimuli sensoriels. Je décide alors d'orienter mon stage de troisième année vers une structure où on pratique le bain thérapeutique.

J'ai effectué mon stage de troisième année dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), auprès d'adultes présentant le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) associé au Trouble du Développement de l'Intelligence (TDI). Les résidents avaient des profils variés et un des points en commun que j'ai observé dans leur accompagnement psychomoteur était la prise en soin des particularités sensorielles.

J'ai également pu observer les différents espaces dédiés à l'accompagnement des résidents en MAS, notamment la salle de bain thérapeutique. J'ai remarqué que certains professionnels l'utilisent dans le but d'apporter un cadre différent aux résidents, pour favoriser le calme et l'apaisement chez ces derniers.

Dès lors, je me suis questionnée sur les bienfaits de l'eau et comment est-ce que le psychomotricien pouvait s'en servir pour remplir certains objectifs de ses prises en soin dans l'accompagnement d'adultes présentant des particularités dans les domaines de l'intégration et du traitement de l'information sensoriel. Je me suis demandé comment est-ce que le psychomotricien pouvait participer à la régulation de certains comportements du résident pour permettre une meilleure adaptation du sujet dans son milieu environnant, une meilleure relation à soi et avec autrui. De façon plus précise :

En quoi le bain thérapeutique, médiation sensorielle en psychomotricité, permet aux personnes adultes présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme associé au Trouble du Développement de l'Intelligence de mieux fonctionner tant sensoriellement que sur le plan relationnel et comportemental ?

Je fais l'hypothèse que l'intégration et la modulation sensorielle sont des étapes indispensables au développement et à l'adaptation du sujet dans son environnement. Je suppose également qu'on peut retrouver des particularités sensorielles chez plusieurs personnes, notamment des adultes présentant une association entre le Trouble du Spectre de l'Autisme et le Trouble du Développement de l'Intelligence grave. Enfin, j'émetts l'hypothèse qu'un accompagnement en psychomotricité par un bain thérapeutique de qualité peut être efficace et faciliter l'adaptation du sujet dans son environnement.

Afin de répondre à cette question, je compte m'appuyer sur mes connaissances acquises lors de mes enseignements théoriques et pratiques, sur mes différentes recherches et mes observations cliniques vues en stage.

Dans un premier temps, j'aborderai la notion de sensorialité en développant les différents systèmes sensoriels, leur apparition et leur fonctionnement, ainsi que le processus de l'intégration sensorielle. Puis, je détaillerai le fonctionnement sensoriel de l'adulte présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme associé à un Trouble du Développement de l'Intelligence pour finir sur quelques particularités sensorielles.

Dans un second temps, je parlerai des éléments d'évaluation et de prise en charge sur lesquels le psychomotricien peut s'appuyer pour assurer l'accompagnement de l'adulte en MAS. Puis, j'axerai ma réflexion sur le bain thérapeutique, et son utilisation en MAS.

Enfin, je présenterai dans la troisième partie la MAS et le rôle du psychomotricien au sein de celle-ci. J'exposerai l'accompagnement thérapeutique que j'ai mené en stage en apportant un étayage clinique et des éléments d'analyse psychomotrice en MAS.

Chapitre I : Sensorialité chez l'adulte présentant le Trouble du Spectre de l'Autisme associé au Trouble du Développement de l'Intelligence

I. Le développement de la sensorialité

1. Définitions

Selon les auteurs ou les différents ouvrages, la sensorialité peut se définir d'une multitude de manières. Nous allons essayer d'expliquer les différentes notions qu'elle intègre.

La **sensorialité** est un terme dû à Merleau-Ponty et pour lui, elle désigne l'ensemble des modalités sensorielles (Letonturier & Munier, 2016, p.24)

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit quant à lui la sensorialité comme étant une sensibilité d'ordre psychophysiologique ; c'est l'ensemble des fonctions du système sensoriel (CNRTL, s. d.).

Il paraît donc important de distinguer la sensorialité de la sensibilité.

Selon le dictionnaire Larousse, la **sensibilité** est définie comme « l'aptitude d'un organisme à réagir à des excitations externes ou internes. Aptitude à s'émouvoir, à éprouver des sentiments d'humanité, de compassion, de tendresse pour autrui ».

Dans le lexique pour le psychomotricien, CARRIC en 2001 définira la sensibilité comme étant : « la propriété que possède certaines parties du système nerveux de recevoir, de transmettre ou de percevoir des impressions ».

Dans ce même lexique, il définit la **sensation** comme étant « un fait psychique élémentaire, résultat de l'action d'un excitant sur un appareil récepteur sensoriel (organes des sens, muscles, viscères) qui, par l'intermédiaire des nerfs, transmet l'excitation à un centre nerveux ». « Elle représente une analyse élémentaire au monde. [...] Elle obéit aux lois générales du système nerveux et à la loi de l'énergie spécifique des nerfs » (Carric, 2001)

2. Le développement et l'organisation des systèmes sensoriels

Au vu des définitions ci-dessus, nous pouvons dire que la sensorialité recouvre l'ensemble des phénomènes permettant à l'individu de ressentir, de percevoir le monde qui l'entoure ainsi que toutes les sensations de son corps. Ceci est possible grâce aux organes et récepteurs sensoriels. La sensorialité apparaît donc comme étant indispensable pour le développement de l'individu et la facilitation de ses interactions dans son environnement.

D'après MERLAU-PONTY (1945), « Tant que j'ai des fonctions sensorielles, un champ visuel, auditif, tactile, je communique déjà avec les autres ». Autrement dit, entrer en relation avec autrui peut nécessiter la seule capacité qu'a l'individu d'user de ses fonctions sensorielles (CNRTL, s. d.).

De nos jours, l'avancée des recherches permet à l'Homme de dire que le bébé n'est pas juste un *être futur*, mais un être qui a déjà la capacité d'entrer en interaction avec son entourage. Cette entrée en interaction implique la mise en place de plusieurs mécanismes. Le bébé est capable de sentir et d'exprimer ses différentes sensations de plusieurs manières.

Lorsque D. WINNICOTT (1943) a dit : « un bébé seul ça n'existe pas », il mettait déjà l'accent sur cette relation étroite qui existe entre le bébé et son environnement. Les ressources que cet être possède vont être soutenues par son entourage, son environnement.

Le bébé va ressentir et réagir à ce qui lui viendra sur le plan corporel et ceci est possible grâce aux différents processus de la sensorialité. C'est donc par le jeu de ses différentes sensations qu'il va pouvoir expérimenter le monde dans lequel il évolue. En somme, la sensorialité va se greffer à la base même du développement de tout être.

De la sorte, en 1996, les ergothérapeutes M. S. WILLIAMS et S. SHELLENBERGER ont présenté la pyramide des apprentissages. Par son aspect visuel, on peut déjà comprendre l'importance des systèmes sensoriels dans le développement de l'enfant. À la base même se trouve le système nerveux central étroitement lié à tout le système sensoriel. Ils forment le socle de la pyramide des apprentissages qui joue un rôle prépondérant dans le développement des systèmes sensori-moteurs (« Pyramide des apprentissages », 2023).

Selon cette pyramide, l'intégration des différentes informations sensorielles permettra un développement sensori-moteur qui lui-même entraînera le développement des différentes capacités intellectuelles, émotionnelles. (Voir annexe 1, page 90)

L'expérimentation de l'enfant sur le plan corporel et environnemental grâce à ses sens, la mise en mouvement, et la maîtrise des informations sensorielles (interprétation, compréhension, organisation) reçues, permettront la création de connexions au sein même de son cerveau. Tous ces processus contribueront au développement harmonieux de l'enfant.

En résumé, un dysfonctionnement du système sensoriel entraînera donc des répercussions sur l'ensemble du développement de la personne.

La sensorialité est présente dès le plus jeune âge et elle évolue suivant plusieurs conditions physiologiques et environnementales jusqu'à la vieillesse. Elle se manifeste au quotidien selon une trajectoire dynamique qui concerne à la fois les domaines moteurs, émotionnels, affectifs et même relationnels. Elle apparaît comme étant indispensable à l'adaptation de chaque personne dans son environnement.

Plusieurs études et recherches permettent aujourd'hui de dire que le fœtus possède des compétences *in-utéro*. Sachant que la compétence est définie comme : « l'ensemble des comportements c'est-à-dire actions et réactions que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte et les conditions environnementales s'y prêtent » (Scialom et al., 2015, p.97).

D'autres auteurs viendront appuyer ces observations en confirmant par exemple que dès la naissance, le bébé possède des capacités sensorielles lui permettant d'entrer en interaction avec son nouveau monde. En effet, grâce à son équipement biologique, le bébé est pourvu de la capacité à entendre et à reconnaître des odeurs. Cependant, ce bébé devra grandir dans un milieu assez stimulant, sécure et contenant afin de développer cet équipement biologique (Scialom et al., 2015).

Plusieurs auteurs montreront que dans le développement du bébé, les organes sensoriels sont matures assez tôt, mais que cette maturation ne permettra pas au bébé d'interpréter intégralement toutes les informations qui en découlent. En effet, à son arrivée dans ce monde qui lui est inconnu, il est assailli d'une multitude de stimulations sensorielles. Au début, celles-ci ne font pas forcément sens pour lui, c'est avec le temps que le bébé développera des capacités organisationnelles et de mise en relation des différentes informations qu'il recevra. Ainsi, il pourra apporter des réponses adéquates aux différentes stimulations sensorielles.

Si au départ, les multiples expériences sensorielles que vit l'enfant ne sont pas forcément liées, avec le temps et selon ses capacités à les traiter, elles entrent en interaction et prennent, sens pour lui.

PIAGET, confirme que « la mise en relation entre les différentes modalités sensorielles s'effectue progressivement ». Il rajoute : « *Au début, le bébé est bombardé de stimulation sensorielle qui pour lui n'ont pas de sens. Petit à petit, il y aura une mise en relation, une organisation qui prendra sens dans le temps afin de permettre au bébé d'élaborer une représentation cohérente du monde dans lequel il se trouve* » (Scialom et al., 2015, p.97).

Il existe plusieurs types de sensations. On dit de celles-ci qu'elles sont **extéroceptives** lorsqu'il s'agit d'informations provenant de l'extérieur du corps, soient les informations tactiles, visuelles, auditives, gustatives et olfactives ; et qu'elles sont **intéroceptives** lorsqu'elles proviennent du corps propre (Scialom et al., 2015).

On peut en déduire dès lors que les sensations permettent à l'individu une relation à soi, à autrui et aux objets se retrouvant dans son environnement. Elles paraissent ainsi indispensables à l'individuation et à l'orientation corporelle de tout un chacun. Un élément important dans l'adaptation de la personne dans son environnement sera la mise en lien des différentes informations des systèmes sensoriels.

Mais, avant d'arriver à ce processus d'interaction, il me semble important de détailler la genèse, le processus d'apparition des différentes modalités sensorielles. Nous allons voir que celles-ci se développent de façon distincte et que leur processus d'évolution n'est pas forcément le même.

Depuis plus de deux mille ans, Aristote a défini cinq sens primaires : la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat et le toucher. Au fil du temps, les recherches ont conduit les scientifiques à admettre l'existence d'autres sens. En effet, le **sens** représente « chacune des fonctions psychophysiologiques par lesquelles un organisme reçoit des informations sur certains éléments du milieu extérieur, de nature physique (vue, audition, sensibilité à la pesanteur, toucher) ou chimique (goût, odorat) » (Larousse, s. d.)

Sens	Organe sensoriel	Fonction
Le toucher	La peau	Sensibilité tactile superficielle
La proprioception	Les muscles, les tendons, les articulations, la plante des pieds	Sensibilité profonde
Le système vestibulaire	Le labyrinthe dans l'oreille interne	Sensibilité vestibulaire
L'olfaction	Le nez	Sensibilité olfactive
La gustation	La bouche	Sensibilité gustative
L'audition	L'oreille	Sensibilité auditive
La vision	L'œil	Sensibilité visuelle

2.1. Le système tactile

Plusieurs auteurs affirment que le toucher est l'un des premiers sens à se développer *in-utéro*. En effet, les premiers récepteurs tactiles apparaîtraient autour de la bouche dès la 7^{ème} semaine d'aménorrhée. Ensuite, autour du visage dès 11 semaines, puis, cela s'étendrait aux racines des membres et au tronc à 15 semaines, avant de recouvrir toute la surface cutanée dès 20 semaines. Le fait que le fœtus baigne dans le liquide amniotique confère à sa peau une stimulation constante. Toute son enveloppe est donc continuellement en échange, en contact avec ce liquide (Scialom et al., 2015).

La professeure et docteure O. BOGDASHINA (2012) explique que le système tactile permettrait non seulement de percevoir le toucher, mais aussi la pression, la douleur et la température qui varie entre le chaud et le froid.

Ceci est rendu possible par la présence de millions de récepteurs situés sur la surface de la peau, qui répondent à divers stimuli. Elle précise que ces récepteurs auront tendance à s'accumuler sur certaines parties du corps bien qu'elles soient dispersées sur la surface de la peau. Ils s'accumulent précisément au niveau du bout des doigts ce qui confère à ces derniers plus de sensibilité, à contrario du dos.

Parmi ces récepteurs, elle nous cite :

- Les corpuscules de PACINI qui répondent principalement à la pression.
- Les corpuscules de MERKEL et MEISSNER qui réagissent au toucher léger et aux vibrations rapides.
- Les corpuscules de RUFFINI qui détectent les changements de température et de pression.
- Les nocicepteurs qui sont les principaux récepteurs de la douleur causée par des températures extrêmes, la pression, etc.

Lorsque l'information sensorielle va arriver sur l'organe sensoriel, ici la peau, les récepteurs tactiles se trouvant sur la zone atteinte vont être stimulés. Ces récepteurs vont par la suite envoyer des signaux à des endroits particuliers du cerveau afin que les informations soient traitées dans le but de donner une réponse. Ce relai sera assuré par des neurones sensitifs (Bogdashina, 2012).

Les informations tactiles sont acheminées jusqu'aux aires somesthésiques S1 et S2, ou aires sensitives, afin d'être traitées.

Le système tactile joue un rôle primordial dans la réception des informations qui concernent souvent l'environnement.

Lorsque le fonctionnement de ce système est de qualité, il peut servir dans des réactions de protection, d'alarme, jouer un rôle dans la communication et même nous indiquer les différentes caractéristiques d'un objet comme la forme, la texture, la dureté (Bogdashina, 2012).

2.2. Le système olfactif

Le sens olfactif est un sens à distance qui va permettre de sentir les différentes odeurs. L'organe de réception olfactif est formé dès les 7^{ème} et 9^{ème} semaine d'aménorrhée. Ce qu'il faut savoir de ce système est qu'il est composé de différents étages. Dans la partie supérieure de chaque narine se trouve l'épithélium, il constitue le premier étage du système (Ellena, 2021).

Tout comme la peau, il comprend des millions de cellules réceptrices (principalement des neurorécepteurs) différentes en fonction de la molécule qui sera détectée. Cet épithélium est bien différencié à 2 mois de vie intra-utérine et il est recouvert d'une mince couche de mucus dans lequel se trouvent des cils pourvus de sites récepteurs moléculaires. (Scialom et al., 2015).

Selon le processus de transmission de l'information sensorielle, lorsqu'une personne respire, les différentes molécules odorantes qui circulent dans l'air se fixeront sur ses sites récepteurs et un signal électrique sera déclenché par le neurorécepteur. Puis, l'information sera transmise au deuxième étage du système olfactif qui n'est rien d'autre que le bulbe olfactif, via les nerfs olfactifs (ces nerfs traversent la lame criblée de l'ethmoïde séparant la cavité nasale de la cavité cérébrale) (Ellena, 2021).

Sur le plan anatomique, les principales aires de projection de ce système se situent au niveau du système limbique dans le cerveau. De celles-ci, on distingue le cortex piriforme (cortex olfactif primaire), l'amygdale, l'hippocampe, le thalamus, et les cortex : orbitofrontal et insulaire. (Institut français de l'éducation, s. d.)

Le système limbique est cependant impliqué dans le traitement des émotions et de la mémoire. Ce phénomène pourrait expliquer l'impact de la mémoire des odeurs ainsi que leurs effets émotionnels au quotidien de chaque personne (Ellena, 2021).

Le système olfactif est intimement lié au système gustatif, on ne peut parler de l'un sans mentionner l'autre. La flaveur représente donc la perception conjointe du goût et de l'odeur (Mirandole, 2020).

Le système olfactif joue un rôle dans la détection des dangers, il sert comme la peau à protéger. Par exemple, il détecte les odeurs de gaz, de fumée. Il est indispensable aux comportements sociaux de chacun et aux comportements alimentaires (Fournel, 2020).

2.3. Le système gustatif

Dans le langage courant, on définit le goût comme étant un sens grâce auquel les êtres vivants ont la faculté de percevoir les saveurs.

Les premiers bourgeons gustatifs apparaissent très tôt sur la langue et sur le palais. Soit à 7 semaines d'aménorrhée et tout le système gustatif est fonctionnel à 3 mois. Le goût chez le fœtus est stimulé par de nombreuses substances provenant essentiellement de l'alimentation maternelle (Bayle et al., 2017).

Sur la langue il y a des zones précises sur lesquelles vont se situer des récepteurs gustatifs, ceux-ci étant spécifiques à différents types de goût. Ainsi, de ces zones, chacune d'entre elles permettront de percevoir à la fois le sucré, le salé, l'acide et l'umami. Elles peuvent également informer sur les températures, les formes et les textures de qui est consommé (Bogdashina, 2012).

Au niveau du processus de la transmission de l'information, le système gustatif reçoit donc le signal chimique apporté par les saveurs au moyen des papilles gustatives. Les papilles gustatives étant majoritairement localisées au niveau de la langue et du palais. Puis, les informations gustatives seront acheminées jusqu'au lobe pariétal dans lequel elles seront traitées.

2.4. Le système auditif

Le bébé, dans son enveloppe utérine, est englobé de plusieurs bruits biologiques, de fond intra-utérin. On peut citer les bruits de respiration, des battements du cœur de la mère, ou des intestins via les bruits hydroaériques. À ceux-ci, s'ajoutent les bruits de tous les battements artériels, et les différentes vocalisations extérieures (Bayle et al., 2017).

Les structures anatomiques sont formées et fonctionnelles dès la 20^{ème} semaine d'aménorrhée. Les études ont prouvé que le fœtus entend, car, il y a des événements notables qui se manifestent. Par exemple, il est observé « des réponses motrices du fœtus à 24 semaines d'aménorrhée à la suite d'une stimulation acoustique ». Pour ce faire, la durée du son doit être assez longue pour traverser la paroi abdominale. Il est aussi observé que le bébé de trois jours peut reconnaître la voix maternelle par son timbre, son rythme et même son intensité (Scialom et al., 2015).

« Vers le 7^{ème} mois d'âge gestationnel, les réactions cardiaques et motrices fœtales aux stimulations sonores de très forte intensité sont stables, avec des seuils de réponses élevés » (Bayle et al., 2017, p.27). Vers 32 semaines d'âge gestationnel, le fœtus présente des capacités de codage des caractéristiques sonores et une baisse des seuils auditifs (Bayle et al., 2017).

Le système auditif du point de vue anatomique reçoit des informations (ce sont des vibrations produites par les ondes sonores) grâce à des récepteurs sensoriels spécifiques (Gorgy & D'Ignazio, 2022). Les informations auditives sont par la suite acheminées sur une partie du lobe temporal, dans lequel se trouve le cortex auditif (gyrus transverse de Heschl, aires 41 et 42).

Le système auditif permet donc d'entendre, de localiser spatialement des éléments et même d'alerter d'où un certain rôle de protection en informant sur les activités sonores qui viennent de l'extérieur ou de l'intérieur du corps (Gorgy & D'ignazio, 2022).

2.5. Le système visuel

L'œil représente l'organe de vision grâce auquel les êtres vivants peuvent voir. En effet, la rétine qui est située dans le fond de l'œil se compose de deux types de récepteurs. D'une part, les bâtonnets qui sont sensibles à un éclairage faible et d'autre part, les cônes, sensibles aux couleurs et à la lumière vive.

Les muscles oculomoteurs et les globes oculaires se forment dès la 14^{ème} et 15^{ème} semaine d'aménorrhée. Mais, il faut noter que le système visuel n'est pas mature à cette période ni à la naissance. Ceci est dû au fait qu'à la naissance, le câblage et la myélinisation des fibres nerveuses ne sont pas achevés (Scialom et al., 2015). Ceci peut trouver une explication dans l'absence de stimulations visuelles dans le ventre de la mère.

Grâce à la formation des muscles oculomoteurs et globes oculaires qui se fait assez tôt, le nourrisson a alors la capacité de diriger son regard vers un point à la naissance.

Mais, ce dernier ne va pas accommoder, car son acuité visuelle est très faible.

« Le bébé à 2 mois est capable de suivre un objet jusqu'à 180 degrés, l'accommodation et la perception des détails d'un objet se mettent en place à 4 mois. » (Scialom et al., 2015, p.98).

Sur le plan anatomique, une partie seulement des fibres nerveuses du nerf optique croise au niveau du chiasma optique. Les informations visuelles seront traitées par le lobe occipital du cortex cérébral, au niveau de l'aire 17 de Brodmann. Vous trouverez en annexe 2 les différentes aires somesthésiques.

Le système visuel va renseigner l'individu sur les différentes caractéristiques physiques visibles d'un objet ou d'une personne dans son environnement. Elle apporte également des informations sur les couleurs, les formes, les contrastes, les trois dimensions et la distance

(Bastier, 2019). Le système visuel permet alors la discrimination et la reconnaissance d'objets, le repérage spatial, l'exploration (Gorgy & D'ignazio, 2022).

La vision peut également constituer une fonction d'alerte tout comme les autres systèmes sensoriels. Ce système joue un rôle de direction et peut permettre une certaine orientation corporelle dans l'espace.

Le système visuel résulte de la combinaison de plusieurs champs perceptifs : la vision centrale et la vision périphérique. La vision centrale ou encore la vision focale permet de voir de façon précise et d'analyser les images, alors que la vision périphérique permet de distinguer les éléments de notre environnement, de détecter les mouvements (Perrin et al., 2014).

2.6. Le système proprioceptif

Il s'agit aussi du sens kinesthésique. Ce dernier reçoit des informations et son action est retrouvée au niveau des muscles, des articulations. Ce système permet de nous informer sur la position et la posture de nos différents segments corporels dans l'espace. En effet la proprioception selon Berthoz (1997) est « le sens musculaire, le sens du corps dans l'espace » (Scialom et al., 2015).

Le terme de proprioception est issu des racines *proprio* ou *proprius* en latin : « qui n'appartient qu'à soi, qu'on ne partage pas avec les autres ». De la sorte, ce sens constitue une véritable base, un ancrage organique de notre identité, de notre existence, il vient apporter une conscience d'intériorité et de notre organisation corporelle (Scialom et al., 2015).

« Les propriocepteurs évaluent la quantité de pression nécessaire pour soulever quelque chose de léger ou de lourd. » (O. Bogdashina, 2012, p.49). Autrement dit, ils permettent en quelque sorte la maîtrise de notre énergie, une anticipation de celle-ci en fonction des différents actes à poser.

Le système proprioceptif a de multiples récepteurs. On peut citer :

- Au niveau de la capsule articulaire, les corpuscules de RUFFINI :

Ils communiquent les informations qui concernent la vitesse et la direction des mouvements.

- Au niveau des ligaments et des tendons articulaires :

Les organes de Golgi qui sont sensibles à l'allongement des muscles et ont pour rôle de signaler la position articulaire.

- Les corpuscules paciniformes qui sont des récepteurs d'accélération mis en jeu lors des mouvements articulaires rapides.
- Les mécanorécepteurs cutanés qui sont des récepteurs sensibles à la déformation de la peau et les récepteurs musculaires (assurés par le fuseau neuromusculaire situé dans les fibres musculaires) qui sont sensibles aux changements de position pendant des mouvements lents. Plus ceux-ci sont nombreux, plus la fonction proprioceptive du muscle est grande (Scialom et al., 2015).

2.7. Le système vestibulaire

Celui-ci va apporter des informations sur le positionnement et les déplacements de la tête, ainsi que les déplacements du tronc. Le système vestibulaire, que le corps est au repos ou en action, va participer à son équilibration dans l'espace. Il participe aussi à la stabilisation visuelle. Pour mieux comprendre cela, O. Bogdashina dit que : « Le sens de l'équilibre est secondé par notre vision et par les propriocepteurs » (Bogdashina, 2012, p.49).

Par cette citation, on comprend bien qu'il existe une coordination entre les sensations vestibulaires, visuelles et proprioceptives. D'ailleurs, à 24 semaines d'aménorrhée, on peut voir une réponse vestibulo-oculaire ou encore le déclenchement d'un mouvement des yeux par la rotation de la tête (Scialom et al., 2015). Dans son environnement, la mère est en mouvement et en déplacements. Grâce à ses mouvements auxquels s'ajoutent ceux du bébé *In utero*, ce sens va grandement être stimulé et ce système va recevoir une quantité importante d'informations.

Dès la 15^{ème} semaine d'aménorrhée, les canaux semi-circulaires et le labyrinthe sont matures.

Le nerf vestibulaire passe par le tronc cérébral afin de rejoindre les noyaux vestibulaires au niveau du plancher du 4^{ème} ventricule. Il existe des connexions des voies vestibulaires avec les informations visuelles et cérébelleuses. Celles-ci pourraient expliquer l'implication du système vestibulaire dans l'oculomotricité. Enfin, ce système lorsque la personne est en mouvement va apporter une stabilisation de l'image du monde visuel ainsi qu'une stabilisation du corps et de la tête dans l'espace (Le système vestibulaire de l'oreille interne et les vertiges, s. d.).

3. La neurophysiologie de la sensorialité

Nous venons de voir que grâce aux différents systèmes sensoriels dont le corps est équipé et leurs récepteurs sensoriels, l'individu peut être informé de ses états intérieurs et environnants. Les aires de traitement des informations changent souvent d'un organe à un autre, notamment au niveau des structures anatomiques concernées.

Dans le lexique de CARRIC (2001), le récepteur est défini comme étant une structure nerveuse captant les stimulations que les fibres nerveuses sensibles transmettent vers la moelle. Autrement dit, le récepteur peut être assimilé à une structure qui va être activée par un stimulus qui tire sa provenance soit du milieu extérieur soit de l'intérieur de l'organisme vivant.

Lorsqu'on parle de processus neurophysiologique, on pense au traitement de l'information sensorielle qui implique donc deux systèmes : le système nerveux central et périphérique. Au quotidien, nous sommes soumis à plusieurs variations de notre environnement comme le changement de température, la luminosité, mais nous sommes aussi soumis à des variations internes. Toutes ces variations et informations (stimulus) seront captées par les différents récepteurs de l'organisme. C'est ici, la première étape de cette boucle sur le fonctionnement sensoriel.

Cependant, cette information reçue doit être traitée afin d'apporter une réponse. Cette réponse, pour qu'elle soit de qualité, nécessite un traitement synchronisé de l'ensemble des informations sensorielles qui arrivent sur l'organisme. En effet, les stimuli des différents sens peuvent arriver en grand nombre, au même moment. Pour répondre, le système ne traitera pas une information puis l'autre, pour répondre de façon adéquate, il est indispensable que le traitement soit synchronisé.

Après l'arrivée des informations, les neurones sensoriels seront activés afin d'assurer la communication des informations au système nerveux central. (Voir annexe 3, page 91)

En résumé, le stimulus va être capté par un organe sensoriel spécialisé que nous avons cité plus haut, puis transformé en influx nerveux par le processus de transduction : « l'énergie physique ou chimique reçue du stimulus sensoriel va être transformée en une énergie bioélectrique qui porte les caractéristiques du stimulus et constitue le message nerveux » (Bayle et al., 2017, p.22).

Le message sensoriel est codé en message électrique. Puis, ce message va emprunter des voies nerveuses spécifiques afin d'être transmis aux différents centres sous-corticaux (tronc cérébral), thalamiques et corticaux du cerveau. Ensuite vient l'étape du décodage et du traitement de l'information par le cerveau. Ceci permet de passer d'une sensation brute à une perception plus fine. En résultat à tout ce processus, il y a une réponse comportementale plus ou moins adaptée au contexte. La qualité de la réponse dépend étroitement de la qualité de la réception et du traitement du message apporté par les sens (Gorgy & D'Ignazio, 2022).

Dans ce processus neurophysiologique, il y a toujours cette boucle de sensation-perception-représentation. Après avoir évoqué le cheminement de la sensation jusqu'à la transmission de l'information sensorielle, il me semble nécessaire de parler de cette perception.

« Le processus par lequel un organisme recueille, interprète et comprend l'information, venant du monde extérieur, au moyen de ses sens, s'appelle la **perception** » (Bogdashina, 2012, p. 51).

Autrement dit, les informations qui émergent des sensations sont transmises vers des structures au niveau cérébral. Une fois ici, ces informations vont être reconnues, interprétées, et mises en mémoire. La perception se caractérisera par la manière dont ses informations auront été organisées et traitées dans la reconnaissance de l'information.

La perception va donc faire un traitement qui sera à la fois sur le plan cognitif et affectif : autrement dit, la sensation arrive où il y a une histoire, une mémoire. Par le biais de celle-ci, les sensations seront transformées. La perception va venir témoigner d'un état de conscience, et de subjectivité de la personne. Contrairement à la sensation par exemple, dans la perception, lorsqu'une personne perçoit le stimulus chaud, elle est capable de se dire qu'elle le sent, en témoigner et prendre conscience de son état.

La sensation associée à la subjectivité et la dimension mémorielle deviendra représentation. Il y a comme un phénomène de symbolisation ici. Ce qui arrive est nourri du vécu de la personne et il prend sens pour lui. C'est par exemple une figure, une image.

Stimulus → sensation → interprétation (perception) → compréhension (concept)

L'illustration ci-dessus représente donc les étapes du processus de perception. Dans un premier temps, la perception commence par des sensations. Ces sensations possèdent certaines qualités des stimuli : l'intensité et la durabilité. Elles sont des réactions élémentaires qui ne peuvent analyser ou tenir compte des objets extérieurs. « Il n'y a pas de compréhension que les choses puissent avoir un sens, au-delà de ce qui est perceptivement disponible » (Bogdashina, 2012, p.51). Les informations vont passer par des zones spécialisées du cerveau et les perceptions sensorielles vont se relier aux associations cognitives appropriées et aux représentations mentales stockées en mémoire (les concepts). BOGDASHINA dira par exemple que la perception du stylo pourra être reliée avec le concept d'écriture.

Enfin, ce processus neurophysiologique va se construire de façon progressive et les caractéristiques des réponses modulées vont dépendre du degré de maturité des structures du système nerveux central autonome et de l'ensemble d'expériences vécues par la personne (Bayle et al., 2017).

En conclusion, les stimuli sensoriels sont amenés par des sens précis. Ces stimuli passent à travers les organes sensoriels constitués de récepteurs spécifiques à ceux-ci. Puis, après les transductions, les informations sont transmises jusqu'au cerveau. Le cerveau traite les informations et donne une réponse adaptée à travers des comportements, des gestes ou des émotions.

La sensorialité est donc ce processus qui fait le lien entre l'intérieur et l'extérieur du corps. La programmation d'un acte comportemental en réponse à un stimulus nécessite que l'information sensorielle soit intégrée. Ceci implique un filtre et une discrimination sensorielle.

4. Un fonctionnement sensoriel adapté

L'intégration sensorielle a été développée dans les années 1960 par l'ergothérapeute et Docteur en neurosciences J. AYRES. Elle définit cela comme : « le processus par lequel le système nerveux organise les informations sensorielles provenant du corps et de l'environnement afin de permettre une réponse comportementale adaptée » (Gorgy & D'Ignazio, 2022, p.48).

Autrement dit, le processus par lequel les informations sensorielles provenant du corps et de l'environnement seront organisées par le système nerveux afin de permettre une réponse comportementale adaptée.

Pour agir de façon adaptée à son environnement, des facteurs sensoriels, cognitifs, moteurs ou psychiques entrent en jeu afin de permettre à l'être humain de communiquer et d'interagir dans son environnement. Il y a deux mécanismes impliqués dans le traitement et l'intégration de l'information sensorielle qui sont indispensables à la qualité de la réponse qu'on apporte dans le milieu face aux stimulations. **La modulation et la discrimination sensorielle** (Portail enfance, s. d.)

O. GORGY, définit la **modulation sensorielle** comme : « *un processus central qui permet au cerveau d'obtenir une cohérence entre les messages provenant du corps et ceux de l'environnement. C'est la capacité de filtrage et de tri des informations sensorielles permettant par la suite d'inhiber ou de prioriser le traitement de certaines d'entre elles* » (Gorgy & D'Ignazio, 2022, p.9).

En quelque sorte, il s'agit de la manière dont le système nerveux central régule les différentes informations en fonction des stimuli qui arrivent. Ces réponses sont de plusieurs ordres : elles peuvent être émotives, comportementales, gestuelles, sociales. La modulation sensorielle a donc un effet sur nos émotions et nos comportements.

Grâce au phénomène de filtrage, la modulation sensorielle permet de donner une réponse appropriée aux stimuli reçus. Cette modulation gère donc plusieurs expériences sensorielles à la fois en portant attention aux stimuli pertinents du contexte dans lequel l'individu se trouve à un instant donné.

Deux mécanismes neurophysiologiques sont à l'origine de la modulation sensorielle.

- L'habituation : « est un phénomène qui se traduit par la reconnaissance d'une sensation que le système nerveux perçoit comme familière au point de ne plus mobiliser son attention sur elle » (Gorgy, 2022, p.29). Autrement dit, les stimulations qui ne sont pas pertinentes sont mises de côté. Sans habituation, les stimuli apparaîtraient comme des nouveautés et cela engendrerait une distraction perpétuelle chez l'individu.
- La sensibilisation « est la capacité du système nerveux central à augmenter son activité face à une nouvelle information. Il amplifie ainsi la portée du signal sensoriel » (Gorgy, 2022, p.30). Elle participe donc à un surcroît d'attention face à des stimuli inhabituels et a, comme fonction, l'alerte.

Si l'habituation se produit lorsque les récepteurs d'une personne cessent de répondre à des stimuli familiers et répétés, la sensibilisation quant à elle entraînera une réponse accrue quand le système nerveux central reconnaîtra un stimulus important ou dangereux.

Elle accorde donc à l'individu un état de vigilance. L'équilibre entre ces deux mécanismes est primordial pour avoir des comportements adaptés (Benedito Kourbi, s. d.).

La **discrimination sensorielle** de son côté se réfère à « *la capacité à distinguer différents stimuli et à interpréter leurs caractéristiques, ce qui implique un processus cognitif. Ce mécanisme permet d'entrer en relation avec l'environnement et joue un rôle essentiel dans les relations interpersonnelles, les apprentissages et la réalisation d'activités* » (Portail enfance, s. d.).

Un fonctionnement sensoriel adapté permettra donc à l'individu d'apporter des réponses appropriées au quotidien face aux différents stimuli qui l'entourent. Ceci se traduit aussi par le fait qu'il existe des interactions entre les différentes modalités sensorielles.

Les modalités sensorielles n'agissent pas indépendamment des autres, mais il existe une modalité sensorielle. Elle illustre l'association des différentes modalités sensorielles afin de former une synergie, des systèmes dynamiques au service de la perception. Les modalités sensorielles lorsqu'elles fonctionnent ensemble potentialisent le développement de la personne (Gorgy, 2022).

II. Un handicap : le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)

1. Histoire et critères diagnostiques du Trouble du Spectre de l'Autisme

1.1. Histoire du Trouble du Spectre de l'Autisme

À la fin du 19^{ème} siècle, le psychiatre suisse BLEULER introduit le terme « autisme » : un terme qui vient du grec « *autos* » qui signifie « soi-même » afin de désigner le retrait relationnel symptomatique de la schizophrénie.

C'est le psychiatre autrichien L. KANNER qui est le premier à l'utiliser pour désigner un syndrome spécifique à l'enfant. Au début, il le nomme d'abord « *perturbation autistique du contact affectif* » puis il emploie le terme « *d'autisme infantile* » (Perrin et al., 2014).

En effet, il va en 1938 entreprendre la première étude scientifique à ce sujet et en 1943 il va publier un article où il présente le profil clinique de onze enfants qui ont pour caractéristique commune de s'inscrire difficilement dans une dynamique relationnelle et de communication.

Selon lui, ce trouble apparaît comme inné et se caractérise par « *l'isolement autistique* ».

À cet isolement s'ajoute une tendance à la recherche de l'immuabilité de l'environnement c'est-à-dire le refus de tout changement qu'il nomme « *Sameness* », des troubles du langage et des capacités mnésiques et perceptives remarquables.

En 1944, H. ASPERGER, psychiatre autrichien, décrira à son tour la « *psychopathie autistique* ». Il évoque donc un tableau associant : « des modes relationnels inappropriés, restriction des centres d'intérêt, utilisation du langage inadapté et maladresse motrices » (Perrin et al., 2014, p.2), mais, son article sera peu diffusé et ce n'est qu'en 1981 que ses travaux seront découverts grâce à L. WING, une psychiatre anglaise qui nommera cet autisme particulier « *le syndrome d'Asperger* ».

Dans les années 50, il y a une vague importante de travaux psychanalytiques qui conduisent à assimiler « *autisme* » et « *psychose* » et à envisager une origine psychogène du trouble, lié aux

interactions précoces. En effet, les concepts de *psychose symbiotique* de MALHER en 1973, « *d'autisme primaire et secondaire*, s'appuient sur l'hypothèse de défaillances maternelles précoces comme potentiellement génératrices de troubles relationnels graves chez l'enfant. » (Perrin et al., 2014, p.2).

Ces vagues d'idées changeront grâce à des études et recherches plusieurs années plus tard.

Vont survenir plusieurs progrès, des méthodes d'investigation médicales, l'observation d'association fréquente de l'autisme à des pathologies organiques comme l'épilepsie, les infections prénatales, des anomalies obstétricales, afin de reconsidérer les représentations de l'autisme comme une problématique neurodéveloppementale à partir des années soixante-dix.

C'est avec la parution en 1980 de la troisième version du manuel statistique des troubles mentaux (DSM-3) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) que l'approche descriptive de *l'autisme* va s'imposer et les théories psychogènes marqueront le pas.

Il prendra une place centrale dans la psychopathologie de l'enfant dans le cadre de « *troubles globaux du développement* » qui deviendront dans le DSM-IV (APA, 1994) des troubles envahissants du développement (TED). L'OMS en 1990 fera de la définition critérisée une référence internationale.

Sur le plan nosographique, la catégorie diagnostique de Troubles du Spectre de l'Autisme a été proposée dans la nouvelle version du DSM-5 (APA, 2013) afin de remplacer l'ancienne terminologie de Troubles Envahissants du Développement du DSM-IV. Ce changement permet de mieux rendre compte de l'hétérogénéité clinique des troubles et permet l'intégration des connaissances scientifiques.

De plus, le Trouble du Spectre de l'Autisme n'est pas exactement un regroupement des différents Troubles Envahissants du Développement. C'est-à-dire que toutes personnes ayant un diagnostic de TED n'intègrent pas le TSA. Ceci vaut aussi dans le sens inverse. (Albaret et al., 2018).

1.2. Critères de diagnostic du Trouble du Spectre de l'Autisme

1.2.1. La Classification Internationale des Maladies 11 (CIM 11)

La 11^{ème} version de la classification internationale des maladies ou CIM 11, publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2018 mentionne que : « *Les troubles du spectre de l'autisme se caractérisent par des déficits persistants dans la capacité à initier et à maintenir*

une interaction sociale réciproque et une communication sociale, et par un éventail de schémas restreints, répétitifs et inflexibles du comportement, des centres d'intérêt ou des activités qui sont clairement atypiques ou excessifs pour l'âge et le contexte socioculturel de l'individu. » (CIM-11, s. d.)

Dans la CIM-11, les critères sont listés par rapport à une dyade autistique. C'est ainsi qu'elle se distingue de l'ancienne CIM-10 qui avait un troisième critère qui était lié aux problèmes de langage.

Cette classification précise également qu'il faut examiner les sensibilités sensorielles inhabituelles. De plus, elle fournit des informations sur la distinction à faire entre le Trouble du Spectre de l'Autisme avec ou sans Trouble du Développement de l'Intelligence et altération ou absence du langage fonctionnel.

1.2.2. Le Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (DSM-5)

Dans la 5^{ème} édition du manuel diagnostique et statistique (DSM-5) des troubles mentaux que l'association américaine de psychiatrie a publiée en 2013, les critères diagnostiques y sont actualisés. Ici, par une approche dimensionnelle, *l'autisme* est intégré à l'ensemble des troubles du neurodéveloppement.

À présent, il s'agit d'un continuum appelé Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). À cette approche dimensionnelle des symptômes, s'ajoutent la notion de sévérité du trouble qui est évaluée en fonction du besoin d'accompagnement : il y a trois niveaux de sévérité. Il est aussi important de spécifier s'il y a présence ou absence d'une comorbidité comme le Trouble du Développement de l'Intelligence, le trouble du langage ou un autre trouble du neurodéveloppement (Albaret et al., 2018). (Voir annexe 4, page 92)

Le DSM-5 introduit la notion de « spectre » qui permet de rendre compte de la diversité des profils ainsi que des trajectoires développementales. Ainsi, les sous-catégories diagnostiques d'Autisme, de Syndrome d'Asperger, de Trouble désintégratif de l'enfance et de Troubles Envahissant du Développement - non spécifié (TED-nos), vont disparaître pour ne laisser place qu'à une seule appellation. Le syndrome de Rett est retiré de la catégorie TSA du fait de son étiologie génétique qui est aujourd'hui reconnue, et il devient un possible diagnostic différentiel (Albaret et al., 2018).

Contrairement à la CIM-10, dans le DSM-5, le diagnostic de TSA repose sur une dyade symptomatique dont les principaux critères sont :

- L'existence du déficit persistant dans la communication et les interactions sociales
- La présence d'intérêts et de comportements restreints et/ou répétitifs

2. Épidémiologie et hypothèses étiologiques du Trouble du Spectre de l'Autisme

2.1. Épidémiologie

La prévalence du Trouble du Spectre de l'Autisme peut se définir comme étant le nombre de cas de TSA au sein d'une population définie à un instant donné. Selon la HAS (2018), la prévalence mondiale des TSA chez les moins de 27 ans est estimée à 7,2/1000 en 2010 soit 1 personne sur 132.

D'après l'INSERM, en France, 700 000 personnes TSA sont actuellement reconnues. (Surugue, 2022). Sur le territoire français, le nombre d'adultes TSA est estimé à 600 000 (*Handicap.gouv*, s. d.).

L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas de TSA chaque année. Il y a peu d'études faites sur l'incidence contrairement à la prévalence. Ces études sont rétrospectives et les données retenues sont souvent issues de registres causant ainsi une incertitude en ce qui concerne la validité du diagnostic par rapport aux études en population (dépistage) (HAS, 2018, p. 11).

Au niveau de l'évolution et du pronostic, les manifestations du TSA évoluent tout au long de la vie de la personne. Ses transformations développementales ne sont pas linéaires et les trajectoires ont tendance à évoluer selon les individus. L'espérance de vie des personnes avec TSA est réduite. Lorsqu'il y a présence de symptomatologies sévères associées à un TDI important, l'espérance de vie est encore plus réduite (Albaret et al., 2018).

2.2. Facteurs étiopathogénies du Trouble du Spectre de l'Autisme

Plusieurs recherches sur le TSA mettent en avant un modèle multifactoriel. En effet, le trouble serait dû à une multiplicité de facteurs de risque pouvant provenir de l'environnement, de la génétique ou même de la période anténatale. Ils identifient ces facteurs à partir d'études épidémiologiques effectuées en population qui ne permettent pas d'établir une relation de causalité certaine (HAS, 2018, p.11).

En 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en avant des recommandations de bonnes pratiques dans le Trouble du Spectre de l'Autisme. Ils décrivent plusieurs facteurs de risque :

Des facteurs de risques connus, entre autres, des **facteurs démographiques**. Ils expliquent la présence des Troubles du Spectre de l'Autisme dans toutes les classes sociales et mettent en avant le fait qu'il serait quatre fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles (HAS, 2018, p.11).

Des **antécédents familiaux** peuvent aussi être retrouvés. Ils expliquent que l'âge avancé des parents augmente le risque de TSA de 41 % pour la mère et de 55 % pour le père. Le risque serait multiplié par 1,3 si la mère a plus de 35 ans et par 1,4 pour le père de plus de 40 ans (HAS, 2018, p.12).

L'exposition in utero au valproate de sodium et ses dérivés seraient aussi un facteur de risque connu. En effet, l'exposition in utero au valproate de sodium est classée parmi les facteurs associés à une augmentation de prévalence du TSA. (HAS, 2018, p.13).

Des facteurs de risques étudiés qui nécessitent encore des confirmations ultérieures : **les antécédents médicaux des parents** comme les pathologies parentales (le surpoids et l'obésité maternelle en début de grossesse, l'obésité ou la maigreur paternelle, la présence et l'association de maladies auto-immunes) augmenteraient aussi le risque de TSA.

Les antécédents pré- et périnataux (prématurité, faible poids, etc.). La synthèse de la HAS reprend l'idée que les antécédents pré- et périnataux sont plus fréquents dans le TSA que dans la population générale (HAS, 2018, p.13-14).

Des facteurs environnementaux : en 2010, l'état des connaissances publié par la HAS constatait qu'en l'état actuel des connaissances, il n'était pas possible de savoir si l'exposition aux métaux lourds aurait un impact en termes d'autisme au niveau de la population.

Il s'agit ici de la pollution de l'air, des pesticides, des phtalates, du mercure, de l'aluminium, de la migration maternelle (HAS, 2018, p.15).

Les facteurs de risques étudiés et non démontrés comme la vaccination, le dysfonctionnement relationnel (la théorie selon laquelle un dysfonctionnement relationnel entre la mère et l'enfant serait la cause du TSA.), les événements stressants de la vie. Il s'agit d'éléments qui reviennent souvent, mais qui ne confirment pas un risque de survenue du TSA (HAS, 2018, p.17).

3. Outils de diagnostic du Trouble du Spectre de l'Autisme et comorbidités associées

D'après le quatrième plan autisme de 2018-2022, soutenir la citoyenneté et l'inclusion des adultes TSA est un enjeu majeur.

Ce plan met en avant plusieurs interventions. Dans un premier temps, celui de l'amélioration du repérage des adultes ayant des Troubles du Spectre de l'Autisme afin de permettre une prise en charge adaptée. Puis, faciliter leur insertion professionnelle en mettant en place un accompagnement de qualité vers un emploi par exemple. Leur proposer des logements adaptés par la création de « forfaits d'habitat inclusif » et soutenir le pouvoir d'agir de ceux-ci en mettant en place un Groupe d'Entraide Mutuel.

En juillet 2011, la HAS suggère une démarche basée sur deux versants pour permettre le diagnostic et l'évaluation du fonctionnement de l'adulte TSA. Le premier versant représente le diagnostic médical qui devrait se faire en se basant sur les critères des classifications internationales. Ce diagnostic se situe sur l'ensemble des caractéristiques du TSA, la présence d'un retard mental et des pathologies et troubles associés. Le deuxième versant est celui des évaluations du fonctionnement de la personne sur le plan des fonctions organiques, des activités, de sa participation à la vie sociale afin d'apprécier ses ressources pour constituer un projet personnalisé (ANEMS, 2008).

Pour permettre le diagnostic du Trouble du Spectre de l'Autisme, il existe plusieurs outils. Nous allons en citer quelques-uns.

L'ADI-R ou « *Autism diagnosis interview-revised* ». Cet outil a été décrit par C. LORD, M. RUTTER et A. Le Couteur en 1994 (Perrin et al., 2014). La forme révisée en version française date de 2003. Il s'agit d'un entretien standardisé qui permet d'explorer avec les parents ou la personne qui s'occupe de l'enfant, l'ensemble du développement de ce dernier. Il permet d'explorer la communication, les interactions sociales ainsi que la limitation des comportements de la personne.

Il permet la recherche des premières manifestations du trouble ainsi que son évolution dans la petite enfance. Ainsi, avec une focalisation sur la période des 4-5 ans, il participera à constater un écart par rapport à un développement ordinaire. Il concerne toutes les tranches de vie, et le niveau de développement requis est d'avoir un niveau de développement de deux ans.

L'ADOS-2 « *Autism Diagnostic Observation Schedule – 2^{ème} édition* ». Sa version française est parue en 2015 ; il s'agit d'un outil d'observation composé de cinq modules, dont

la passation s'effectue entre 30 et 45 minutes pour chacun d'entre eux. Ces modules, nommés module Toddler, 1, 2, 3 et 4, sont administrés selon le niveau de langage et de l'âge chronologique de la personne. Le module 4 concernera alors les adolescents et les adultes qui possèdent un langage fluide.

Pour apprécier le niveau de sévérité du TSA chez les enfants (à partir de deux ans), les adolescents ou les adultes, il y a la CARS-2 (*Childhood Autism Rating Scale*). Elle se complète à partir de l'observation de la personne dans son quotidien à partir de quatorze domaines.

Cette échelle est importante dans le diagnostic, surtout en présence de troubles du développement de l'intelligence. Il permet une observation directe et indirecte de la personne.

Selon la HAS (2018), de multiples pathologies peuvent coexister avec le TSA. En effet, de nombreux sujets présentent des troubles de l'attention, des troubles digestifs, des désordres métaboliques, des troubles neurologiques tels que l'épilepsie (dans 15 à 40 % selon les études), des cas de trouble du développement de l'intelligence, des troubles du sommeil qui représentent des plaintes fréquentes des familles.

Le TSA peut aussi se retrouver associé aux troubles mentaux (anxiété généralisée, Troubles Obsessionnels Compulsifs, la dépression et la phobie sociale) ainsi qu'à d'autres troubles du neurodéveloppement comme le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité. On note que le Trouble du Développement de l'Intelligence est fréquent dans le TSA et selon les études, leur présence peut varier. Le Trouble du Développement de l'intelligence est retrouvé dans environ de 50 % de TSA (Albaret et al., 2018).

4. La sensorialité chez l'adulte présentant le trouble du Spectre de l'Autisme associé au Trouble du Développement de l'Intelligence en MAS

Tout comme le Trouble du Spectre de l'Autisme, le Trouble du Développement de l'Intelligence a aussi beaucoup intéressé la littérature.

Passant par l'appellation de retard mental puis de déficience intellectuelle en handicap intellectuel ou trouble du développement intellectuel, il n'a cessé d'intéresser les chercheurs.

De façon plus large, ces définitions associent un déficit du fonctionnement intellectuel à un déficit du fonctionnement adaptatif. Selon de DSM-5 (2013), ce trouble débute pendant la période du développement. Tout comme le TSA, il est dans la classe des troubles neurodéveloppementaux.

Il est défini selon trois critères dans le DSM-5. D'abord, un déficit des différentes fonctions intellectuelles (raisonnement, résolution de problèmes, planification, abstraction, jugement, apprentissage scolaire et d'expérience). Ces derniers doivent être confirmés par une évaluation clinique et des tests d'intelligence individuels standardisés.

Comme deuxième critère, il y a un déficit des fonctions adaptatives qui se traduisent par des échecs d'accès aux normes habituelles en société, mais aussi par des limitations de fonctionnement dans la vie quotidienne.

Et enfin, ces déficits apparaissent pendant la période de développement. Ce trouble peut exister sous forme de sévérité légère, moyenne grave ou profonde sachant qu'à chaque fois, les limitations augmentent tant sur le plan social, pratique que conceptuel.

Le TSA constitue un trouble neurodéveloppemental qui peut coexister chez la personne avec la présence d'autres troubles comme vue plus haut. Comment se manifesterait la sensorialité chez un sujet TSA avec TDI important ? Y aurait-il des modifications dans l'expression de la sensorialité par suite d'une coexistence entre ces deux troubles chez la personne ? Plusieurs études ont montré que les particularités sensorielles ne sont pas spécifiques du TSA, autrement dit, on peut les retrouver dans d'autres troubles.

Il y a eu des investigations sur les relations entre les troubles sensoriels et le retard mental. Ces investigations avaient pour objectif de déterminer si les désordres sensoriels identifiés chez les personnes avec le Trouble du Spectre de l'Autisme étaient différents de ceux identifiés chez les personnes sans Trouble du Spectre de l'Autisme, mais avec un niveau intellectuel similaire.

Je vais exposer ici quelques études de différents auteurs.

D'abord, des observations tirées de l'article de TOMCKEK et DUNN datant de 2007, Traitement sensoriel chez les enfants avec et sans autisme : une étude comparative utilisant le profil sensoriel abrégé. Le but de leur étude était d'étudier les différences dans le traitement de l'information sensoriel entre des groupes d'enfants de 3 à 6 ans avec le TSA et des groupes d'enfants du même âge sans TSA.

Ils ont procédé par la comparaison des capacités de traitement sensoriel du groupe de 281 enfants TSA à celle de l'autre groupe. Cette étude a pu se faire grâce au SSP ou profil sensoriel abrégé. Il apparaît que 95 % de l'échantillon d'enfants TSA ont présenté des dysfonctionnements de traitement de l'information sensoriel ou encore, atypicités sensorielles (Cruveiller, 2019).

À cette même période, LEEKAM et al., (2007) exposent une étude sur la description des *anomalies sensorielles* des enfants et des adultes TSA. Cette étude avait plusieurs objectifs qui pour être vérifiés nécessitaient de diviser cette recherche en deux parties. Pour ces études expérimentales, les chercheurs se sont servis de l'entretien diagnostique pour les troubles sociaux et de la communication (DISCO-9^{ème} édition), pour examiner les *anomalies sensorielles* chez les enfants et les adultes.

Partie 1 de l'étude

Objectifs : déterminer si les enfants TSA diffèrent dans la fréquence globale des *symptômes sensoriels* par rapport aux groupes sensoriels et s'ils diffèrent aussi dans des domaines sensoriels spécifiques. Examiner le schéma d'anomalie sensoriel dans le TSA.

Pour cette première étude, la population choisie était constituée de 33 enfants TSA à faible et à haut niveau de fonctionnement, de 19 enfants avec un Trouble du Développement de l'Intelligence, de 15 enfants avec un trouble du langage et de 15 enfants en développement typique dont le quotient intellectuel (QI) est compris entre 81 et 138.

Ces enfants étaient âgés de 2 ans 10 mois à 11 ans 6 mois. L'entretien se faisait avec les parents par des enquêteurs qui n'avaient aucune connaissance du diagnostic clinique de chaque enfant. Cette étude a permis de montrer que les enfants TSA présentent plus *d'anomalies sensorielles* que les autres groupes d'enfants. Mais aussi que les enfants TSA étaient plus susceptibles d'avoir des *anomalies* dans plusieurs domaines sensoriels.

33 % d'enfants en développement typique présentent des *symptômes sensoriels* contre 94 % dans la population TSA. Les symptômes étaient plus marqués chez les TSA dans des domaines comme la vue, l'odorat, le goût.

Partie 2 de l'étude

Objectifs : Examiner en détail les modèles *d'anomalies sensorielles* trouvées au sein de la population TSA et déterminer s'il existe des différences dans la fréquence ou le modèle des anomalies en fonction de l'âge et du niveau de quotient intellectuel (QI)

Dans cette deuxième étude, l'effectif total de la population était de 200 enfants et adultes de 32 mois à 38 ans. Les chercheurs ont divisé la population totale en quatre groupes.

D'une part les enfants avec un QI inférieur à 70 et ceux dont le QI est supérieur à 70 et d'autre part les adultes avec un QI inférieur à 70 et ceux avec un QI supérieur à 70.

Cette étude a permis aux chercheurs de montrer que les *symptômes sensoriels* étaient présents dans les quatre types de groupe, peu importe le QI et leur âge.

Il y avait 92,5 % qui présentaient donc des *anomalies sensorielles*. Tous les participants présentaient des *anomalies sensorielles* dans plus d'un domaine, mais le nombre moyen de domaines affecté était significativement élevé pour les participants plus jeunes avec un QI faible.

Aucune différence d'âge ou de QI n'a été trouvée pour les domaines du toucher, de l'odorat, du goût, de la douleur et de l'ouïe. En fonction de l'âge, un plus grand nombre de jeunes présente des *symptômes* visuels et oraux (buccaux) autrement dit, les caractéristiques visuelles s'améliorent avec l'âge et le QI alors que le toucher doux serait affecté avec l'âge.

En conclusion, les recherches permettent de mettre en évidence que les troubles sensoriels sont plus présents chez les enfants TSA que chez les enfants avec un Trouble du Développement de l'Intelligence. Mais, ces troubles sont majorés chez les enfants TSA avec un Trouble du Développement de l'Intelligence associé (TSA-DI).

Ainsi, ils démontrent le lien qui existe entre le degré de trouble de l'intelligence chez les personnes TSA et l'intensité des troubles sensoriels. Ils démontrent aussi le lien avec l'âge et le QI, car, certains symptômes sensoriels changent avec l'âge et le QI pour s'améliorer ou non.

En comparant les enfants TSA ayant un quotient intellectuel plus élevé des enfants TSA avec des Troubles du Développement de l'Intelligence, les *dysfonctionnements sensoriels* touchent davantage les modalités sensorielles de ceux qui ont le trouble de l'intelligence associé au TSA.

Donc, les particularités sensorielles ne sont pas spécifiques au TSA, mais on peut aussi l'observer dans d'autres populations comme les personnes avec un Trouble du Développement de l'Intelligence (Leekam et al., 2007)

5. Un fonctionnement type particulier dans le Trouble du Spectre de l'Autisme

« Apprendre comment fonctionnent les sens de chaque individu autiste est l'une des clés essentielles pour comprendre cette personne. » O'Neill, 1999

À son époque, à partir d'observations cliniques, Kanner évoquait déjà les atypicités sensorielles comme des éléments observés très tôt bien qu'on ne parlât pas forcément de troubles.

Les recherches ayant évoluées depuis quelques années, aujourd'hui on peut différencier les particularités sensorielles que sont l'hypersensibilité et l'hyposensibilité. Des particularités sensorielles qui peuvent induire des modifications de comportement dans l'environnement et s'associer à des réactions toniques atypiques aux perceptions issues de l'environnement ou des difficultés de traitement des informations sensorielles en comodalité.

Comme vu plus haut, l'interaction entre les différents sens est importante. En effet, dès le bas âge, les sens vont permettre d'interagir avec soi, autrui et son environnement. Ils sont essentiels pour toutes les activités du quotidien, comme la mobilité, la communication.

Si un sens se retrouve perdu ou dégradé, il peut affecter les autres sens chez l'enfant jusqu'à la personne âgée modifiant ainsi leur fonctionnement dans leur environnement.

Les particularités sensorielles peuvent toucher un ou plusieurs systèmes sensoriels simultanément et se caractérisent donc par leur polymorphisme.

Au premier plan, des particularités sensorielles, apparaissent les hyperréactivités et les hyporéactivités, notions décrites par AYRES (1979). Pour Ayres, l'hyperréactivité ou la défense sensorielle correspond à une réactivité excessive d'un système sensoriel à contrario de l'hyporéactivité ou dormance sensorielle qui est un manque d'éveil sensoriel. Par la suite, C. DELACATO en 1974 introduira les notions d'hypersensibilité et d'hyposensibilité. (Voir annexes 5 et 6, page 93-95)

L'hypersensibilité se caractérise par une sensibilité importante et excessive à des stimuli quelconques. Elle est en lien avec un seuil bas de perceptions des informations sensorielles.

Pour C. DELACATO, l'ouverture du canal sensoriel est importante, ce qui implique que de nombreuses informations parviennent au cerveau afin d'être analysées (Bogdashina, 2013).

Du point de vue neurologique, le modèle théorique de Dunn évoque des seuils d'activation neurologiques bas, susceptible de déclencher une réponse neuronale et entraînant un excès de sensations (Gorgy & D'Ignazio, 2022).

Ceci signifie qu'un stimulus comme un bruit, un contact ou même un mouvement peut déclencher un inconfort ou un flux important d'informations qui ne pourra être traité efficacement à son arrivée au cerveau.

D'un point de vue comportemental, il existe soit le type de comportement actif soit le type passif. Il y a des personnes qui subissent passivement leur hypersensibilité, avec une distractibilité importante, une hypervigilance.

Puis, les personnes qui se défendent plus activement pourraient opter pour l'évitement de sensations qui peuvent être insupportables pour elle. C'est le fait par exemple de se boucher les oreilles ou de refuser le contact (Gorgy & D'Ignazio, 2022).

En 2015, Dunn expliquera que : « ces aspects ne sont pas à considérer comme des entités totalement distinctes, mais comme un continuum à la croisée des niveaux de réactivité des seuils récepteurs et des processus d'autorégulation » (Gorgy & D'Ignazio, 2022, p.29). Selon les modalités sensorielles, une personne peut présenter les deux types de profils.

Monsieur Y, âgé de 35 ans, réagit différemment selon les objets à explorer lors de la passation de son évaluation sensorielle. Sur le plan visuel, il cherche constamment à diminuer les stimuli : il évite le contact oculaire et change même l'orientation de son regard. Cependant, sur le plan auditif, il ne réagit pas face aux stimuli proposés, il ne s'oriente pas vers les sources sonores et ne semble pas entendre les sons et les musiques présentés. Il présente d'après les résultats d'observation et de cotation, une hyporéactivité auditive et une hyperréactivité visuelle.

Et du point de vue causal, il est possible que les capacités d'habituation fassent défaut dans le cas d'une hypersensibilité, causant ainsi une distraction continue chez la personne.

L'hyposensibilité se définit, à l'inverse, comme une réactivité diminuée et en dessous de la normale. Elle est en lien avec un seuil de perception élevé. Pour C. DELACATO, dans cette situation, le canal sensoriel n'est pas assez ouvert. Le système cérébral se retrouve donc privé d'un certain nombre de stimulations (Bogdashina, 2012).

D'un point de vue neurologique, le modèle de Dunn évoque des « seuils d'activation neurologiques haut qui sont susceptibles de déclencher plus difficilement une réponse neuronale entraînant un *manque* de sensations » (Gorgy & D'Ignazio, 2022, p.30).

Ceci signifie qu'en cas d'hyposensibilité, la personne pourrait rencontrer des difficultés dans la perception, la discrimination ou le traitement de certaines informations sensorielles.

Dans le domaine comportemental, la personne qui subit passivement son hyposensibilité peut se montrer apathique, hyporéactive. On peut avoir l'impression qu'elle ignore certains stimuli. La personne qui réagit activement à son hyposensibilité peut être à la recherche de sensations.

D'un point de vue causal, la sensibilisation pourrait faire défaut, car le système nerveux central augmente son activité en amplifiant la portée du signal sensoriel (Gorgy & D'Ignazio, 2022).

O. GORGY en 2019 rajoute la notion d'hyperfonctionnement. « Surutilisation d'une modalité sensorielle ou d'un canal de perception aux dépens des autres » (Gorgy & D'Ignazio, 2022, p.31). Pour lui, cet hyperfonctionnement est une sorte de recherche sensorielle qui procure du plaisir chez la personne.

Chaque être est unique et chaque personne TSA a un seuil de tolérance propre à lui. Ce seuil de tolérance dépend de chacun et du contexte. Ainsi, chaque personne agit différemment selon la quantité d'informations environnementales. Si certains vont favoriser le monotraitement, c'est-à-dire porter sa concentration sur un sens afin de ne pas percevoir les informations venant des autres, d'autres préfèrent être dans l'évitement ou même se replier sur eux ou encore, avoir des conduites stéréotypées (Bogdashina, 2012).

En effet, les stéréotypies sont définies dans le Petit Larousse comme étant : « des répétitions immotivées, automatiques et inadaptées à la situation, de mots, de gestes, de mouvements ou d'attitudes ». Elles peuvent être vocales, gestuelles et apparaissent selon une fréquence et une intensité variable d'une personne à l'autre. Les comportements stéréotypés constituent un des critères qu'on retrouve dans le DSM-5 par exemple dans le cadre du TSA.

Il paraît alors important de ne pas négliger ce phénomène dans la prise en soin du psychomotricien ou d'un autre professionnel.

Les stéréotypies peuvent se manifester au niveau visuel par des fixations d'objets par exemple, au niveau tactile par des frottements, ou des tapotements. Au niveau auditif par des cris, des répétitions de mots, de phrases (Gorgy & D'Ignazio, 2022).

Madame Angélique, 56 ans, présente des stéréotypies sur le plan verbal. Elle a tendance à répéter les mêmes mots, ou des phrases de comptines qu'elle connaît. Ces répétitions ne prennent pas en compte du contexte dans lequel elle se trouve : avec les professionnels ou les résidents. Ces stéréotypies peuvent souvent être envahissantes pour l'entourage et nécessitent l'intervention des professionnels.

Enfin, les particularités sensorielles chez l'enfant comme l'adulte peuvent causer de multiples modifications. Nous avons vu dès les critères de diagnostic que les troubles neurodéveloppementaux peuvent causer des limitations d'activité, de participation à la vie sociale tant chez l'enfant que l'adulte.

Nous avons aussi vu que l'adaptation du sujet à son environnement est étroitement liée à un fonctionnement sensoriel de qualité. Cependant, si les informations sensorielles externes ont du mal à être intégrées et traitées, il peut apparaître des modifications sur le plan psychomoteur de la personne. Par exemple, c'est le cas des déficits moteurs, des troubles

émotionnels ou des fonctions exécutives. Toutes ces perturbations peuvent se mettre sur le chemin de l'adulte accueilli en MAS.

Elles peuvent constituer des contraintes sur le plan de l'autonomie de la personne, de sa relation avec les autres et à soi : pouvant ainsi causer des comportements problématiques.

Il s'agit de comportements qui peuvent se manifester de façon fréquente et qui sont susceptibles de limiter ou d'empêcher la personne à poser un acte ou encore de causer une insécurité physique pour la personne ou son entourage. Ils peuvent se manifester par des stéréotypies ou des automutilations, des perturbations, des difficultés sociales, de la destruction d'objets par exemple ou des agressions envers soi ou autrui.

En MAS un accompagnement de qualité du psychomotricien et des autres professionnels paraît donc indispensable pour constamment permettre une intégrité physique et psychique de chaque personne.

En somme, la sensorialité est indispensable dans le fonctionnement de la personne par rapport à soi ou à son environnement. Elle va en quelque sorte permettre à chacun de connaître son corps ainsi que ses possibilités corporelles, mais aussi favoriser l'investissement positif de son corps dans son espace. Tous les processus liés à la sensorialité permettront de donner des réponses au quotidien face à des variations de stimulus. La sensorialité permet donc une adaptation continue, un rapport à soi et à l'autre positif. Il peut être perturbé dans de multiples troubles, ici, nous avons vu deux troubles neurodéveloppementaux.

En cas de perturbation, en quoi un accompagnement psychomoteur peut-il favoriser un mieux-être du sujet dans son lieu de vie ?

Chapitre II : Éléments d'évaluation et de prise en soins psychomotrice

I. L'expertise du psychomotricien dans l'accompagnement de l'adulte en MAS

1. Le bilan psychomoteur

Le décret de compétences n° 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de la profession de psychomotricité précise l'habilité du psychomotricien à réaliser des bilans psychomoteurs sur prescription médicale. Le bilan psychomoteur peut être désigné par d'autres termes comme l'examen psychomoteur ou l'observation psychomotrice etc.

Il s'agit d'un examen clinique important pour le psychomotricien, car, il mènera une investigation de plusieurs domaines psychomoteurs comme la tonicité, le geste, le mouvement, l'équilibre, la coordination et la posture, les notions d'expression corporelle, d'espace et de temps, le schéma corporel et l'image du corps, l'expression de l'être, de ses désirs et de ses intentions (Potel, 2019).

En effet, le bilan psychomoteur a beaucoup été au centre des recherches. Pour certains auteurs, grâce à des tests et des grilles d'évaluation, il permet une objectivation et une quantification de l'ensemble de réponses psychomotrices. Le but ici étant d'identifier des troubles. Pour d'autres auteurs, il s'agit d'un moyen d'observation qui, grâce à des consignes, des tests et même des situations différentes, permet l'évaluation des difficultés du sujet afin d'apporter des repères de travail. Ce deuxième point de vue veut signifier qu'il n'y a pas qu'une valeur négative, mais aussi significative du fonctionnement particulier de la personne.

Si d'un côté, en psychomotricité il y a un mode de lecture du symptôme comme une manifestation pathologique à rééduquer ou à éradiquer dans le souci d'adaptation de la personne à la réalité, de l'autre il y a une conception qui permet une lecture psychodynamique du symptôme par l'observation, la recherche de compréhension et la prise en compte du symptôme comme une manifestation pathologique, mais aussi inventive du sujet (Potel, 2010).

Le bilan psychomoteur peut être défini comme « un catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, émotionnelles » (Potel, 2010, p.235). Pour C. POTELE, il y a la mise en place d'une rencontre, d'une relation entre le psychomotricien et le sujet.

Dans cette relation, le psychomotricien doit adapter son observation et sa lecture psychomotrice au vécu de la personne en éliminant la radicalité ou la pensée unique. Concrètement, l'examen du psychomotricien est constitué de plusieurs temps.

Dans un premier temps, l'entretien. Il est indispensable, car il permet de préciser la demande, d'avoir une précision du problème posé, le motif de consultation ainsi que le recueil des éléments qui permettront de constituer l'anamnèse. Cet entretien est aussi important pour observer les interactions de la personne avec son entourage, son environnement, ses différentes réactions, attitudes et postures. Il permettra également d'établir un début de relation. Selon le lieu d'activité (libéral ou en institution), la population accueillie, les troubles et les pathologies qui en découlent, cet entretien pourra varier en ce qui concerne les procédures de cette passation.

À la suite de cet entretien surviennent des séances afin de faire un examen. Dans l'examen psychomoteur, le psychomotricien va étudier les fonctions psychomotrices, observer de potentielles difficultés ou retards. Pendant ce temps, plusieurs domaines comme les fonctions motrices, les praxies, le schéma corporel, la latéralité, la structuration spatiale et temporelle seront testés. Ainsi, le psychomotricien peut à l'aide d'une évaluation et d'une observation psychomotrice réaliser le bilan.

Au niveau de l'évaluation, on va distinguer l'évaluation développementale de l'évaluation fonctionnelle.

« L'évaluation développementale consiste à établir le profil de développement (force, faiblesse, émergence) de la personne en référence à la norme attendue pour son âge chronologique » (Perrin et al., 2014, p.363).

Cette évaluation nécessite que les tests remplissent certains critères :

- La standardisation : la réalisation, la cotation et les protocoles de passation du test doivent être rigoureusement identiques.
- La validité, c'est-à-dire que le test mesure bien ce qu'il est censé évaluer et qu'il précise ce que l'on pourrait tirer comme conclusion et interprétation.
- La sensibilité qui confère la finesse de l'outil pour une discrimination suffisante des résultats.
- L'étalonnage qui permet une comparaison des résultats obtenus à une population de référence afin de situer des résultats à la moyenne.
- La fidélité de ce test confère à ce dernier la précision avec laquelle il mesurera certaines caractéristiques (Potel, 2010).

Quant à l'évaluation fonctionnelle, elle « consiste à identifier les besoins de la personne à partir de l'observation de ses difficultés d'adaptation au milieu. » (Perrin et al., 2014, p.366).

Ici, on observe directement comment la personne fonctionne, et pose ses actes selon les contextes du quotidien. Il existe donc :

- L'évaluation fonctionnelle en situation dirigée : le psychomotricien par des outils informatifs viendra observer la personne sur ses compétences, notamment celles psychomotrices.
- L'évaluation fonctionnelle en situation écologique : celle-ci se réalise de façon directe ou indirecte. Elle peut solliciter l'apport d'autres professionnels. Elle implique souvent une passation en dehors de la salle de psychomotricien.
- L'évaluation fonctionnelle non standardisée où le psychomotricien mettra en situation la personne, dans le cadre de la salle de psychomotricité afin d'observer plus précisément ses particularités de fonctionnement.

L'observation du psychomotricien doit être effectuée d'une manière assez fine. Celle-ci requière chez chaque professionnel sa subjectivité et ses capacités à analyser et de synthétiser ce qu'il observe. Cette observation apporte des informations sur le vécu de la personne, l'image qu'elle a de son corps, sa façon d'interagir, ses informations cognitives et motrices. L'observation a une place prépondérante dans la pratique psychomotrice. Elle est encore plus importante lorsque la passation de bilan stricto sensu ne peut être indiquée ou praticable (Potel, 2010).

En MAS, par exemple, on retrouve des observations sensorielles informelles. Observer l'adulte TSA avec le Trouble du Développement de l'Intelligence dans son quotidien, sur ses réponses sensorielles représente un temps primordial. Cette observation apporte des informations sur la personne par rapport aux différents environnements dans lesquels elle se trouve ou des situations qu'elle traverse. Le psychomotricien peut ainsi observer les préférences ou aversions sensorielles de la personne. Ces observations sont donc réalisées de façon informelle et elles ne requièrent pas de grille standardisée.

Le psychomotricien grâce à ses observations et aux tests effectués pourra ensuite passer au temps de cotation puis de restitution des résultats. La cotation et l'analyse des résultats sont une étape importante du bilan, car c'est ici que le professionnel va faire le croisement des données qualitatives et quantitatives afin de dresser un profil psychomoteur permettant de mieux comprendre le sujet. Il va effectuer une réflexion, poser des hypothèses et analyser les résultats obtenus. Tout ceci, afin d'apporter des informations sur les compétences ou les difficultés que présente la personne.

Enfin, l'étape de conclusion où le psychomotricien rédige et décrit les compétences psychomotrices observées à l'issue des rencontres. Il mentionne les potentielles problématiques et en fonction des résultats obtenus, propose ou non une prise en charge psychomotrice. Par suite de la décision, un projet thérapeutique pourra être élaboré avec des objectifs de prise en charge, le psychomotricien pourra aussi orienter la personne vers d'autres professionnels.

2. Outils d'évaluation et d'appréciation des particularités sensorielles lors du bilan psychomoteur

L'évaluation sensorielle est préconisée par les recommandations de la Haute Autorité de Santé. En effet, elle recommande de : « *proposer à l'adulte autiste, tout au long de son parcours, une évaluation spécifique des profils sensoriels et moteurs par un ergothérapeute ou un psychomotricien, lorsque des besoins ont été identifiés par l'adulte lui-même ou sont observés ou repérés par les professionnels qui l'accompagnent, notamment avec des outils d'évaluation génériques* » (HAS, 2018, p.35-36).

Cette évaluation a pour objectif de mettre en place une thérapie au travers de mesures spécifiques. En effet, l'évaluation sensorielle pourra se faire de façon indirecte en s'appuyant la plupart du temps sur des questionnaires, mais aussi des évaluations cliniques directes. Les évaluations permettront par la suite d'établir un profil sensoriel afin d'établir un programme d'intervention. Je vais citer ici quelques tests d'évaluations.

Le *Sensory Profil* (Dunn 1999) ou le profil sensoriel de Dunn qui évalue les particularités sensorielles et l'impact des troubles sensoriels sur la vie quotidienne des enfants de 3 à 10 ans (Degenne et al., 2019). La version de 2006 suit les normes canadiennes et a été étalonnée pour un public allant de 11 ans jusqu'à l'adulte (Gorgy & D'Ignazio, 2022).

Il s'agit d'un questionnaire de plusieurs dizaines de questions, ciblant les comportements qui peuvent s'observer dans le quotidien de la personne et être quantifiés par fréquence d'apparition. Le but étant d'identifier un profil basé sur les spécificités de traitement de l'information sensorielle du sujet.

Le Bilan sensori-moteur de Bullinger (2004). Il propose une évaluation des compétences motrices et sensorielles de la personne à tous les âges de la vie (du nourrisson à l'adulte vieillissant) à travers des mises en situation. Ce bilan s'inscrit dans une approche développementale avec une perspective qui est à la fois cognitive, émotionnelle et relationnelle. C'est un outil d'évaluation globale qui permet.

Il permet l'investigation de l'organisation des systèmes sensori-moteurs, de la régulation émotionnelle, de l'organisation posturale, de la motricité globale, de la représentation de l'organisme, de la coordination visuomanuelle, de la structuration spatiale et de la graphomotricité. Son objectif est d'identifier les moyens que la personne utilise pour interagir (Degenne et al., 2019).

Le *Sensory Profile Checklist Revised* (2005) ou Profil Sensoriel et Perceptif révisé (PSP-R) de O. BOGDASHINA. Cet outil, bien que non validé en France a été traduit par I. DELFRENOY depuis 2012. Il a été élaboré spécifiquement pour les personnes avec TSA et peut s'appliquer chez les enfants comme chez les adultes. Il s'agit d'une échelle standardisée et non étalonnée qui correspond à une liste exhaustive de particularités sensorielles qu'on peut repérer chez les personnes TSA.

Elle regroupe au total 232 items répartis en 20 catégories. Parmi celles-ci, la perception globale, l'intensité des réactions sensorielles selon l'hyporéactivité ou l'hyperréactivité, la sensibilité et la fascination de la personne à certains stimuli, l'inconsistance de la perception, les perceptions fragmentées, distordues, périphériques et retardées, l'agnosie sensorielle, la vulnérabilité à la surcharge sensorielle, le traitement unique, l'arrêt des systèmes, la compensation d'un sens peu fiable par les autres sens, « la perte de soi-même » dans les stimuli ou la résonance sensorielle, la rêverie, les synesthésies, les mémoires perceptuelles et associatives, la pensée perceptuelle.

C'est selon quatre critères distincts que se fera la cotation pour chacun des comportements sensoriels. Le comportement peut être décrit selon le premier critère, c'est-à-dire : **vrai**. Autrement dit, le comportement décrit a été vrai la plupart du temps dans le passé de la personne. Le critère **vrai maintenant** pour signifier que ce comportement a été vrai, mais l'est toujours présentement. Le critère **faux**, car le comportement ne décrit pas ce qui a été observé chez la personne et le critère **pas sûr** lorsqu'il y a des doutes et qu'il n'y a pas de certitude que le comportement sensoriel décrit a été observé.

La cotation de cette échelle peut se compléter par les observations cliniques et celles de l'entourage. Cette échelle permet alors d'identifier les préférences et les faiblesses sensorielles afin d'évaluer ce qui pourrait être mis en place pour la personne évaluée.

L'Évaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme (ESAA), de C. DEGENNE (2019), vise d'une part à faciliter le repérage des troubles de la réactivité sensorielle de l'adulte TSA et d'autre part d'évaluer la sévérité de ces anomalies. Elle permet alors l'identification et l'évaluation de la sévérité des perturbations de la réactivité visuelle, tactile, auditive, olfactive,

gustative, proprioceptive, vestibulaire dans l'optique de favoriser une connaissance meilleure de la personne dans sa singularité. Elle s'adresse aux personnes adultes avec TSA associé à un Trouble du Développement de l'Intelligence sévère à partir de 17 ans.

L'échelle permet d'établir le profil sensoriel de la personne à partir de l'identification dans chaque modalité sensorielle. Ce profil peut correspondre à un manque de réactivité générale aux stimuli de l'environnement, à une réactivité commune aux stimuli, à une hyperréactivité aux stimuli de l'environnement, ou alors, à une réactivité paradoxale (présence d'une hyporéactivité et hyperréactivité observée simultanément). (Degenne et al., 2019).

Elle se fait sous deux modes de passation :

- **L'évaluation directe**

Elle s'appuie sur une évaluation standardisée à l'aide d'un cahier de cotation et d'une « mallette sensorielle ». Cette mallette comporte des objets et du matériel permettant de stimuler les différents systèmes sensoriels afin d'évaluer la réactivité sensorielle de la personne pour chaque modalité.

- **L'évaluation indirecte**

Elle est basée sur la connaissance de la personne avec TSA dans son milieu de vie habituel. Cela peut se faire par le recueil d'informations observées par une ou plusieurs personnes de l'entourage comme les professionnels, parents côtoyant la personne dans sa vie de tous les jours (Degenne et al., 2019).

L'évaluation directe et l'évaluation indirecte partagent les mêmes grilles de cotation et seules les sources d'observations qui sont utilisées pour les cotations permettent de les distinguer. On va obtenir des résultats de profil sensoriel sévèrement perturbé si le score est élevé de 9 à 16 et profil sensoriel légèrement à moyennement perturbé de 1 à 8 sinon absence de perturbation.

3. L'accompagnement psychomoteur de l'adulte en MAS

3.1. Le cadre thérapeutique

Dans le langage courant, le cadre renvoie à un lieu. Il s'agit le plus souvent d'un espace, d'un temps dans lequel se déroule une action. Il peut se définir de plusieurs manières, et peut même correspondre à une limite, une séparation, ce qui borne. Avant toute prise en charge, il paraît indispensable de définir un cadre thérapeutique.

Le cadre thérapeutique représente « *l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajusté aux possibilités du patient, permet un processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés tels que : un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit de soin* » (Albernhe et al., 2012, p.19).

Le cadre thérapeutique doit donc d'être de qualité. En effet, c'est dans celui-ci que vont se jouer des expériences, des échanges, des éprouvés corporels, la motricité. Le psychomotricien est appelé à constamment s'adapter et adapter le cadre pour rendre optimal son accompagnement.

Par définition, le cadre thérapeutique désigne aussi selon C. POTEL (2010), ce qui va contenir une action thérapeutique dans un lieu, mais aussi dans un temps et dans une pensée. D'où son importance au sein de la profession du psychomotricien. Ce cadre n'est pas figé et est susceptible d'évoluer selon les différentes pensées qui traversent les protagonistes de l'action en séance.

Selon C. POTEL (2010), le cadre doit remplir plusieurs conditions. C'est ainsi que nous pouvons envisager le cadre thérapeutique selon deux niveaux. D'une part au niveau physique et d'autre part sur le plan psychique.

- Le cadre physique. Ce dernier doit remplir plusieurs qualités selon elle :
 - D'abord, il doit avoir des qualités spatiales. Cet espace doit servir de « réceptacle » face aux différentes expériences sensorielles qui naîtront dans ce lieu. Cet espace doit servir de contenant afin d'accueillir les excitations, les sensations de plaisir que procure le mouvement de la personne dans son investissement corporel. Le sujet avec le Trouble du Spectre de l'Autisme peut se retrouver perturbé face à des changements et le psychomotricien devra prendre en compte cette sensibilité. Ce cadre physique doit être sécurisant pour favoriser l'expression de la personne.
 - Des conditions de matériel. Le choix du matériel qui entrera en jeu lors des séances de psychomotricité est indispensable. Ce choix va dépendre de la sensibilité et de l'investissement du psychomotricien.

En effet, la manipulation et l'investissement d'objets peuvent être support d'une intégration sensorielle et motrice qui favorise l'imaginaire. Ceci fera émerger de la personne une élaboration psychique supérieure. Dans le cadre de l'accompagnement de l'adulte TSA, le psychomotricien doit adapter les objets à la sensibilité de la personne.

En effet, les jeux utilisés, la forme, la couleur ou la texture de certains objets pourront plus ou moins interpeler la personne notamment dans le cadre de ses particularités sensorielles.

- Des qualités temporelles, car les séances doivent d'organiser dans une certaine régularité afin de servir de repère temporel à la personne. Les séances doivent répondre à des conditions de durée, de fréquence et de même d'horaire.
- Des qualités d'encadrement, car les séances peuvent être individuelles et nécessitent donc l'accompagnement du psychomotricien, mais les séances peuvent aussi être en groupe ou en équipe pluridisciplinaire et elles nécessiteront en encadrement en coanimation de l'équipe impliquée.
- Des qualités de fonctionnement institutionnelle, car ce cadre du psychomotricien s'établit au sein d'une institution selon un projet global. Ce cadre va se construire en fonction de l'équipe entière pour assurer une cohérence de fonctionnement.

- Le cadre psychique :

Ce cadre porté par le psychomotricien va également contenir plusieurs propriétés. Il s'agit en quelque sorte de la manière dont le psychomotricien va mettre en pensée ses actions. Le professionnel pourra alors s'appuyer sur ses connaissances théoriques et ses compétences professionnelles. POTEL distingue comme propriétés :

- La disponibilité psychocorporelle du professionnel. En effet, il se doit d'être présent à chaque instant, dans l'ici et le maintenant, à l'écoute et engagé physiquement, psychologiquement et émotionnellement. Il doit accueillir, avoir une attitude bienveillante, éloignée de tout jugement.
- Le rôle de « pare-excitation » du psychomotricien renvoie à une certaine fonction de protection. En psychologie, il s'agit d'une instance de l'appareil psychique qui protège contre les surexcitations. Selon Freud, il consiste, à protéger l'organisme des excitations qui viennent de l'extérieur et qui, selon leur intensité, pourraient de le détruire (Talbi, 2014).

Le psychomotricien avec le sujet TSA-DI en MAS devra accueillir les frustrations, les émotions fortes afin d'y apporter un sens.

- La fonction contenante du psychomotricien : « *C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoqué dans nos espaces*

thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique » (POTEL, 2010, p.324).

Il peut avoir des débordements, et la contenance du psychomotricien sera indispensable. En effet, le psychomotricien par son observation et sa présence accompagnera les débordements afin de tranquilliser, d'apaiser et même protéger de certaines angoisses.

En MAS, il y a une grande importance de cette contenance, car l'adulte avec le Trouble du Spectre de l'Autisme associé à ce Trouble du Développement de l'Intelligence peut ne pas être en mesure de comprendre les informations qui proviennent de son environnement. La personne peut alors se trouver désorganisée à cause de toutes les sensations envahissantes, ceci nécessite alors l'apport d'une tierce personne et le psychomotricien pourra donc l'accompagner.

Le cadre thérapeutique doit être solide, souple et assez structurant afin de permettre une liberté du sujet dans son expression et exploration corporelle. Définir un cadre thérapeutique avec ses caractéristiques est indispensable dans l'accompagnement d'adultes accueillis en MAS afin de diminuer l'effet de certaines difficultés. Le psychomotricien pourra donc également avoir une action pour favoriser l'adaptation des résidents en MAS à leur environnement.

3.2. Une adaptation à son lieu de vie

Comme vu plus haut, les troubles neurodéveloppementaux surtout lorsqu'ils ont un niveau de sévérité élevée causent des limitations considérables au sein de l'environnement. Les particularités sensorielles influencent énormément le rapport à soi et à autrui. Elles peuvent générer des désagréments durables en impactant la personne dans son lieu de vie. Le psychomotricien pourra alors intervenir afin de limiter les inconforts possibles et de favoriser l'émergence des capacités de la personne. Travailler sur l'adaptation de la personne à son environnement revient à prendre en compte sa façon d'agir en pensant à un aménagement spatial, temporel et sensoriel vis-à-vis de lui, des objets qui l'entourent, des professionnels et de son entourage.

- Un aménagement spatial :

L'espace est indispensable à l'adaptation de chacun dans son environnement. « la structuration spatiale permet à l'Homme de se repérer dans son environnement, mais aussi de se mouvoir, d'organiser ses mouvements dans un cadre spatial référencé » (Sialom et al., 2015, p.258). L'espace doit d'être structuré afin que la personne se retrouve dans son environnement.

En MAS, il y a l'espace de la chambre de chaque résident qui est toujours organisé de la même manière, l'espace du lieu de vie commune qui est une grande salle où chaque table et

chaise serviront aux repas des résidents et même à des activités de coloriage pour certain. Dans cet espace de vie, il y a une pièce où les résidents peuvent écouter de la musique, regarder la télévision ou se reposer. Ensuite, il y a un grand espace qui est appelé « la place du village » où se croisent les résidents, le personnel, les familles.

On distingue également dans cette MAS, les espaces dédiés à l'activité professionnelle du personnel. En ce qui concerne la salle de psychomotricité, elle est toujours aménagée selon la personne qui est reçue. Il y a une table dédiée aux activités de dessins, d'écriture, des activités cognitives, un espace consacré aux activités motrices et un autre avec des matelas, tapis qui peuvent matérialiser de la détente par exemple.

L'espace doit être épuré (doit permettre d'éviter les surcharges sensorielles) pour les personnes TSA-DI, et cette structuration permet d'une part à la personne de se situer, de ne pas se sentir perdue et de comprendre quelle activité est dédiée à un espace dans son lieu de vie.

Le vendredi matin, la psychomotricienne accueille dans son bureau une jeune adulte de 22 ans qui a le syndrome de Rett. L'organisation de la salle est toujours identique : une partie de la salle est dédiée à l'exploration de différents objets sensoriels et l'autre à du toucher-massage des pieds et des jambes. La résidente a conscience des différences entre ces espaces et expérimente corporellement les objets dans la première partie de la salle et ne le fait jamais dans l'autre partie de la salle. Elle a tendance à venir chercher la psychomotricienne pour s'installer sur le tapis lorsqu'elle sollicite du toucher-massage. Cette organisation stable de la salle permet à la résidente de participer aux séances, de ne pas se sentir perdue et facilite son exploration dans l'espace.

- Une adaptation de l'environnement sensoriel :

Il est indispensable d'aménager l'environnement afin de permettre à la personne de vivre dans un endroit agréable. Plusieurs techniques visent à moduler l'environnement sensoriel. Sur le plan acoustique par exemple, une mauvaise insonorisation des locaux peut être insupportable pour certaines personnes au vu de leur sensibilité.

Les nuisances peuvent causer un enfermement ou des cris chez certains. De la même manière, les bruits de fond ambiant (télévision...) auront également un impact sur le comportement de la personne en altérant sa compréhension et en alimentant la surcharge sensorielle.

Dans la modalité visuelle, il y aura les mêmes difficultés en ce qui concerne l'hypersensibilité et l'hyposensibilité. Alors, il semble important de prendre des précautions, et veiller sur l'absence des stimulations parasites visuelles. Le psychomotricien peut ainsi procéder par une organisation du champ de vision.

C'est ce que D. CAUCAL et R. BRUNOD (2013) définissent comme un agencement clair d'objets afin de diriger le champ de vision de la personne sur la tâche qu'elle doit accomplir. Par exemple, pour une personne hypersensible à la lumière, éteindre ou favoriser la baisse de l'intensité de celle-ci pourrait être une alternative à l'accomplissement de certaines activités.

Dans le domaine proprioceptif et tactile, le psychomotricien pourra chercher à favoriser chez la personne, sa capacité à sentir et à organiser les informations sensorielles qui proviennent de son corps et de son environnement. Dans le but de permettre une meilleure compréhension. Certaines personnes TSA vont préférer des vêtements serrés et chez d'autres ça sera le contraire. L'ajustement est nécessaire afin que la personne se sente à l'aise.

En ce qui concerne les particularités olfactives et gustatives, il est important de prendre en compte les aspects de la sensorialité pouvant empêcher l'entrée dans une pièce ou le refus de la consommation de certains aliments. Certains parfums peuvent être désagréables et limiter les rencontres avec la personne ou favoriser le refus de s'alimenter.

Le psychomotricien par son sens de l'observation et ses connaissances pourra alors proposer des adaptations ajustées aux particularités sensorielles que présentent chaque personne au sein de la MAS. Cette modulation de l'environnement sensoriel pourra permettre la disponibilité de la personne, et l'investissement de certaines activités.

En effet, « outre le caractère désagréable, voire douloureux d'une surstimulation sensorielle, quelle qu'en soit la nature, les capacités cognitives se trouvent considérablement réduites au cours de celle-ci, comme si la grande partie de l'énergie psychique était absorbée par cette surstimulation » (Caucal & Brunod, 2013, p.141). Donc, l'action psychomotrice auprès des environnements sensoriels permettrait aussi à la personne TSA de ne pas être limitée et favorise ainsi ses compétences au sein des activités.

- Une structuration temporelle :

« La structuration temporelle est un outil de compréhension du monde et de l'environnement qui permet au sujet de s'y adapter, de communiquer, de se socialiser » (Scialom et al., 2015, p.254).

Cette structuration va dépendre de la matérialisation de la durée et de l'organisation du temps afin que la personne puisse avoir des points de repère dans son quotidien. Pour matérialiser cela, on peut par exemple utiliser des pictogrammes, des photos ou des objets, ceux-ci devront être le plus en adéquation avec la compréhension de la personne.

L'emploi de temps doit être intégré afin que la personne se retrouve selon les différents temps d'une journée.

En MAS, le psychomotricien ne travaille pas seul, cette intégration temporelle requiert l'action de tout le personnel dans un souci d'autonomisation et de repérage de la personne.

3.3. Apports de stimulations sensorielles

Les particularités sensorielles assez présentes chez les sujets TSA peuvent se manifester de plusieurs manières. Comme énoncé plus haut, il existe l'hypersensibilité et l'hyposensibilité.

Dans le deuxième cas, la personne aura tendance à chercher à combler un manque d'informations sensorielles. En cherchant à combler cela, le sujet pourra alors exprimer des conduites qui pourront se traduire par des stéréotypies par exemple.

Le psychomotricien, en MAS, peut être confronté à différentes réactions du sujet comme des automutilations. Celles-ci peuvent être dues aux particularités sensorielles de la personne.

Il interviendra alors pour limiter certains comportements qui pourraient être dangereux pour la personne et son entourage en apportant certaines stimulations sensorielles face au manque de sensation par exemple.

Ces interventions en séance prendront en compte les différentes particularités de chacun et seront adaptées à celles-ci. En comblant le manque de sensation du sujet, le psychomotricien favorise la disponibilité de ce dernier, il favorise des sentiments d'apaisement, de communication et d'échange. En cas d'hyposensibilité proprioceptive par exemple, le psychomotricien peut apporter des stimulations sensorielles avec des objets lestés ou des pressions corporelles assez profondes.

O. GORGY (2017) explique que les techniques corporelles comme les pressions tactiles augmentent des capacités d'attention et de niveau de réponse de l'enfant TSA. Autrement dit, l'apport adapté de stimulations sensorielles favorise chez le sujet ses capacités cognitives, sa disponibilité.

3.4. Quelques médiations

En MAS, il y a des espaces dédiés à différentes médiations comme la salle Snoezelen ou encore la salle de bain thérapeutique. Je vais lister quelques médiations que j'ai eu à pratiquer avec la psychomotricienne lors de mon stage.

L'approche Snoezelen a été développée dans les années 1970 en Hollande par les psychologues néerlandais A. VERHUEL et J. HULSEGGE. Le terme de Snoezelen provient de *Snuffelen* qui signifie renifler ou sentir et *Doezelen* qui signifie somnoler ou simplement se laisser aller à la détente. On peut encore mentionner cette approche en parlant de technique de l'environnement multisensoriel contrôlé. Elle se pratique dans un cadre sécurisant et permet d'accompagner la personne grâce à de multiples stimulations sensorielles adaptées à la personne. Dans l'espace se trouvent divers éléments lumineux, sonores, tactiles, etc.

Cette médiation fait appel à tous les sens. Sa conception avait pour but d'apporter du plaisir, un bien-être et un épanouissement chez la personne. Chez le sujet TSA-DI, le psychomotricien peut par l'apport de cette médiation favoriser une coordination intermodale, des sens ou un apaisement psychocorporel.

Monsieur X, 54 ans a souvent tendance à se frapper la tête sur les baies vitrées ou les portes de la MAS. La psychomotricienne l'accompagne en salle Snoezelen pour lui apporter un moment d'apaisement, lui permettre d'explorer et de stimuler d'autres parties de son corps. La psychomotricienne souhaite également favoriser dans ce cadre sécurisant de nouvelles expériences corporelles, afin qu'il puisse prendre conscience de son corps.

Le toucher thérapeutique

Le toucher thérapeutique représente un contact cutané qui peut être direct (peau à peau) ou indirect par le biais de médiateurs variés, entre le psychomotricien et le patient ou résident (Buton & D'Astorg, s. d.)

Au préalable à cette médiation doit se créer une alliance, une relation basée sur la confiance. Toucher, c'est aussi être touché, il s'agit d'une propriété de réflexivité.

Le toucher thérapeutique apporte un certain enveloppement, une sensation de plaisir chez certaines personnes contrairement à d'autres. Ceci s'explique par le fait que le domaine affectivo-émotionnel va être convoqué et lors de la séance se mettra en jeu le vécu de chaque personne.

Sur le plan physiologique, il favorise une respiration harmonieuse, a des effets sur la circulation sanguine par exemple. Cette approche peut être importante pour le psychomotricien afin de créer une relation thérapeutique avec l'adulte TSA-DI en MAS, apporter un mieux-être en cas de douleurs par exemple, une détente et un effet d'apaisement chez la personne. Il a aussi des effets sur la baisse d'anxiété, le relâchement musculaire, le réinvestissement corporel.

II. Zoom sur le bain thérapeutique

1. L'eau, une source connue de tous ?

« L'eau c'est la vie ». Il s'agit là d'une expression couramment utilisée par plusieurs personnes. Cependant, cette expression me questionne énormément, car sur le plan historique ou même dans la vie de tous les jours, on est confronté à notre rencontre avec l'eau. Selon les catastrophes naturelles, par exemple, elle peut être une source destructrice. Alors, qu'est-ce qui fait de cet élément une source de vie ?

Nous commençons par dire qu'elle représente selon les auteurs environ 70 % de la surface de la planète Terre, environ 65 % du corps adulte et même que le fœtus est majoritairement composé d'eau, soit 94 %.

L'eau s'installe dans le quotidien de tout un chacun, dans les tâches ménagères, pour l'hygiène corporelle, l'élevage, les industries, etc. Elle représente donc un élément vital, car elle apparaît comme omniprésente dans le monde.

1.1. Définition

Selon le dictionnaire Larousse, l'eau est un corps liquide à la température et à la pression ordinaires, incolore, inodore, insipide, dont les molécules sont composées d'un atome d'oxygène et de deux atomes d'hydrogène.

1.2. Les fonctions de l'eau

L'eau est donc cette source qui comme vu plus haut servira et accompagnera l'être humain tout au long de sa vie. Elle a donc plusieurs fonctions :

- Une eau originelle et nourricière :

Sur le plan historique, plusieurs civilisations se sont édifiées sur l'eau. L'eau s'est retrouvée sujet de plusieurs mythes, et représentait un lien entre le plan physique, énergétique, émotionnel, psychique et spirituel. Considérée comme le sang de la Terre, elle était vénérée dans plusieurs traditions (exemple de l'Inde avec les eaux du Gange).

Cette notion d'eau originelle pourra aussi s'expliquer par les premières formes d'apparition de la vie sur Terre il y a 3,5 milliards d'années dans les profondeurs abyssales. Dans le domaine religieux, elle est aussi source de l'origine de la vie par exemple dans le Coran : « *Dieu a créé tous les êtres vivants à partir de l'eau* » (24 : 25).

Cette notion d'eau originelle et nourricière s'étend jusqu'au corps. En effet, C. POTEL (2014) considère qu'à l'origine du corps, il y a l'eau. Elle décrit cette eau comme étant le liquide amniotique dans lequel le fœtus baigne et est bercé, ce liquide dans lequel il est protégé. Dès lors, il existe selon elle une dépendance originelle entre le corps et l'eau. Cette dépendance se définit à la naissance par trois éléments indispensables que sont la perte des eaux, le premier bain ou rinçage du bébé et son premier réflexe qui est la tétée. L'eau a donc cette fonction nourricière pour le bébé et tout être vivant. Pour elle, « *L'eau est à chaque fois au premier plan* » (POTEL, 2014, p.40). Pour elle, l'eau est indispensable et est toujours en amont de l'existence de l'Homme.

- Une eau aux multiples fonctions métaboliques

Elle va permettre d'une part le maintien de la température du milieu interne en absorbant la chaleur puis en la libérant sous forme de sueur : il s'agit de la thermorégulation. Elle joue aussi un rôle primordial dans le transport de différents nutriments, hormones, enzymes et de l'excrétion de ceux-ci sous leur forme dissoute vers l'extérieur des cellules. Elle joue aussi un rôle dans le transport de l'oxygène aux cellules. Elle participe même l'élimination des déchets métabolique par les urines. Sur le plan chimique, elle intervient dans plusieurs réactions. On peut citer ici la glycolyse qui sert à la production d'Adénosine Triphosphate ou ATP (E-santé, s. d.).

S'hydrater permettrait aussi une lubrification des articulations en limitant les frictions des articulations. Elle facilite la digestion et participe à un transit de qualité dans les intestins (Waterlogic, 2021).

Sur le plan mondial, l'eau est nécessaire pour toutes les espèces vivantes, la régulation du climat et des écosystèmes, l'amélioration du cadre et vie et la création d'activités récréatives. Elle est indispensable dans les industries agroalimentaires par exemple, l'agriculture et donc pour l'alimentation. Actuellement, le risque de manquer d'eau inquiète de plus en plus les populations et des programmes d'action pour le climat et l'eau se mettent en place.

1.3. L'eau, de l'Antiquité à nos jours

Dans l'antiquité, l'hydrothérapie s'inscrivait dans une logique humorale. Les bains étaient nécessaires pour la recherche de rétablissement et d'équilibre des humeurs.

Ils servaient aussi au saisissement corporel. Cette logique s'appliquait à toutes les formes d'hydrothérapie (douches, bains ou boissons), nous explique H. BROSSEAU (2002).

Auparavant, le nettoyage de la peau avait une valeur très symbolique dans la purification de l'esprit ainsi que l'hygiène corporelle. Les Grecs plongeaient les statues des dieux ou des déesses, car il y avait une vertu thérapeutique des bains par immersion.

Ceci s'est rattaché au soin des troubles mentaux par immersion des malades dans des piscines sacrées appelées « *Ascleipeia* ». Mis à part les soins, il y avait aussi une grande place à la recherche de plaisir que procurait l'eau. Selon les traditions millénaires par exemple, on voit par exemple la construction de grandes sources, de stations thermales de plus en plus importantes par les Égyptiens, les Grecs et les romains. Ces constructions viennent confirmer les grandes fonctions et cette recherche de plaisir et de soins.

Au moyen-âge, l'eau est devenue un vecteur de multiples maladies. Les étuves ou encore, les bains publics étaient assimilés à des lieux de débauche. Il y a eu une apparition importante d'épidémies qui posait question notamment sur l'hygiène du corps par rapport aux bains. Les étuves publiques sont donc de plus en plus fermées au profit des douches sèches qui commencent à se développer.

Pendant la renaissance, cette crainte liée à l'eau et aux douches humides persiste. La toilette sèche se développe encore plus et prend le dessus. Ces toilettes se font par l'utilisation de linge imbibé de parfum par exemple. On peut voir ici un rapport au corps. La recherche d'un corps présentable, qui sent bon comme synonyme de santé. Même si les douches sèches sont souvent réservées à des personnes d'une classe sociale plus élevée, des fascinations pour les eaux thermales vont se développer chez de grands personnages comme Louis XIII. Ce dernier se rend avec Anne d'Autriche à Forges-les-Eaux pour soigner les coliques et les problèmes de fertilité de la reine.

Au XIX^{ème} siècle, avec le courant aliéniste, se développent les stations thermales. Cette période représente l'âge d'or du thermalisme français.

Au niveau des soins psychiatriques, il y a cette expression de « *soigner les aliénés* » qui se développe notamment avec Esquirol qui souhaite « briser la chaîne vicieuse des idées » par « des secousses morales ». Un traitement de choc dont les méthodes se basent sous plusieurs formes d'application comme les trémousseurs, les casques vibrants, des bains surprises par immersion brutale, se développent et s'intègrent au traitement moral afin de secouer le corps pour le guérir et remettre un ordre dans les idées et apaiser la personne.

En psychomotricité, plusieurs professionnels utilisent l'eau dans des activités comme la pataugeoire, la piscine sonore, le bain thérapeutique, etc.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à ce sujet et ils sont aujourd'hui incontournables lorsqu'on évoque le sujet de l'eau. Il y a, par exemple, C. POTEI et A-M. LATOUR qui apportent des réflexions sur l'apport de l'eau auprès de différentes populations (les bébés, les femmes enceintes, les personnes âgées), la question de l'eau et de l'image du corps et même les questions du rapport de l'eau avec certains troubles ou pathologies comme le Trouble du Spectre de l'Autisme, etc.

La médiation aquatique semble être un véritable partenaire de la pratique psychomotrice. Cependant, son utilisation nécessite une connaissance du rapport qu'entretient le patient, le résident avec l'eau.

1.4. Le symbolisme de l'eau

L'eau est constituée d'une richesse infinie et elle entretient un rapport unique et particulier avec chaque personne. L'eau est capable d'émouvoir, d'inquiéter, de fasciner. Elle est dans un premier temps, symbole de vitalité. L'eau est symbole de vie grâce à ses caractéristiques nourricières pour les êtres vivants par exemple. Sans elle, beaucoup d'actes ne pourraient s'accomplir. Elle est aussi source de dépassement de soi, de plaisir par exemple lorsqu'on apprend à nager. Mais, elle peut aussi être source de mort, d'assèchement, de vide. L'eau peut être destructrice et source d'un vécu angoissant, c'est le cas des noyades. Les catastrophes naturelles expliquent bien ce caractère destructeur avec notamment des inondations, des tempêtes. L'eau peut générer des sensations de bonheur, de plaisir tout comme de la peur, des angoisses, ou du déplaisir. Quelles sont donc les caractéristiques de cette eau qui peut engendrer à la fois des sentiments d'ambivalence chez la personne ?

1.5. Les caractéristiques de l'eau

La poussée d'Archimède : « tout corps plongé dans un liquide reçoit de la part de celui-ci une poussée verticale, dirigée du bas vers le haut, égale au poids du volume du liquide déplacé » (Potel, 2014, p.167).

L'apesanteur désigne l'état d'un corps sur lequel la force d'attraction d'un autre ne se fait pas sentir. Contrairement à la notion de pesanteur qui va s'associer à ce qui a un poids autrement dit, ce sur quoi la force de gravitation d'un autre corps s'exerce. D'une certaine façon on peut dire que la pesanteur représente donc le poids d'un objet ou d'une personne (Adrian, 2021).

Lorsque nous sommes immergés, il y a cette sensation de corps plus léger, c'est la poussée d'Archimède qui va venir produire cet effet allégeant sur notre corps.

Cela conduit donc à une diminution apparente de la pesanteur qui facilite donc le portage, les mouvements (Leclerc, 1998).

Cet allègement offre à la personne des possibilités motrices, un effet plutôt relaxant par le fait de se sentir porter.

Le psychomotricien va accompagner la personne qui est dans l'eau, il va venir encourager l'expérimentation et la découverte de nouveaux mouvements afin de permettre une mobilisation et une expression corporelle chez la personne (Adrian, 2021)

La pression hydrostatique : « un corps plongé dans un liquide va subir une pression égale au poids de la colonne de liquide située au-dessus de lui. Elle varie en fonction de la profondeur » (Potel, 2014, p167).

Elle va constamment stimuler les parties du corps qui sont immergées. De la sorte, elle stimulera aussi les sens proprioceptifs et extéroceptifs afin de permettre une meilleure perception du corps. Grâce à cette pression hydrostatique (qui augmente avec la profondeur d'immersion), il y a donc ce sentiment d'enveloppement et d'unification du corps entier. La vitesse de déplacement peut permettre un ralentissement à l'exécution de certains mouvements chez la personne. Ce ralentissement peut jouer sur la perception et l'intégration du mouvement donnant du temps à la personne de mieux se sentir et expérimenter dans l'eau. (Leclerc, 1998).

La résistance hydrodynamique : « Un corps en mouvement dans un liquide subit une résistance qui s'oppose à son avancement. Elle dépend du coefficient de résistance du liquide, de la surface du corps, de l'angle d'attaque et de la vitesse de déplacement » (Potel, 2014, p.167).

Cette résistance hydrodynamique est grande et supérieure à celle de l'air. C'est la raison pour laquelle il y a énormément d'efforts à fournir pour la réalisation des mouvements dans l'eau. Ceci va intensifier les informations extéroceptives et proprioceptives et causer l'augmentation des ressentis corporels.

Échanges thermiques : « un corps chaud fournit spontanément de la chaleur à un corps froid. Cet échange thermique tend à l'égalisation des températures des deux corps » (Potel, 2014, p.168). Il s'agit de la loi de diffusion de Fick. Ces échanges sont plus importants dans l'eau que dans l'air. La température de l'eau aura des effets sur le relâchement musculaire et jouera donc sur la relaxation de la personne. Cet échange influencera de la sorte l'activité motrice.

La transparence : on dit d'un corps qu'il est transparent lorsqu'il se laisse aisément traverser par la lumière, et qu'il permet de distinguer les objets à travers son épaisseur (Larousse, s. d.)

La transparence est importante, car elle va permettre à l'individu d'appréhender la profondeur et de continuer à voir son corps ou les objets immergés dans l'eau. Cependant, la surface de l'eau étant déformable et réfléchissante, les éléments immergés pourront être vus de façon différente. Ceci peut par exemple expliquer les sentiments de peurs ou d'étrangeté liés à l'eau lorsque des parties du corps immergées ont été vues.

La profondeur : changer de profondeur va permettre d'expérimenter son corps, et de jouer avec ses différentes sensations. Ceci permettra également d'appréhender les variations de poids du corps, de température.

2. Une médiation aux multiples ressources

Dans la prise en soin psychomotrice, le choix de la médiation est important. En effet, M. RODRIGUEZ (2019) explique que la psychomotricité est souvent catégorisée comme thérapeutique à médiation corporelle. Comme on a vu, l'eau a de multiples fonctions, mais on peut aussi l'utiliser avec des objectifs thérapeutiques.

Sur le plan historique, le terme de médiation est d'abord apparu dans le domaine juridique puis s'est étendu en pédagogie et dans les techniques de soin. La médiation artistique a été la première à émerger dans le milieu du soin (Brun, 2007).

Ce terme de médiation provient du latin *mediare* qui signifie « être au milieu de », « s'interposer ». Dans le cadre d'un soin, elle sert donc en quelque sorte d'intermédiaire entre deux personnes.

« La médiation est une technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder » (Giromini, 2017, p.51). C. POTEL (2015) rejoindra cette définition en disant que la médiation propose un accordage, une mise en accord et en partage. En effet, dans la relation, il faudra être ensemble disponible et disposé afin de construire quelque chose de solide. Il faudra faire preuve de qualité relationnelle afin de vivre et de partager des expériences.

La médiation doit servir d'intermédiaire à la rencontre entre le psychomotricien et le patient afin qu'il y ait de la transformation, des effets de changement d'intégration et de structuration de la personnalité.

L'entrée en interaction doit se faire dans un climat chaleureux et bienveillant afin de permettre l'expression corporelle de chacun. La médiation doit être comme cet élément sur lequel va s'appuyer le psychomotricien afin de favoriser l'expérimentation du patient. Cette médiation ne doit pas représenter une limite, un blocage ou une barrière, mais doit en tout temps servir pour une alliance et un accordage thérapeutique (Potel Baranes, 2006).

D. WINNICOTT parle d'espace transitionnel, ou d'aire transitionnelle. La médiation sera cette zone intermédiaire entre le professionnel et la personne.

En psychomotricité, C. POTE (2006) explique que la médiation corporelle offre un espace et un objet communs. Pour elle, cet objet est à partager et à créer.

Cet objet caractérise également un témoin de la relation qui va se créer entre deux ou plusieurs personnes (Potel, 2006).

Cet espace de rencontre doit offrir la possibilité à la personne de faire des expériences. Il doit être un lieu de sensations et de perceptions, un espace où se traduiront les éprouvés corporels. Ceci impliquant une qualité d'observation, d'écoute, de disponibilité du professionnel et de son investissement corporel dans la relation. La médiation va avoir un impact sur la construction ou la reconstruction identitaire de la personne dans le cadre de cette relation qui implique des échanges. Elle va venir faciliter le sentiment d'identité et de continuité du sujet dans un sentiment d'existence de soi.

La médiation est donc cet espace qui donne forme aux éprouvés corporels, mais elle met aussi en avant l'invention, la créativité et l'expression de soi. En ce qui concerne la créativité, elle dira que : « la créativité de chacun est convoquée sur la scène de l'espace transitionnel. Et le plaisir aussi ! » (Potel, 2006, p.49). La médiation dépend donc étroitement de la dynamique liée entre ce que va renvoyer le professionnel et le patient dans leur engagement corporel.

Pour elle, la médiation apportera un processus de symbolisation grâce aux ressources psychiques et corporelles tout en accordant de l'importance aux éprouvés corporels. La symbolisation permettra donc ce passage de l'indifférencié au différencié grâce à la prise de conscience de ce qui était inconscient jusqu'ici. Les expériences vécues (en lien avec des représentations subjectives ou objectives du sujet) se retrouveront reliées à une mise en sens.

L'objet doit être investi afin de permettre une facilitation des expériences et constituer une base de soutien aux expérimentations.

Une médiation doit donc, offrir un espace d'expérimentation, d'investissement d'un plaisir corporel, un espace qui facilite l'expression, la créativité, la structuration de soi et l'engagement corporel et psychique du professionnel et de la personne. (Potel, 2010).

Une notion importante qui apparaît ici est donc le médiateur. « Le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui. Il n'est pas utilisé pour la transmission d'un savoir ou d'un savoir-faire au titre d'un apprentissage » (Giromini, 2017, p.51-52).

Dans ce même processus, plusieurs travaux mettent en avant la notion de médium. En reprenant les travaux de la psychanalyste M. MILNHER, le psychanalyste, psychologue et professeur R. ROUSSILLON parlera de médium comme : « objet transitionnel du processus de représentation. » (Roussillon, 2013, p.165). Pour lui, le médium va prendre des formes variées selon la façon dont chacun s'en saisira.

Le médium est donc : « une substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont transférées au sens » (Potel, 2014, p.57). Il permet d'extérioriser la réalité qui est interne afin de mettre en forme ce qui ne peut pas directement se jouer ou être mis en avant dans la relation avec le thérapeute.

R. ROUSSILLON va nommer la terre, la pâte à modeler et même l'eau comme médium malléable. Ce qui nous intéresse ici c'est l'eau. Il présente cinq caractéristiques spécifiques du médium malléable que nous pouvons retrouver dans l'eau (Roussillon, 2013).

L'indestructibilité : ici, le médium ne s'altère pas et il a la possibilité de retrouver sa position de départ. Si par exemple l'eau est frappée, si une quelconque agressivité est exprimée sur celle-ci, elle ne se détériorera pas. La violence apportée sur celle-ci ne la dénaturera pas. Elle accueille les pulsions destructrices sans jamais être détruite. A-L. DUGGAN (2015) parlera de richesse de l'eau : dans la relation toutes les pulsions de destruction qui ne peuvent être projetées sur le médiateur seront accueillies par l'eau sans que celle-ci ne perde son état initial et n'exerce de rétorsion à l'égard de celui qui la frappe.

L'indéfinie transformation : selon les contenants, l'eau va prendre et changer de forme. Elle se prête aux jeux de manipulation et de transvasement.

L'extrême sensibilité : chaque action du sujet va avoir un effet sur le médium. L'eau par exemple va réagir selon les gestes ou les mouvements de la personne.

La disponibilité : il s'agit ici de la présence de l'objet. Cet objet qui se prête aux différentes manipulations et expériences. L'eau est toujours disponible à chaque séance par exemple.

La qualité vivante : le médium malléable va toucher, envelopper ou même porter. L'eau va être animée, car le sujet va effectuer des mouvements liés à ses ressentis. L'eau peut donc être considérée à certains moments comme une substance *vivante*.

Comme dit plus haut, le choix de la médiation est important dans la profession du psychomotricien. Plusieurs critères entrent en compte dans ce choix comme la pathologie de la personne, la sensibilité de celle-ci, le cadre dans lequel la médiation se fera, la demande du sujet et du corps institutionnel. Dans ce choix de la médiation, POTELE perçoit l'eau comme :

Un espace transitionnel avantageant la relation. Dans celui-ci, la relation doit être privilégiée afin de faciliter l'expérience corporelle. Ici, l'objet d'investissement intermédiaire est important. Dans cet espace, se partageront des échanges, des créations afin de faciliter et d'aider à la transformation des éprouvés en représentation.

Une aire de jeu qui va soutenir des explorations psychomotrices. Des explorations qui pourront être structurantes pour le sujet.

Un lieu de rencontre dans lequel se tisseront des liens et une relation de qualité.

Un travail rééducatif dans lequel le réengagement fonctionnel de la personne sera mis en avant (Potel, 2014, p.25)

3. Le bain thérapeutique

3.1. Quelques généralités

Le terme de bain est issu du latin « *balneum* » qui désigne l'action de plonger le corps ou une partie du corps dans l'eau.

L'Homme a une histoire particulière avec l'eau et le bain représente une pratique ancienne qui s'est développée dès l'Antiquité, notamment dans les prises en soins de certaines maladies.

Il s'agit d'une médiation utilisant l'eau comme médiateur. Elle se déroule pour un patient au sein d'une institution et nécessite au préalable la constitution d'un projet, d'un cadre d'une salle spécifique dotée d'un aménagement de qualité avec le matériel de réalisation du bain. Cette pièce doit être douce, structurée et apaisante.

La température de l'eau est importante. Car, comme vue plus haut, elle va apporter de la détente musculaire, des vertus décontractantes. Le bain est donc un espace hypostimulant dont les séances doivent se dérouler dans un environnement calme et sécurisé (Duggan, 2015).

Comme toute médiation aquatique, il y a un préalable lié à l'accueil de la personne bénéficiant de ce bain, à l'accompagnement du thérapeute, l'animation ou les soins.

Au niveau de l'accompagnement : le thérapeute n'impose pas une quelconque façon d'agir, il ne pousse pas le patient, mais il représente une présence soutenante et sécurisante.

Les objectifs peuvent varier d'une personne à l'autre. En effet, cette pratique se fait de façon individuelle. Le bain thérapeutique implique l'instauration d'un cadre stable, donc les séances sont régulières afin d'offrir des repères spatio-temporels, afin d'avoir un accompagnement sécurisé et contenant. Elle doit offrir de la détente, de l'exploration, de l'expérimentation, de la découverte de sensations et de plaisir corporel. Elle va jouer sur le relâchement tonico-émotionnel et la contenance dans l'eau peut apporter un sentiment de conscience corporelle favorisant la centration à soi et la présence au moment présent. Le sentiment de portance ou de « holding » et « handling » apporté par le professionnel ajoutera ce sentiment de contenance favorisant la confiance, l'alliance thérapeutique et la facilitation d'échange. L'accompagnement psychomoteur permet le lâcher-prise, la présence à soi, à l'environnement. Le bain thérapeutique permet une mobilisation sensorielle, relationnelle et même affectivo-émotionnelle.

Sur le plan pratique, le bain thérapeutique requiert plusieurs étapes. Les différentes phases du bain thérapeutiques dépendent aussi du lieu d'application et de la personne accompagnée. Dans la MAS où j'ai effectué mon stage les différentes étapes au bain étaient :

- La préparation du matériel et de la salle de bain.
- L'agencement de l'espace qui doit être stable, car une quelconque modification pourrait être un facteur perturbateur pour la personne.
- L'accueil du résident. Selon les institutions, l'accueil peut varier. Souvent, il y a la rencontre du résident sur son lieu de vie avant de l'accueillir dans la salle dédiée pour le bain.
- L'accompagnement jusqu'à sa chambre pour plusieurs raisons. Notamment pour le choix de ses vêtements.
- L'accompagnement du résident dans la salle de bain commune de l'unité de vie. Comme les autres étapes, celle-ci est importante, car ici, le psychomotricien par son sens de l'écoute et de l'observation aura déjà pu voir l'état de la personne afin de s'ajuster pour la suite.

- Le déshabillage du résident est une étape indispensable. Le résident peut avoir besoin d'une guidance verbale ou d'une aide pour enlever ses vêtements et chaussures, mais aussi pour mettre un maillot de bain.
- L'entrée dans l'eau. Le psychomotricien doit accompagner le résident jusqu'à la baignoire afin de limiter des risques de chutes, mais aussi pour rassurer la personne par sa présence sécurisante.
- Le temps passé dans l'eau
- La sortie de l'eau qui doit être accompagnée.
- Le séchage et le rhabillage du résident.
- L'accompagnement du résident sur l'unité de vie.
- La désinfection et le rangement du matériel.

3.2. Quelques concepts fondamentaux psychomoteurs abordés à travers cette médiation

Le tonus est une notion essentielle en psychomotricité. « Le tonus constitue le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement et se trouve en cela au carrefour du psychique et du somatique. » (Scialom et al., 2015, p.161). C'est en quelque sorte une toile sur laquelle viendront s'articuler le maintien de la posture, le fonctionnement musculaire dans le domaine de la motricité, la vie affective, émotionnelle du sujet ainsi que ses interactions avec le milieu dans lequel il évolue.

Ce mot vient du grec *tonos* qui signifie tension. Le tonus musculaire qui se définit comme étant : « la réaction d'un muscle à son propre étirement ou la sensibilité du muscle à son propre étirement » (Scialom et al., 2015, p.161)

DE AJURIAGUERRA dira que le tonus est la toile de fond de nos émotions. Comme pour dire que celui-ci est intimement lié à la vie émotionnelle du sujet. Ses ressentis peuvent avoir un effet sur le tonus. Le tonus ne peut donc pas être uniquement considéré dans le cadre de la motricité ou de la dynamique de mouvement.

De la sorte, H. WALLON considère la fonction tonique comme le faisceau commun du mouvement, des émotions et de l'intelligence. Il développe le « dialogue tonique » en 1930 et pour lui se jouera constamment et dans l'ajustement, l'état tonique de la mère et de son bébé. Pour lui cet ajustement dépend non seulement du porter, du palper, du parler, mais aussi du penser. Ces quatre domaines confèrent un lien tonique, sensoriel et affectif à l'échange mutuel des deux sujets. Cette communication se fait sans échange de parole. Par des regards, des sourires, des touchers et des mimiques. (Scialom et al., 2015).

En effet, le psychomotricien va décrypter la qualité tonique de la personne qui bénéficie du bain, la qualité de son regard afin d'adapter et de moduler son propre tonus au sien (Duggan, 2015).

DE AJURIAGUERRA (1977) parle à son tour du dialogue tonico-émotionnel. « Le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge » (Bachollet & Marcelli, 2010). Ceci renvoie donc à s'intéresser aux émotions. Le dialogue tonico-émotionnel peut permettre les ajustements dans la relation par la compréhension des états de l'autre.

De ces différents éléments on peut comprendre que dans le milieu aquatique, le tonus de la personne sera modifié. Non seulement dans le cadre de la température de l'eau, mais aussi par la relation avec le professionnel. Chaque acte, parole ou réaction faite par le psychomotricien pourra avoir un impact sur le tonus de la personne. Tous les tonus, de fond, d'action ou même postural de la personne seront susceptibles d'évoluer dans l'expérimentation, l'exploration de nouvelles positions.

Par ce dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien observera le langage corporel de la personne pour tenter de comprendre son état interne et pour lui offrir une meilleure adaptation.

Le schéma corporel : des différents enseignements théoriques et pratiques que j'ai eu au sein de notre institut de formation, j'ai appris que le schéma corporel et l'image du corps constituent la base des représentations corporelles. En effet, ce concept participe à la cohérence de la relation à soi, à l'autre et à son environnement. De la sorte, plusieurs auteurs ont travaillé sur les notions de schéma corporel et d'image du corps.

De AJURIAGUERRA a défini le schéma corporel en 1970 comme étant : « *Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » (Golse & Simas, 2008, p.131).

Ainsi, on comprend bien qu'il est un point autour duquel gravite notre relation à soi et au monde dans lequel on est. Souvent, on a tendance à dire que le schéma corporel est le contraire de l'image du corps or il s'agit de deux notions qui se complètent.

En effet, l'image du corps est propre à chaque personne, elle est intimement reliée au vécu personnel, à la subjectivité de toute personne.

En 1984, F. DOLTO insistera sur le lien entre schéma corporel et l'image du corps. En effet, cette image du corps portée par – et croisée au schéma corporel confère à l'individu une entrée en communication avec autrui (Pacoret, s. d.)

Pour elle, cette image du corps est donc « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, une mémoire inconsciente du vécu relationnel et en même temps elle est actuelle, vivante, en situation dynamique à la fois narcissique et interrelationnelle » (Boulze-Launay & Rigaud, 2018, p.27).

Ainsi, ces notions qui permettent d'une part une connaissance de soi, de se situer et de rencontrer vont être indispensables dans le bain thérapeutique. L'eau à la croisée des différentes impressions subjectives va apporter des modifications, tant sur le plan psychique, que physique, émotionnel et affectif de la personne. En effet, en milieu aquatique, il y a une réorganisation du fonctionnement de notre représentation corporelle. Ceci est dû à la présence des différentes stimulations sensorielles de ce milieu et leurs effets sur la personne. Dans l'eau, les impressions tactiles sont constamment présentes et que ce soit le toucher apporté par les mains, les objets ou même l'eau, elle confère une variation de sensations importantes.

Ceci peut se caractériser par les pressions, les variations de température susceptibles de modifier le ressenti de la personne dans l'eau et les modifications de perception sensorielle sur la peau.

DE AJURIAGUERRA nous dit aussi que ce schéma corporel va aussi reposer sur les impressions kinesthésiques. En effet, dans l'eau, il est possible que le corps soit immergé en facilitant ainsi certains mouvements ou en empêchant d'autres par la résistance du milieu. Ce phénomène peut être mieux observé dans une piscine que dans une baignoire qui est à taille plus réduite.

Cependant, l'organisation tonique et musculaire de la personne se retrouve modifiée. De la sorte, il y a aussi une réorganisation des informations ainsi que de leur traitement au niveau du système labyrinthique. Il peut y avoir des déséquilibres, des changements constants de position même si la personne peut rester couchée ou en position demi-assise. Les ajustements posturaux sont donc une condition nécessaire dans le milieu aquatique. Les afférences visuelles aussi sont réorganisé en changeant de position, on peut aussi changer la direction du regard.

Tout ceci se déroule dans un cadre spatial de référence où tous nos gestes, mouvements, actions qu'elles soient minimales ou importantes prendront une signification.

Tous ces changements dans l'eau influenceront aussi l'image du corps de la personne. En effet, la façon dont le corps apparaît dans l'eau et la façon dont la personne se l'imagine peut varier. L'eau confronte la personne à ses éprouvés corporels, à la façon dont il se pense et s'imagine.

L'enveloppe : « Les sensations de peau sont au premier plan dans cet enveloppement de l'eau » (Potel, 2014, p.53). La peau est une membrane protectrice qui délimite l'intérieur du corps et l'environnement dans lequel le sujet évolue.

Le psychanalyste D. ANZIEU dira que : « le concept du Moi-Peau, désigne 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 à partir de son expérience de la surface du corps » (Anzieu, 1985, p.39).

Pour lui, la peau est non seulement une enveloppe physique, mais aussi psychique. Il définit par la suite trois grandes fonctions de cette peau. Dans un premier temps, la peau : « est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulé ».

Ensuite, comme seconde fonction, la peau « est l'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres êtres ou objets ».

Et en dernière fonction, « La peau [...] en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations signifiantes ; elle est, de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci ».

Pour Anzieu, il s'agit donc d'une enveloppe contenante. Elle offre non seulement une limite au corps, mais aussi à la pensée.

L'eau offre à la personne qui y est immergée l'expérience de l'étanchéité de la peau, de son corps. Ceci revient à dire qu'au contact de l'eau le corps a une limite entre le dedans et le dehors. La peau représente donc cette barrière ou cette frontière physique entre le milieu interne et externe du corps. D. ANZIEU établit plusieurs caractéristiques entre les fonctions de la peau et celles du Moi qu'on peut étendre à la médiation aquatique.

Le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme, de contenance, de pare-excitation pour la protection contre les agressions, d'intersensorialité en reliant les sensations diverses et d'inscription des traces sensorielles tactiles. Toutes ces caractéristiques, lorsqu'elles sont bien intégrées, participent à la construction et l'individuation du Moi.

Dans le bain thérapeutique, le corps peut être entièrement touché par l'eau. Il se retrouve donc enveloppé. L'enveloppement confère à la personne un sentiment de contenance, d'unification corporelle et de continuité d'existence.

La communication et la relation dans l'eau. Les corps du psychomotricien et de la personne qui bénéficie du bain thérapeutique sont constamment en interaction tout au long de la séance. Le sujet peut communiquer de façon verbale et ainsi exprimer ses ressentis, mais il peut aussi ne pas avoir accès à cette communication verbale. C'est le cas de mon expérience en MAS.

De ce fait, le corps du psychomotricien est autant engagé que celui du résident lors des différentes séances. Le Holding représente le portage et le Handling les soins apportés par le psychomotricien. Grâce à ces deux notions, le psychomotricien pourra partager dans un langage non verbal, mais plutôt corporel un dialogue avec le patient ou le résident. Dans ce bain, va se créer un dialogue tonico-émotionnel qui va être à la base d'une communication dans cette relation duelle. L'alliance et l'accordage affectif vont dépendre de la capacité d'ajustement du professionnel et du patient, de l'écoute, de la qualité de réponse et de ses observations.

Ils participeront alors à cet échange non verbal qui permettra non seulement l'exploration, mais aussi l'investissement corporel. Il s'agit d'un échange sensoriel qui demande donc au psychomotricien d'avoir une attitude d'empathie, de s'ajuster sur le plan postural, tonique et émotionnel. Cet échange se verra aussi dans le regard. En effet, le tonus de chacun est primordial, les mimiques, mais aussi la fonction du regard. Le psychomotricien devra porter une attention particulière au regard qui sera susceptible d'accompagner l'expression corporelle.

Ce regard peut véhiculer des émotions au niveau du patient et ainsi informer le psychomotricien sur l'état actuel de celui-ci (sa concentration, sa vigilance, une fatigabilité, etc.). De son côté, le psychomotricien doit porter un regard empathique, bienveillant vide de tout jugement.

Dans l'eau, les stimulations sensorielles sont intenses et variées. Les effets sensoriels en milieu aquatique permettent de différencier les sensations.

En effet, l'eau est pourvoyeuse de flux sensoriels. Elle attire vers tous les sens et permet à la personne de mieux s'orienter et de capter les stimulations afin qu'elle élargisse son champ d'action.

Au niveau de la sphère visuelle : « Les flux visuels participent à la régulation de la posture du corps et de son orientation, ils permettent de comprendre que l'on peut être mobile dans l'espace » (Duggan, 2015, p.135). Dans l'eau, les perceptions visuelles peuvent être perturbées. La présence d'objets flottants ou encore les scintillements des lumières à la surface de l'eau en mouvement peuvent-être captatif du regard, attirant, agréable ou désagréable. La réfraction donne une perception différente des parties du corps immergé : elles paraissent déformées.

Sur le goût, il peut arriver que le résident qui bénéficie du bain thérapeutique goûte ou boive l'eau. La personne qui bénéficie du bain peut avaler, faire des bulles, laisser couler ou projeter l'eau qui se trouve dans sa bouche. Le jeu s'installe et exprime un retour à une expérimentation précoce d'exploration de la bouche comme l'explique A-L. DUGGAN (2015).

Pendant les bains thérapeutiques, Madame Angélique a tendance à avaler de grandes quantités d'eau. Elle le fait rapidement et montre beaucoup de plaisir (sourires, rires) en l'absorbant. Lors d'une séance, elle met de l'eau dans sa bouche, mais ne l'avale pas. Elle projette devant elle et recommence le processus. Elle semble enjouée et m'interpelle pour que je la regarde faire. J'ai l'impression que cela lui procure du plaisir et lui apporte des sensations agréables.

Dans l'eau, les références auditives sont aussi modifiées. A-L. DUGGAN (2015) dira qu'elles sont modifiées par la conduction phonique et la propagation des ondes. Il y a des effets retrouvés sur la membrane tympanique.

L'eau a aussi des **effets psychiques, émotionnels et même fantasmatiques**. L'eau du fait de son histoire particulière avec chaque personne pourra plus ou moins activer des émotions agréables ou désagréables. Par le vécu, et la subjectivité de chacun, elle mettra en jeu la mémoire et sera susceptible de réactiver certains souvenirs.

De la sorte, elle ranime et accueille les activités pulsionnelles qui peuvent se projeter sur elle afin d'aider à contenir certaines angoisses (angoisse de chute, d'étouffement, d'envahissement, etc.). L'eau renvoie chacun à ses limites et amène à revisiter l'image de son corps. (Duggan, 2015).

La proxémie : il est indispensable de parler de la qualité de la distance dans les prises en soin des soignants. En effet, celles-ci varient selon le type de prise en charge.

La distance s'adapte à la personne, son état et le type de pratique. Dans le bain thérapeutique, le professionnel aura tendance à être souvent proche de la personne. E. HALL a commencé à développer la notion de proxémie dans les années 1963. Pour lui, il s'agit d'une distance qui s'établit entre plusieurs personnes qui sont en interaction (Pitte, s. d.)

Il s'agit en quelque sorte de la manière dont la distance sera perçue et gérée. Elles peuvent varier selon plusieurs éléments comme la culture, le type de relation mis en jeu, l'état actuel de la personne, ses émotions et même les lieux où se déroulent les interactions.

Ici, on peut souligner l'importance du cadre et de la qualité de la relation entre le psychomotricien et les résidents. E. HALL va lister quatre types de distance qui dépendent soit d'un mode proche ou lointain. Pour lui, la distance intime est inférieure à 40 centimètres.

Dans la distance intime, il y a un fort apport de la communication non verbale, et sont mises en jeu la majorité des informations sensorielles produites par les personnes engagées.

La distance personnelle va varier de 45 centimètres à 1,25 mètre. Elle concerne les amitiés, dans celle-ci on peut toucher l'autre et on peut discuter de sujets personnels. La distance sociale quant à elle va de 1,20 à 3,60 mètres. Elle concerne les connaissances et la communication verbale va prédominer ici. C'est par exemple le cas des relations professionnelles selon lui.

Et enfin, la distance publique qui va au-delà de 3,60 mètres, elle peut même dépasser les 7,50 mètres. Elle se situerait hors du cercle qui concerne directement l'individu. (Pitte, s. d.)

Cette notion de proxémie, de qualité de distance, est à questionner dans la relation thérapeutique et la prise de bains thérapeutiques. Comme vu plus haut, être dans l'eau nécessite un accompagnement de qualité.

Une interaction constante se jouera dans ce cadre bien défini. La qualité d'échange, les réponses apportées, la distance qu'occupera le professionnel sont indispensables. La juste distance favoriserait la rencontre et le contact avec l'autre, l'échange et l'écoute, le respect et favoriserait la dignité du résident, la bienveillance et bienfaisance, le consentement et l'intimité.

La proximité avec le résident est encore renforcée surtout que l'eau représente cet intermédiaire où le toucher entrera énormément en jeu. On peut dès lors se poser la question de l'intimité à soi et à l'autre.

3.3. La question de l'intimité dans la relation duelle

Il me semble important de développer cette question de l'intimité. La rencontre du corps d'autrui qui est en partie dénudé peut questionner, peut paraître difficile ou même complexe. L'approche de chaque acteur de soin et d'accompagnement est singulière, unique et individuelle.

Dans la relation, se retrouvent confrontées plusieurs subjectivités, des éléments propres à l'histoire de chacun. Raison pour laquelle le professionnel doit prendre en compte ses ressentis et ceux de celui en face de lui afin d'apporter des réponses appropriées aux réactions de ce dernier.

Dans l'eau se jouent plusieurs choses, notamment la question du plaisir et du déplaisir. Comme vu plus haut, chacun a une histoire personnelle avec l'eau.

Elle peut évoquer du bonheur, de la joie conduisant à l'aisance de la personne, l'expérimentation et l'exploration pour son plaisir personnel ou encore des réactions de peur.

Dans le langage courant, l'intimité peut souvent renvoyer à ce que l'on souhaite ou qu'on doit cacher, la limite est ce qui va souvent caractériser l'intimité. C'est en quelque sorte une frontière, une clôture autour de ce qu'on ne souhaite pas partager avec n'importe qui.

Cependant, dans cette limite peut loger un désir, celui du besoin de « chez soi ». J-M. VIENNE dira que ce désir de chez soi est un désir positif, il permet d'avoir un espace réservé pour soi (Jean & Dutier, 2019). Ceci se manifesterait par le fait que la personne souhaite avoir un espace qui le protège du regard extérieur, où il émet ses sentiments, un espace loin de toute effraction qui pourrait déstabiliser son intimité.

Il dira que le mot latin *intus* qui signifie dedans a donné naissance au superlatif *intimus* pour donner naissance à intime qui signifie ce qui est plus au-dedans. Le mot intime est souvent utilisé pour l'aspect éthique alors que l'intimité désigne souvent ce qui est localisé, des lieux investis de sens et de questions.

L'intimité est donc un terme polysémique. La question de l'intime et de l'intimité peut se renvoyer sur plusieurs plans. Le plan social avec la question de proximité, la distance que

doit avoir le professionnel qui soigne ou qui accompagne, sur le plan culturel, car, notre rapport à soi, aux autres notre façon de concevoir l'intime et l'intimité est étroitement lié à notre appartenance culturelle, aux réalités des peuples, aux époques aux mythes.

Dans le bain thérapeutique, le professionnel entre dans cet espace propre, cet bulle intime. Il doit agir avec tact pour ne pas être intrusif.

Son positionnement est donc important. L'écoute, l'observation, la communication doivent être au premier plan de sa relation avec la personne bénéficiant du bain.

La prise en compte de tout ce qui se joue lors de ces moments d'échange et de partage est indispensable. Le comportement du professionnel doit être de qualité afin de favoriser tout au long des séances, l'exploration, l'expérimentation, l'investissement corporel et même la créativité de la personne. S'écouter et écouter l'autre afin de s'émouvoir.

Chapitre III : Cas clinique en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)

I. Présentation de la MAS

1. Un peu d'histoire

Auparavant, les hôpitaux psychiatriques recevaient des personnes surnommées « arriérés profonds » pour lesquelles les soins et les approches éducatives n'étaient pas assez évolués. Ces personnes évoluaient dans des pavillons de défectologie et étaient constamment stigmatisées.

Malgré l'opposition de plusieurs psychiatres sous prétexte que ces maisons représenteraient un retour à l'asile, les Maisons d'Accueil Spécialisées voient le jour suite à la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 dans l'article 46 « Il est créé des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants » et du décret d'application du 26 décembre 1978 qui lui précisera donc le cadre d'accueil ainsi que les conditions d'accueil dans ces structures (Makdessi, s. d.)

L'objectif de ces établissements étant de préserver la dignité de ces personnes, de montrer que les personnes handicapées pouvaient avoir une place en société, de diminuer leurs souffrances et d'apporter de l'espoir.

La création des MAS fait suite à une série de lois qui indiquaient la prise en charge des enfants « inéducables » et des adultes incurables qui étaient dans les Instituts Médico Pédagogiques (IMP), les Instituts Médico Éducatifs (IME), les classes spécialisées, les Centres d'Aide pour le Travail (CAT) actuellement Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), les écoles pour déficients sensoriels. Les MAS et les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) verront le jour pour rassembler les personnes pour lesquelles la médecine, la pédagogie, la psychothérapie n'ont pas permis une acquisition d'autonomie suffisante dans les actions quotidiennes (Makdessi, s. d.).

Les MAS ont permis par leur approche socialisante et pédagogique des apprentissages chez ces personnes, une réinsertion et un évitement de régression cognitive notamment chez celles avec des déficiences mentales. Elles ont également permis des avancées pour les personnes polyhandicapées avec des troubles neurologiques graves dans le domaine de la connaissance médicale de la pathologie, de sa prise en charge (Makdessi, s. d.).

2. La structure

2.1. Présentation générale

Tout comme la majorité des MAS, celle où j'effectue mon stage est un établissement du secteur médico-social qui a ouvert ses portes le 2 septembre 2013. L'objectif d'ouverture de la MAS étant d'accueillir les résidents qui étaient auparavant en unité psychiatrique afin de leur offrir un lieu de vie qui répond à leurs besoins.

Elle est constituée de 57 places donc, 50 places en accueil complet, 5 places d'accueil de jour et 2 places d'accueil temporaire.

La MAS dans laquelle j'ai effectué mon stage est un grand bâtiment subdivisé en cinq quartiers au centre desquels se trouve une grande place appelée, place du village. Les résidents sont repartis dans ces différents quartiers qui eux-mêmes sont constitués des chambres de chaque résident, une salle de repas, une salle de repos, le bureau du personnel ainsi qu'une terrasse.

2.2. Population accueillie au sein de la MAS

Le décret du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie explique que, les Maisons d'Accueil Spécialisées ont pour vocation d'héberger et d'accompagner des personnes en situation complexe de handicap présentant également une altération de leurs capacités d'action et de décision dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Ce décret précise donc quelle population sera accueillie au sein des MAS.

Les résidents de la MAS sont principalement des adultes avec le Trouble du Spectre de l'Autisme associé au Trouble du Développement de l'Intelligence grave.

Mais mis à part ces deux troubles du neurodéveloppement, la MAS propose un accompagnement des personnes diagnostiquées avec une déficience auditive, du polyhandicap, des troubles psychiques, des troubles du comportement et même des troubles visuels.

La MAS a pour projet de vie d'accompagner le quotidien des résidents, d'adapter les soins et les activités à leur pathologie et degré de dépendance, de proposer des activités socialisantes, d'animer le quotidien des résidents, de participer au développement et au maintien des capacités du résident.

Elle propose une organisation du projet de soins pour maintenir le résident dans un lieu qu'il connaît, dans lequel il est en sécurité et où les personnes qui l'entourent savent communiquer avec lui.

2.3. Intégrer la MAS

Pour intégrer la MAS, il faut constituer auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) du département de résidence, un dossier MDPH et par suite de la constitution et du traitement de ce dossier, la MDPH donnera une orientation MAS. Cette orientation MAS se doit d'être explicite et doit de préférence mentionner le type d'établissement.

Ceci implique l'action de plusieurs professionnels comme un psychiatre et si besoin, une assistante de familles. Au niveau de la MAS, un dossier sera à remplir, pour faire acte de candidature et par suite de cela, une décision d'accueil ou non sera prise lors de la commission d'admission qui réunit le médecin de la structure, la cadre, la psychologue et la psychomotricienne.

2.4. L'équipe pluridisciplinaire

Afin de proposer une prise en charge adaptée aux résidents, une équipe pluridisciplinaire est mise en place au sein de la MAS de jour comme de nuit.

Un médecin généraliste et l'équipe d'infirmiers assurent les soins médicaux des résidents. Les moniteurs éducateurs, la psychomotricienne, la psychologue, les assistants et assistantes médico-psychologiques ou les accompagnateurs éducatifs et sociaux et les aides-soignants assurent d'une part des activités éducatives et des soins au quotidien.

Les résidents bénéficient également de l'accompagnement d'un kinésithérapeute extérieur qui vient en MAS une fois par semaine, et des rendez-vous chez l'ostéopathe et le dentiste. Il y a également une équipe de nuit pour veiller sur les résidents. Un cuisinier assure la préparation des repas et des agents de service hospitalier assurent l'hygiène des différents espaces. L'équipe comprend également une secrétaire, une direction assurée par une directrice, deux cadres.

2.5. Le déroulement d'une journée

En matinée, les résidents externes qui bénéficient d'un accueil de jour sont accueillis par l'équipe dès l'ouverture de la MAS.

Dans les quartiers, se font les temps de douche puis de petit-déjeuner des résidents. Ensuite, il y a un temps d'activité où chaque professionnel après 9 h 30 peut assurer sa prise en charge ou participer à des activités de groupe. Le jeudi et le vendredi par exemple, je commence les prises en charge à 9 h 30.

Les repas sont assurés par les différentes équipes de chaque quartier. Selon le résident et ses capacités, il y aura plus ou moins un accompagnement individuel qui se fera lors des repas.

Les temps de repas comprennent des temps de petit-déjeuner au matin, les temps de déjeuner à midi qui se suivent d'un temps de repos en chambre, les goûters qui se font à 16 heures et les repas du soir auxquels je n'ai pas assisté.

Tout au long de la journée, les résidents participent à des activités en groupe ou en individuel. Ceux bénéficiant d'un accueil de jour partent avec leur proche ou accompagnateur en fin de journée.

2.6. La vie institutionnelle de la MAS

Il y a plusieurs réunions qui se font au sein de l'établissement afin d'assurer un suivi régulier des résidents, de mettre à jour les différentes informations pour favoriser un accompagnement de qualité.

- Des réunions de synthèse pour chaque quartier, qui réunissent plusieurs professionnels de l'établissement. Ces réunions traitent de plusieurs cas comme la santé, l'hygiène, la vie affective et sociale des résidents.
- Des réunions de projet personnalisé obligatoire qui se font une fois par an pour chacun des résidents afin d'actualiser leur suivi.
- Des réunions de coordination entre professionnels le vendredi pour informer sur les situations administratives de l'établissement et d'analyse de pratique pour les professionnels.
- Des réunions avec les familles des résidents pour l'évaluation de la qualité de vie de leurs proches.

Au niveau des différents documents administratifs, il y a le dossier médical du résident qui permet un recueil des informations des soins qu'il a de la part des professionnels ainsi que leur conservation. Il permet de rendre compte de la suite des soins dont bénéficie le résident. Il est constitué des différents comptes-rendus des prises en charge, des parcours du résident jusqu'ici au niveau des institutions, de différents projets de soin mis en place.

Un moyen d'échange à partir d'un logiciel dont le personnel a accès pour permettre la transmission des prises en charge.

II. La place de la psychomotricité en MAS

1. Le psychomotricien au centre d'un travail pluridisciplinaire

L'article du code de la santé publique du 8 août 2004 précise que le psychomotricien est habilité à prendre en soins sous prescription médicale plusieurs actes qui relèvent de l'éducation, de la thérapie, de la prévention et de la rééducation psychomotrice.

« La psychomotricité représente l'ensemble des phénomènes qui témoignent de l'inscription dans le corps de processus psychiques, et ce plus particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des positions, des mimiques. Elle étudie la façon dont sont marquées dans le corps un certain nombre de modalités évolutives des mécanismes des fonctions instrumentales

Le psychomotricien a une place prépondérante auprès des résidents. Plus haut, nous avons vu que la présence des troubles affecte l'autonomie et l'adaptation des résidents. Le psychomotricien sous prescription médicale vient donc évaluer les fonctions motrices, sensorielles, perceptives, relationnelles et les fonctions de communication de la personne. Il propose un accompagnement par suite de la passation de bilans psychomoteurs. Son accompagnement repose sur l'élaboration d'un projet qui permettra de poser des actions sur ce qu'il aura observé.

Il pourra donc proposer un travail sur l'appropriation corporelle par des expériences motrices. Favoriser l'expression du résident, offrir un espace où ce dernier pourra ressentir afin de favoriser l'éveil, la conscience du corps.

Le psychomotricien en institution doit proposer un travail sur les perceptions corporelles de soi, apprendre à désigner les différentes parties du corps aux personnes rencontrant des difficultés à se représenter leur corps afin qu'elles s'expriment, connaissent et comprennent leur corps (ANEMS, 2013).

La pratique de la psychomotricité s'inscrit dans un accompagnement individuel ou groupal. Selon le type d'accompagnement, le psychomotricien pourra se retrouver accompagné de ses collègues.

Le travail du psychomotricien s'articule donc autour de deux axes essentiels. Il a une action auprès des résidents, dans son engagement avec des séances établies, et agit également avec et auprès de l'équipe pluriprofessionnelle et des familles.

Lors des différents types de réunions, le psychomotricien est appelé à apporter son point de vue sur, les éventuelles progressions ou régressions du résident.

Grâce à ses observations, il pourra aiguiller ses collègues dans la compréhension de certains comportements du résident. Le psychomotricien peut aussi travailler en équipe, tenir des projets avec ses collègues. Le psychomotricien comme les autres professionnels peut être appelé à rencontrer les familles afin de les soutenir, les accompagner, les écouter.

2. Ma place de stagiaire en psychomotricité

J'ai commencé mon stage à la fin du mois d'octobre. J'étais présente sur la MAS deux fois par semaine : le jeudi et le vendredi. Au début de mon expérience en tant que stagiaire, j'étais dans l'observation des différentes prises en soin de la psychomotricienne et d'autres professionnels.

J'assistais aux différentes réunions de l'établissement et à tous les accompagnements psychomoteurs. Avec le temps, j'ai pu assurer des prises en soin en autonomie.

Le jeudi et le vendredi, j'accompagnais plusieurs résidents afin de poursuivre le travail qu'avait commencé la psychomotricienne. Ces accompagnements étaient essentiellement individuels. J'ai eu l'occasion d'assister aux accompagnements en groupe du moniteur éducateur lors des ateliers corps et musique.

Un de mes projets au sein de l'établissement était d'assurer les bains thérapeutiques. J'ai eu l'occasion de continuer ce travail en l'absence de la psychomotricienne. Je détaillerai mes actions et les détails de cette prise en soin en bain thérapeutique en exposant le cas de Madame Angélique.

III. Cas clinique : Madame Angélique

1. Anamnèse

Madame Angélique est née le 28 novembre 1966. Elle a donc 56 ans lorsque j'effectue mon stage au sein de l'établissement d'accueil. Madame Angélique est de nationalité française et d'origine algérienne. Elle est la quatrième d'une fratrie de cinq enfants, dont quatre filles et un garçon.

Son père était invalide de guerre et sa mère née le 1^{er} janvier 1933 en Algérie pratiquait de multiples professions. Sa mère, ses frères et sœurs bénéficiaient d'une mesure de protection assurée par l'Union Départementale des Associations Familiales de la Gironde (UDAF).

Lorsque sa mère décède en 2006, Madame Angélique est hospitalisée dans le service de Charles Perrens. Dans cet établissement, elle sera diagnostiquée comme ayant un retard mental grave auquel s'associe une insomnie non organique le 27 novembre 2006. Autrement dit, avec les termes actuels, elle a un Trouble du Développement de l'Intelligence (TDI) dont le niveau de sévérité est grave. Selon le DSM-5, le TDI avec un niveau de sévérité grave se caractérise par une « acquisition de compétences conceptuelles limitée, peu de compréhension du langage écrit et des notions impliquant des nombres, des quantités, le temps et l'argent ».

Cela nécessite souvent une action constante des aidants, et une utilisation de phrases simples pour faciliter la compréhension.

En 2008, Madame Angélique sera accueillie dans l'unité psychiatrique. Cette unité subira des modifications et deviendra en 2013 la MAS dans laquelle elle réside actuellement.

La famille a présenté plusieurs difficultés de maltraitance. Madame Angélique se faisait interner pour de courts séjours par sa mère. La première sœur de sa fratrie décède en 2018. À la suite de ce décès, la deuxième sœur de la fratrie de Madame Angélique est diagnostiquée avec des troubles anxieux et dépressifs mixtes. Sa petite sœur reçoit également un diagnostic et celle-ci présente des troubles dépressifs récurrents avec un trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

Angélique a bénéficié de plusieurs évaluations effectuées par les professionnels qui l'entourent :

Une évaluation psychiatrique : dans celui-ci, son diagnostic principal, établi le 19 février 2004, montre un Trouble du Développement de l'Intelligence grave avec une déficience du comportement minime (trouble du comportement). Le 8 janvier 2007, elle est diagnostiquée d'*autisme infantile* avec des stéréotypies verbales.

Une évaluation médico-chirurgicale qui met en avant que Madame Angélique présente une épilepsie avec des crises généralisées, on parle de syndrome de Lennox Gastaut (forme sévère d'épilepsie qui touche principalement les enfants. Le principal symptôme de ce syndrome est la fréquence et la multiplicité des types de crises. Les crises sont causées par des poussées soudaines et incontrôlées d'activité électrique anormale dans le cerveau).

Madame Angélique a également plusieurs traitements médicamenteux spécifiques à ses troubles et aux comorbidités associées. Notamment pour son anxiété, son épilepsie ou ses agitations. Elle a une prescription d'antipsychotique (la Clozapine), d'antiépileptique comme le Valproate et d'antidépresseurs ici la Miansérine chlorhydrate.

2. Madame Angélique au sein de la MAS

Son accompagnement est assuré par plusieurs professionnels. En équipe pluridisciplinaire, le 17 mars 2022, la passation du « *Motivation Assessment Scale* » (MAS) ou échelle d'évaluation de la motivation est réalisée. Cette échelle permettra à l'équipe d'analyser son comportement à vomir sur la place du village ou dans son quartier. Il s'agit d'un outil d'évaluation indirecte qui permet l'analyse fonctionnelle d'un comportement spécifique.

Il en ressort que Madame Angélique a besoin d'attention et de stimulations sensorielles. L'équipe décide d'établir des activités sensorielles. Les résultats de ses différentes évaluations sont en annexe 7.

L'équipe pluridisciplinaire assure également la passation de l'échelle d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme dans la déficience intellectuelle (PDD-MRS) le 20/12/2022.

C'est une échelle qui permet de situer la personne selon un score dans le registre du TSA ou non. Ceci se fait par l'observation de plusieurs domaines comme les interactions, le langage, les comportements. Angélique obtient un score de 15 qui se situe dans le registre TSA.

On observe une difficulté modérée à établir le contact et à répondre aux avances sociales, une tendance à s'isoler de ses pairs (dans les activités), un langage présent dont le contenu présente des répétitions stéréotypées, des intérêts obsessionnels autour des cheveux, chouchous, visites de ses proches, des automutilations (se gratte, se frappe la tête au mur), un comportement imprévisible (caprices, changements d'humeur, et comportement brusque), de l'anxiété notamment lors des soins techniques particuliers.

La psychologue de l'équipe passe le COMVOOR, un outil d'évaluation des précurseurs de la communication le 29/09/2022 à Angélique. L'échelle permet une évaluation clinique des compétences de communication réceptive des personnes avec TSA qui ne communiquent pas ou qui communiquent peu verbalement.

Elle résume que la communication peut se développer et qu'on peut communiquer des informations à Angélique à l'aide d'objets (signaux) du quotidien qui doivent être fonctionnels et très différenciables.

Elle émet par la suite des pistes de travail, dont une très importante, qui est la réalisation d'un profil sensoriel afin de déterminer les canaux préférentiels de traitement de l'information. La psychomotricienne passe donc par la suite l'Évaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme (ESAA) qu'elle ne finalisera pas.

Tout comme les autres résidents de la MAS, Angélique bénéficie d'un projet personnalisé mis en place par l'équipe afin d'assurer une meilleure prise en soins et compréhension de celle-ci dans son lieu de vie.

- Au niveau de la socialisation et des interactions sociales au sein de la MAS et à l'extérieur, il a été observé que Madame Angélique a peu d'échanges avec les autres résidents, elle accepte la présence des professionnels et de ses pairs, malgré un contact un peu compliqué.

Elle est cependant bruyante et ceci peut être un frein dans ses interactions avec les autres. Grâce à ces observations multiples, l'équipe a mis en place des sorties extérieures afin de faciliter les interactions sociales et le respect des règles sociales. Une mise en place d'activités relaxantes et de musique afin de l'apaiser.

- Dans les domaines de la communication et du langage, elle semble réceptive, elle réagit aux gestes et peut comprendre des consignes simples, elle présente des stéréotypes verbales (elle va souvent répéter des phrases et paroles de comptines). Elle est très expressive dans son regard et sa communication qui est principalement non verbale.
- Sur le plan de son autonomie personnelle et domestique, elle peut avoir du mal dans la différenciation de l'endroit ou de l'envers de ses vêtements, du mal à l'utilisation du couteau à table. Et pour une meilleure adaptation, l'équipe a mis en place une guidance pour son hygiène corporelle lors des douches, de l'habillage, mais aussi pour la prise des repas. L'équipe l'accompagne dans les tâches quotidiennes comme débarrasser sa table après le repas, essuyer les plateaux.
- Sur la sphère de la vie affective, une mise en place du maintien de liens avec sa famille est un des objectifs principaux.
- Au niveau de ses émotions et comportements, du fait qu'elle présente des stéréotypes verbales sous forme de phrases ou de chants, et motrices dues à ses balancements d'avant en arrière, Madame Angélique peut souvent se montrer excessive dans ses demandes et peut souvent être angoissée. Cela provoque chez elle de l'autoagressivité, des cris, des pleurs. L'équipe a mis en place un apport de réponses stables et sécurisantes, des repères temporels afin d'assurer une certaine contenance et réorientation dans le temps et l'espace.

3. Le bilan psychomoteur

Le bilan s'est majoritairement effectué à travers les observations de l'attitude spontanée de Madame Angélique dans la vie quotidienne, lors des différentes séances et de ses participations à certains ateliers. Je n'ai pas eu l'occasion de suivre ce bilan, mais afin de recueillir certaines informations sur le fonctionnement sensoriel de Madame Angélique, j'ai pu utiliser certains items tirés de l'ESAA.

L'orientation spatio-temporelle représente un cadre organisateur pour nos sensations, nos perceptions et nos mouvements. Angélique est une dame très ritualisée, elle connaît bien toutes les étapes et les activités qui guident ses journées.

Elle s'inscrit dans un cycle veille-sommeil régulier. Elle peut par exemple se déplacer dans les autres quartiers à des périodes de journée qu'elle a intégrées pour aller écouter de la musique.

Habitudes sensorielles et fonctionnement sensori-moteur : je vais me baser ici sur la passation de quelques items de l'évaluation sensorielle de l'adulte TSA (ESAA) et de quelques séances et ateliers avec elle.

Dans le domaine visuel, Madame Angélique regarde les objets lumineux à distance, elle ne les approche pas de son visage et se désintéresse vite de ceux-ci. Elle aura tendance à les toucher puis les déposer à côté d'elle et détournera son regard lorsque l'intensité lumineuse augmentera. Pendant la passation, elle aura tendance à établir le contact visuel avec moi. J'ai remarqué qu'elle le fait également avec les professionnels de son quartier et les autres résidents. Elle présentera donc des réactions adaptées à certains moments et à d'autres, une réactivité excessive. Elle a une tendance qui est plutôt hyperréactive aux stimuli visuels.

Sur le plan tactile, elle semble ne pas apprécier les objets à picot, car elle va crier lorsque je les utiliserai au niveau de ses mains, de ses pieds et de son cou, mais elle appréciera cela dans le dos. Elle utilisera la brosse sur ses cheveux et me donnera pour que je fasse la même action qu'elle. Au cours de la séance, elle cherchera le contact avec moi et réagira de façon adaptée à certaines stimulations. Madame Angélique se montrera plus ou moins hyperréactive selon les types d'objets et les parties du corps concernées.

Madame Angélique est réactive aux sons, lorsque je lui parle ou lorsqu'elle entend de la musique. Dans son quotidien, elle va souvent être attirée par des endroits où elle entendra de la musique, elle demandera souvent aux professionnels de mettre de la musique. De légères perturbations sont repérées sur le versant hyporéactif.

Elle réagit davantage lorsque le son augmente et elle est en recherche de cela. Elle agite les différents objets sonores, elle peut crier à certains moments et frapper dans ses mains lors de la séance.

Sur le plan olfactif, lors de la passation de l'ESAA, elle apprécie les odeurs, réagit d'une manière différente lorsque celles-ci changent. Ceci est observable par ses expressions faciales. Elle sourit, rigole beaucoup et souhaite passer d'une odeur à l'autre. J'ai l'impression qu'elle différencie les odeurs et aucun comportement de flairage n'est observé au cours de la séance.

Le domaine vestibulaire a été non évalué lors de la passation du profil sensoriel. Mais, j'ai observé une dame qui présente des stéréotypies motrices avec des balancements du tronc d'avant en arrière, de sa tête de gauche à droite. Elle se secoue sur sa chaise lors des repas d'avant en arrière et se laisse souvent tomber lorsqu'elle circule sur la place du village.

Sur le plan proprioceptif, j'ai observé une dame qui présentait plutôt une hyperréactivité. Elle réagissait excessivement à certains stimuli et de façon adaptée à d'autres.

Elle gardait la couverture lestée sur ses jambes. Elle semblait adapter son tonus aux situations. J'ai aussi observé qu'elle appréciait les touchers profonds sur certaines zones comme la plante des pieds.

De façon générale, elle présente une réactivité qui varie selon les modalités et les types de stimulation sensorielle, mais qui a tendance à être plutôt hyperréactive. C'est-à-dire qu'elle a un profil sensoriel légèrement ou moyennement perturbé. (Voir annexe page 7, page 96)

Sur le plan de la motricité fine et les gestes nécessitant de la précision et de la coordination, elle présente quelques difficultés.

Madame Angélique a une compréhension de tout ce qui touche aux actes du quotidien. Sur le plan de la communication verbale, lors des séances, on remarque des formes de stéréotypies verbales sous forme de mots, phrases ou chant qu'elle peut répéter en regard d'un contexte spécifique ou indépendamment de celui-ci tout comme ces manifestations peuvent être déclenchées (elle répète un mot ou un air perçu dans son environnement immédiat.).

Elle réemploie donc souvent dans une écholalie différée les phrases quotidiennes qu'elle entend en faisant varier le ton ou en imitant les intonations des soignants, son langage va souvent être centré sur tout ce qui concerne son corps par rapport aux bobos, maquillage, chouchou. Elle aura tendance à adresser des phrases à l'autre dans la recherche de contact, ou pour exprimer un besoin tout en insistant.

Lors des ateliers musique et corps du moniteur éducateur, j'ai observé sur le plan du rythme qu'elle aime danser et peut marquer le son en tapant du pied ou sur des percussions en tapant dans ses mains. Elle connaît plusieurs chansons, notamment des comptines et elle peut aussi les reconnaître à l'audition, même si les paroles ne sont pas toujours justes.

4. Objectifs de prise en soin psychomotrice

Madame Angélique bénéficie d'une séance de bain thérapeutique une fois par semaine : le vendredi après-midi. Ces séances ont été instaurées par la psychomotricienne et la première séance s'est faite le 9 décembre 2022. Elle met le bain thérapeutique en place, car Madame Angélique, présente des attraits pour l'eau, mais aussi parce que cette prise en soin peut octroyer un espace d'échange, propice à la contenance afin d'apporter de l'apaisement pour une baisse de ses angoisses et de ses agitations. En observant Madame Angélique et en pratiquant le bain thérapeutique, je fixe plusieurs objectifs par rapport au bain thérapeutique que je décline en plusieurs axes.

- Axe 1 : Instaurer un cadre spatio-temporel sécurisé et contenant afin de favoriser l'échange et faciliter l'exploration, l'expérimentation et l'expression corporelle de Madame Angélique.
- Axe 2 : Favoriser un état de mieux-être psychocorporel en amenant des sensations positives nécessaires à son réinvestissement corporel.
- Axe 3 : Favoriser sa mobilisation corporelle pour faciliter son activité motrice et permettre un relâchement musculaire et une perception corporelle.
- Axe 4 : Apporter de la contenance par l'eau et le toucher thérapeutique.
- Axe 5 : Apaisement tonico-émotionnel en vue d'une diminution des troubles du comportement (automutilations, cris, stéréotypies, agitations...).

5. De la première rencontre aux séances de bain thérapeutique

Je rencontre Madame Angélique pour la première fois au mois d'octobre. Accompagnée de la psychomotricienne, nous nous rendons sur son quartier afin d'aller la chercher et l'amener au bureau pour une séance de maquillage. Lorsque Madame Angélique aperçoit la psychomotricienne, elle vient vers elle et la suit immédiatement. J'aperçois une dame aux cheveux courts, qui présente beaucoup de cris et qui se touche énormément le dessus de la poitrine. Elle marche avec les bras croisés dans le dos et en secouant sa tête de gauche à droite. La psychomotricienne nous présente et Madame Angélique me salue.

Pour la séance de maquillage, elle est face au miroir et je me positionne en retrait en observatrice. J'observe une dame qui apprécie le maquillage, qui se complimente en répétant à plusieurs reprises les mêmes mots (waouh, belle, maquillage), une dame qui va beaucoup crier en rigolant ou pour réclamer quelque chose. Madame Angélique se frappera lorsqu'elle n'aura pas immédiatement ce qu'elle demande.

Cette séance finira de façon calme et on raccompagnera Madame Angélique qui ne voudra pas retourner sur son quartier, mais préférera rester sur la place du village.

En ce qui concerne la prise en soin par le bain thérapeutique, elles débiteront par l'accompagnement de la psychomotricienne. Lors des trois premières séances de psychomotricité, j'aurais une place d'observatrice. Pendant ses séances, je me positionnerai dans un coin de salle et Madame Angélique aura tendance à me chercher du regard ou en chantant les comptines vers moi. Je profite de ses réactions pour commencer à nouer une relation de confiance avec elle.

Les trois premières séances assurées par la psychomotricienne confirment le fait que Madame Angélique apprécie l'eau.

Elle a tendance à nous interpeler dans le couloir pendant ces trois semaines pour réclamer le bain. Lorsque le moment du bain arrive, elle est enjouée et se précipite avec nous jusqu'à la salle dédiée.

Lors de la première séance, Madame Angélique semble enjouée de découvrir la salle de bain thérapeutique. Elle observe toute la salle en souriant puis, sans même que la psychomotricienne ne lui apporte des consignes, elle se déshabille et souhaite plonger dans la baignoire. Avec la psychomotricienne, on la rattrapera et on l'accompagnera dans la baignoire. Lorsque celle-ci sera assise, elle observera beaucoup la psychomotricienne et imitera ce que cette dernière propose avec l'eau. Elle explorera les sensations de l'eau qui coule sur ses mains et expérimentera des mouvements avec ses mains et ses jambes afin de faire des vagues.

Elle cherchera continuellement son image dans le miroir et réclamera du maquillage que la psychomotricienne apportera dans le bain. Puis, elle restera assise, les bras et les jambes croisés en chantant les comptines. J'ai observé que lors des ateliers corps et musique du moniteur éducateur, elle avait la même réaction. Elle restait assise sur une chaise, les bras et les jambes croisés, et chantait. Elle ne bougeait pas comme les autres résidents. Lorsque la psychomotricienne ajustera la quantité d'eau de la baignoire, Madame Angélique explorera encore plus et ne restera plus les bras croisés.

Madame Angélique en voulant changer de position glissera dans le bain, elle prendra peur et se mettra à crier, se frapper et pleurer. Elle affichera ce même comportement lorsqu'elle demandera du maquillage et qu'elle ne l'aura pas aussi vite qu'elle le voudrait. La psychomotricienne réalisera un toucher-massage du crâne et Madame Angélique arrêtera de crier ou de se frapper lors de ces moments de crise. Je constate qu'une réponse adaptée de la psychomotricienne peut permettre à la personne d'être disponible à ses sensations et à ses ressentis. La qualité d'écoute, d'observation et de présence du professionnel est donc indispensable pour favoriser chez la personne des expériences positives. Madame Angélique se laissera accompagner lors de la sortie de la baignoire et s'habillera seule. En sortant de l'espace dédié au bain, elle ira marcher sur la place du village.

Pendant la deuxième séance, avec la psychomotricienne, nous ajustons plusieurs éléments de séance par suite de nos observations. La quantité d'eau est ajustée afin de permettre à Madame Angélique d'explorer encore plus.

Nous observons qu'elle se laisse glisser d'avant en arrière, qui fait des vagues avec ses mains sur les côtés, puis entre ses jambes afin de ramener l'eau sur son ventre et son cou.

Je remarque qu'elle répète ce mouvement et se montre souriante. Elle semble apprécier la sensation de cette eau sur son cou.

Elle réclamera du maquillage à plusieurs reprises et présentera des cris, car elle voudra que la psychomotricienne la maquille tout au long de la séance. Madame Angélique se frappera la tête, le cou et le ventre plusieurs fois lors de cette séance.

Quand la fin du bain arrivera, elle ne voudra pas sortir et se frappera de nouveau, puis elle croisera ses mains et ses jambes. Elle acceptera de sortir au bout de quelques secondes lorsque la psychomotricienne et moi lui proposerons de l'aider à sortir. Le fait qu'elle accepte notre proposition me fait penser à la sécurité que notre présence lui apporte et à une relation de confiance.

Lors de la séance trois, Madame Angélique ne cherchera pas à entrer directement dans la baignoire. Elle attendra qu'on l'accompagne dans la baignoire. Une fois assise, elle demandera des comptines. Elle chantera tout au long de la séance et ne présentera pas de cris. Elle demandera du maquillage trois fois lors de cette séance, ce qui représente une fréquence moindre par rapport aux séances habituelles. Lorsqu'elle s'avancera dans la baignoire et baissera la tête, la psychomotricienne lui fera du toucher-massage à l'aide d'une brosse douce dans le dos. Celle-ci se couchera pour la première fois dans le bain après cette action et fera des vagues avec ses jambes pour la première fois.

Pendant ces premières séances, les comportements de Madame Angélique m'ont interpellée et je me suis posée la question de savoir comment je pouvais faire évoluer ces séances afin que Madame Angélique crie moins, ne se frappe pas, profite de son bain et établisse une sorte de communication avec nous. C'est ainsi que j'ai fixé certains axes de cette prise en soin.

Lorsque je commence les bains thérapeutiques, je suis accompagnée d'une aide-soignante pour aider Madame Angélique à l'entrée et la sortie de la baignoire. J'apporte quelques modifications de séance. Tout d'abord, à chaque séance, Madame Angélique enfile son maillot de bain devant le miroir. Lorsque je lui propose cela, elle ne semble pas dérangée et accepte rapidement la demande.

La première fois qu'elle le porte devant le miroir, elle se caresse, se fixe et se met à rigoler. Elle se complimente et semble enjouée. Je me dis alors que le vêtement a un impact important dans notre rapport au corps. Madame Angélique est une femme qui aime se faire belle, quand elle se complimente, elle utilise les expressions : « belle, waouh, jolie ». Pour venir favoriser ce rapport au corps, cette confiance en soi et ce plaisir à se regarder, je garde également le maquillage que je fais devant le miroir comme rituel de fin de chaque séance.

Lors de la quatrième séance, je suis seule avec Madame Angélique. Avec l'aide-soignante on l'accompagne dans le bain. Directement, elle va jouer avec l'eau. Faire des vagues avec ses mains, ses pieds.

Pour la première fois, elle va verser de l'eau sur sa tête et recommencer le processus plusieurs fois pendant la séance. Elle s'avancera dans la baignoire pour que j'apporte du toucher-massage sur son dos et le dessus de sa nuque. Puis, s'allongera dans la baignoire et versera de l'eau sur son ventre. Pendant cette séance, elle sera majoritairement allongée et me dira pour la première fois : « c'est bien l'eau » en me souriant puis en rigolant.

Lorsque la comptine « petit navire » passera, elle chantera et fera comme si elle nage. Elle tapera également ses mains et ses jambes en mouvements circulaires et cela me donnera l'impression qu'elle pédale.

Madame Angélique semble contente et ne refuse pas de sortir du bain. Finir par le maquillage semble l'apaiser et elle ne refuse pas de retourner sur son quartier comme les fois précédentes.

Pendant la cinquième séance, Madame Angélique va expérimenter et explorer différentes positions de son corps en se laissant glisser ou en se retournant sur le côté dans la baignoire. Elle ne semble plus avoir peur. Elle va se verser de l'eau sur la tête, sur le torse à l'aide d'un petit récipient comme si elle faisait des projections d'eau. Cela la fera rigoler. Elle

va avaler de l'eau au début puis va projeter cela à plusieurs reprises en rigolant. Elle cherchera à propulser cette eau de plus en plus loin et de plus en plus haut.

Elle balancera beaucoup la tête de gauche à droite, me donnant l'impression qu'elle est en recherche de stimulation vestibulaire.

Plus les séances vont évoluer, plus Madame Angélique se laissera bercer par les comptines. Elle aura de plus en plus tendance à rester allongée dans la baignoire, fermer les yeux et écouter la musique. Au retour de la psychomotricienne, il y a un changement du type de musique qui se fait.

On laisse les comptines pour mettre des musiques apaisantes, calmes et relaxantes. Cela ne semble pas perturber Madame Angélique qui reste couchée tout au long de la séance.

Au fil du temps, je remarque que Madame Angélique a intégré toutes les étapes de son bain. Entre le déshabillage, le port du maillot de bain, le temps de bain thérapeutique, la sortie de la baignoire, l'essuyage, le port de ses vêtements et le maquillage.

Elle semble de plus en plus détendue et a tendance à mobiliser les parties de son corps plus que d'habitude. Elle ne se frappe plus pendant les séances.

Quand elle crie, c'est en rigolant et ne crie plus en pleurant. Elle va de moins à moins réclamer des choses et même son chouchou va souvent rester entre ses mains.

Les professionnelles de son quartier remarqueront également des différences et diront à la psychomotricienne que Madame Angélique est souvent calme dans le quartier. Ceci pourrait expliquer une modification de comportement. Ces changements ont eu des impacts dans la relation de Madame Angélique avec les professionnels et les autres résidents, mais aussi vis-à-vis d'elle-même.

6. Synthèse de la prise en soin

Au fil des séances, j'ai remarqué une nette évolution du comportement de Madame Angélique. Cette dernière s'ouvrait de plus en plus à l'échange avec moi, elle se mobilisait de plus en plus et ne restait plus juste assise. Madame Angélique expérimentait, explorait les possibles de son corps dans la baignoire. Au début des séances, il y avait ce sentiment de peur qu'elle ressentait si elle glissait dans la baignoire. Mais avec le temps, elle se laissait glisser d'elle-même en régulant sa posture. Sur le plan tonico-émotionnel, elle transmettait plusieurs éléments qui me permettaient d'ajuster ma position. Madame Angélique s'exprimait de plus en plus par ses regards, par ses mouvements ou par les mots qu'elle pouvait prononcer.

Lorsque je lui apportais du toucher-thérapeutique, je pouvais sentir qu'elle se relâchait et ceci exprimait en quelque sorte la relation de confiance qui s'est mise en place. Le bain thérapeutique a réveillé en elle de multiples sensations. Ne pouvant pas l'exprimer verbalement, je regardais son évolution au niveau tonique et comportemental.

Lors de ses bains, il y a eu une baisse importante de ses cris et de ses autoagressivités. Elle ne se frappait plus et criait de moins à moins. Madame Angélique a commencé à exprimer certaines demandes sans pleurer même si quelques fois ce n'était pas le cas. Les professionnels ont pu constater quelques changements au niveau de son comportement et de ses relations.

Ces bains ont témoigné de plusieurs observations faites à propos du comportement de Madame Angélique dans son lieu de vie, mais aussi des observations de quelques items du bilan sensoriel.

En effet, sur le plan visuel par exemple, lors des bains thérapeutiques, elle ne cherchait pas de stimulation, sur le plan tactile, elle n'appréciait pas le toucher en pression au niveau des jambes, des bras, mais le demandait sur des zones comme le dos ou le crâne.

Ces séances témoignent donc de l'importance d'un cadre contenant et sécurisant, d'un comportement de qualité du professionnel.

L'adaptation est un élément clé pour mener à bien les bains thérapeutiques. Aussi, il ne s'agit pas de quelque chose à effets immédiats, mais les bains thérapeutiques ont témoigné chez cette dame que l'on peut observer des changements qui peuvent s'installer à long terme s'il y a une régularité, un soutien, un ajustement, et un accompagnement de qualité.

CONCLUSION

En somme, il me semble important de rappeler que les troubles neurodéveloppementaux comme le TSA et le TDI grave constituent un véritable handicap dans la vie quotidienne du sujet. Ces troubles ont un impact dans l'adaptation de la personne dans son environnement.

C'est grâce à mes recherches théoriques et mes observations en stage que j'ai pu m'intéresser à cette notion de sensorialité et plus précisément des particularités sensorielles chez l'adulte présentant un TSA associé à un TDI grave.

De la sorte, ce mémoire avait pour ambition d'argumenter autour du sujet de l'eau dans tous les sens. Plus précisément de la problématique suivante : **En quoi le bain thérapeutique, médiation sensorielle en psychomotricité, permet aux personnes adultes présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme associé au Trouble du Développement de l'Intelligence de mieux fonctionner tant sensoriellement que sur le plan relationnel et comportemental ?**

Dans un premier temps, j'ai jugé nécessaire de définir ce qu'est la sensorialité afin de mieux comprendre son importance dans la qualité de vie de chaque personne. Il est apparu que la sensorialité est à la base d'un développement de qualité de l'individu. Grâce au processus sensoriel, le sujet humain peut appréhender la relation à soi, à autrui et aux objets de son environnement. Il s'agit donc d'un élément indispensable dont le processus de mise en place et de fonctionnement dépend de nombreux critères qui lorsqu'ils sont entravés peuvent causer de multiples modifications ou problématiques au sujet dans son environnement. C'est le cas des particularités sensorielles qui, lorsqu'elles sont plus ou moins importantes, impactent le fonctionnement sensoriel par de nombreuses manifestations cliniques sur le plan psychomoteur, comportemental, émotionnel, social.

Dans un deuxième temps, j'ai présenté les moyens d'intervention du psychomotricien auprès d'adultes accueillis en MAS. La place du psychomotricien paraît donc importante dans l'évaluation du sujet, car à partir de celle-ci, il pourra mettre en place des plans d'action afin de favoriser la compréhension et le mieux-être de la personne dans son lieu de vie. Les apports théoriques et pratiques de ce mémoire montrent également que les prises en soins s'adaptent à chaque personne et que selon les accompagnements, le psychomotricien peut varier le choix des médiations. Pour finir cette partie, j'ai développé le bain thérapeutique de façon théorique.

Et, j'ai présenté le cas de Madame Angélique afin d'étayer mes recherches théoriques en pratique. Il en ressort que les objectifs thérapeutiques sont importants pour permettre un accompagnement de qualité, et que lorsque cette médiation est exploitée de façon régulière,

dans un cadre sécurisé et assez contenant, l'eau peut être bénéfique pour le sujet. En effet, elle apporte plusieurs bienfaits qui avec le temps pourront avoir des effets sur le fonctionnement de la personne au quotidien sur ses sphères psychomotrices, comportementales, émotionnelles, sociales. Il y a donc un enjeu de l'utilisation du bain thérapeutique dans l'adaptation du sujet à soi et à autrui.

La période de mon stage qui s'est étendue sur plusieurs mois m'a permis de remarquer une évolution sur le plan comportemental et émotionnel de Madame Angélique. Mes observations ont été appuyées par les témoignages des différents professionnels. Je peux alors dire dans le cadre de mon stage que le bain thérapeutique est bénéfique pour la personne adulte présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme associé à un Trouble du Développement de l'Intelligence. Cependant, il doit être bien pratiqué, et plusieurs conditions sont à remplir. Le cadre doit être adapté, le psychomotricien doit être présent et toujours veiller à ne pas être intrusif.

Ce stage m'a permis de gagner en autonomie. En effet, la moitié de mon stage s'est déroulé en l'absence de la psychomotricienne. Pendant cette période j'ai pu continuer les prises en soin qu'avait commencé la psychomotricienne et j'ai également dû gérer ces séances tout en veillant à leur évolution. J'ai assisté à des réunions et j'ai pu apporter des informations psychomotrices sur la rédaction de projets personnalisés. J'ai également eu l'opportunité de me découvrir au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Occuper cette place de stagiaire active en stage expérimental a été très formateur pour moi. Ceci m'a demandé beaucoup de capacités d'adaptation et m'a permis de me développer tant sur le plan personnel que professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

- Adrian. (2021, décembre 16). « Apesanteur » et « pesanteur » : Quelle différence ? *La culture générale*.
<https://www.laculturegenerale.com/apesanteur-pesanteur-paronymes-difference/>
- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Giromini, F. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4, Sémiologie et nosographie psychomotrices* (De Boeck supérieur). De Boeck Supérieur.
- ALBERNHE, T., BOURGEOIS, D., & BROKATZKY, C. (2012). Le cadre thérapeutique. *Santé Mentale*, 172, 19.
- Anzieu, D. (1985). La notion de moi-peau. In *Le Moi-Peau* (p. 39). Dunod.
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Ballouard, C. (2006). Qu'est-ce que la psychomotricité ? In *Le travail du psychomotricien* (p. 3-14). Dunod.
- Bastier, C. (2019). *Faciliter la communication et le développement sensoriel des personnes avec autisme : Guide d'activités pratiques* (Dunod).
- Bayle, B., Apter, G., Binet, E., Boige, N., Candilis-Huisman, D., Chatroussat, S., Chavagnat, J.-J., Conversy, L., & De Wailly, D. (2017). *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*. Dunod.
- Bekier, S., & Guinot, M. (2015). Équipement et compétences du nourrisson. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1, Concepts fondamentaux* (p. 96-101). De Boeck Supérieur.
- Benedito Kourbi, E. (s. d.). *Troubles du traitement sensoriel chez l'enfant*. <https://www.pedopsy.ma/wp-content/uploads/2018/08/Troubles-du-traitement-sensoriel-chez-lenfant.pdf>
- Bogdashina, O. (2012a). Les expériences sensorielles possibles dans l'autisme. In *Questions sensorielles et perceptives dans l'Autisme et le syndrome d'Asperger : Des expériences sensorielles différentes, des mondes perceptifs différents* (p. 75-90). AFD Édition, Grasse.
- Bogdashina, O. (2012b). Perception. In *Questions sensorielles et perceptives dans l'Autisme et le syndrome d'Asperger : Des expériences sensorielles différentes, des mondes perceptifs différents* (p. 41-61). AFD Édition, Grasse.
- Bogdashina, O. (2012c). *Questions sensorielles et perceptives dans l'Autisme et le syndrome d'Asperger : Des expériences sensorielles différentes, des mondes perceptifs différents*. AFD Édition, Grasse.
- Boulze-Launay, I., & Rigaud, A. (2018). Être et avoir un corps dans l'alcoolisme : Approche psychopathologique et perspectives cliniques. *Psychotropes*, 24(2), 23-35.
- Brousseau, H. (2002). L'eau et les soins. Avec les malades psychotiques chroniques. *VST - Vie sociale et traitements*, 73(1), 39-49. <https://doi.org/10.3917/vst.073.0039>
- Brun, A. (2007). Histoire des médiations thérapeutiques : La médiation artistique comme prototype. In *Médiations thérapeutiques et psychose infantile* (p. 19-23). Dunod.

- Buton, E., & D'Astorg, M. (s. d.). *LE TOUCHER THERAPEUTIQUE*.
- Caucal, D., & Brunod, R. (2013). Techniques visant à moduler l'environnement sensoriel. In *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme* (p. 141-154). AFD Édition, Grasse.
- CIM-11. (s. d.). *CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité*. Consulté 11 mai 2023, à l'adresse <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f437815624>
- CNRTL. (s. d.-a). Centre National Des Ressources Textuelles et Lexicales. Consulté 25 avril 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/sensoriel>
- CNRTL. (s. d.-b). *Sensorialité*. Consulté 2 mai 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/sensorialit%C3%A9>
- Comment le goût fonctionne-t-il ? - Peut-on expliquer le fonctionnement et les modifications du goût ?* (s. d.). Consulté 25 avril 2023, à l'adresse <https://sites.google.com/site/tpeaksgout/fonctionnement-du-gout>
- Connaissez-vous l'histoire de la balnéothérapie ?* (s. d.). Consulté 26 avril 2023, à l'adresse <https://balneo.kinedo.com/actualites/connaissez-vous-lhistoire-de-la-balneotherapie/>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J. D. (2016). *Mini DSM-5® : Critères diagnostiques*. Elsevier Masson.
- Crombez, E. (2020). *L'intégration sensorielle – autisme-compiegne*. <https://www.autisme-compiegne.fr/lintegration-sensorielle/>
- Cruveiller, V. (2019a). Sémiologie sensorielle dans les troubles du spectre autistique : Revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 455-470. <https://doi.org/10.3917/psy.622.0455>
- Cruveiller, V. (2019b). Sémiologie sensorielle dans les troubles du spectre autistique : Revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 455-470.
- Degenne, C. D., Wolf, M., Fiard, D., & Adrien, J.-L. (2019). *ESAA : évaluation sensorielle de l'adulte avec autisme*. Hogrefe France.
- Duggan, A.-L. (2015). *Les médiations aquatiques : Un ailleurs à soi*. Médiations aquatiques.
- Eau : Ses rôles dans l'organisme*. (s. d.). Consulté 26 avril 2023, à l'adresse <https://www.e-sante.fr/eau-ses-roles-dans-organisme/guide/817>
- Ellena, J.-C. (2021). *Le parfum | Cairn.info*. https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=PUF_ELLEN_2021_01_0017
- E-santé. (s. d.). *Eau : Ses rôles dans l'organisme*. Consulté 26 avril 2023, à l'adresse <https://www.e-sante.fr/eau-ses-roles-dans-organisme/guide/817>
- Fournel, A. (2020, novembre 24). *L'odorat*. <https://www.gdr-o3.cnrs.fr/faq/>
- Gibaud, M. (2022). *Accompagnement en Psychomotricité auprès d'enfants présentant des particularités sensorielles*. Université de Bordeaux.
- Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 76(4), 51-60. <https://doi.org/10.3917/ep.076.0051>

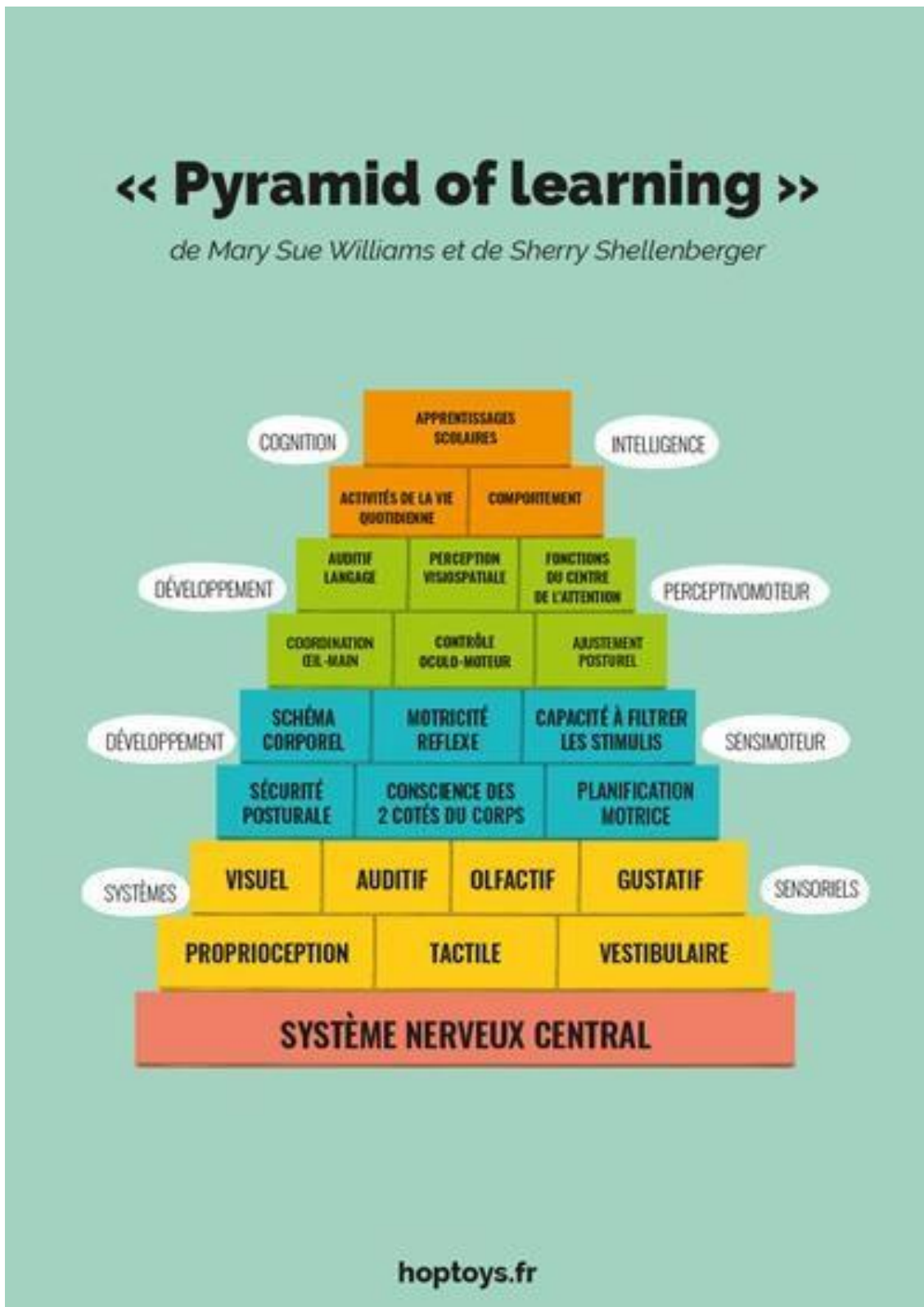
- Golse, B., & Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. *Contraste*, 2829(1), 129-138.
- Gorgy, O., & D'Ignazio, A. (2022). *Concevoir des programmes sensoriels pour personnes autistes*. Tom Pousse. HAS. (2018). *Haute Autorité de santé*.
- Institut français de l'éducation. (s. d.). Consulté 25 avril 2023, à l'adresse <http://acces.ens-lyon.fr/acces/thematiques/neurosciences/outils-numeriques/eduanatomist-neuropeda/informations-sur-les-images/1-irm/1-3-imagerie-fonctionnelle/1-3-1-sensibilite-motricite/1-3-1-5-olfaction-gustation>
- Jean, M., Dutier, M., Ballet, J., Billé, M., Boidin, L., Bubien, Y., Classe, S., Dumont, M., Dussuet, A., Guignard-Brumaud, R., & Le Blay, F. (2019). *L'intimité menacée ? Enjeux éthiques dans la pratique du soin et de l'accompagnement*. Érès.
- Laranjeira, C., & Perrin, J. (2014). Développement sensoriel et autisme. In *Autisme et psychomotricité* (p. 175-185). De Boeck-Solal.
- Larousse. (s. d.). *Définitions : Transparent—Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 14 mai 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transparent/79195>
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Sens - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 14 mai 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sens/72087>
- Le fonctionnement du cerveau*. (s. d.). MAXICOURS. Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://www.maxicours.com/se/cours/le-fonctionnement-du-cerveau/>
- Le système vestibulaire de l'oreille interne et les vertiges*. (s. d.). [Blog]. lesvertiges.com. Consulté 9 mai 2023, à l'adresse <https://www.lesvertiges.com/oreille-interne/otoconies-recepteurs-otolithiques.html>
- Leclerc, N. (1998). L'eau : Symbolisme et propriétés. In *Santé et bien-être par l'aquaforme* (p. 11-18). Les éditions de l'Homme.
- Leekam, S. R., Nieto, C., Libby, S. J., Wing, L., & Gould, J. (2007). Describing the Sensory Abnormalities of Children and Adults with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 894-910. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0218-7>
- Les parents créatifs. (2019, avril 2). *A la découverte de l'intégration sensorielle chez les enfants (INS)*. <https://www.les-parents-creatifs.com/fr/articles/integration-sensorielle-chez-les-enfants>
- Les plans autisme*. (s. d.).
- Letonturier, É., & Munier, B. (2016). Introduction. La sensorialité, une communication paradoxale. *Hermès, La Revue*, 74(1), 17-24.
- L'intégration sensorielle—L'intégration sensorielle—Interventions—Cabinet d'ergothérapie à Prades (66500) et Ille-sur-Têt (66130)—Ergopedia66*. (s. d.). Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <https://ergopedia66.fr/1.integration.sensorielle-361500-3-24-15.php>

- Maffre, T. (2014). Autisme : État des connaissances. In *Autisme et psychomotricité* (p. 1-9). De Boeck-Solal.
- Makdessi, Y. (s. d.). *Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités*.
- Mirandole. (2020, juin 25). *Le système gustatif et olfactif humain : Les goûts et les odeurs*. <https://jeretiens.net/le-systeme-gustatif-et-olfactif-humain-les-gouts-et-les-odeurs/>
- Pacoret, J. (s. d.). *Image inconsciente du corps*. Consulté 10 mai 2023, à l'adresse <https://joel-pacoret.fr/concept/image-inconsciente-du-corps/>
- Pavot, C., & Galliano, A.-C. (2015). La perception de l'espace et du temps. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1, Concepts fondamentaux* (p. 248-254). De Boeck Supérieur.
- Perrin, J., Maffre, T., Barthélémy, C., & Blanc, R. (2014). *Autisme et psychomotricité*. De Boeck Supérieur.
- Pitte, M. (s. d.). *La proxémie—Cours soignants*. EspaceSoignant.com. Consulté 14 mai 2023, à l'adresse <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/proxemie>
- Portail enfance. (s. d.). *Trouble du traitement de l'information sensorielle (SPD) | Portail Enfance et Familles*. Consulté 4 mai 2023, à l'adresse <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/troubles-du-developpement/volet-2/trouble-du-traitement-de-linformation-sensorielle-spd/>
- Potel Baranes, C. (2010). 1. Introduction au bilan psychomoteur et aux évaluations. In *Être psychomotricien* (p. 227-235). Érès. <https://www.cairn.info/etre-psychomotricien--9782749212739-page-227.htm>
- Potel, C. (2006a). 3. Thérapie à médiation corporelle : Un abord thérapeutique qui permet que les mots prennent corps. In *Corps brûlant, corps adolescent* (p. 39-49). Érès. <https://www.cairn.info/corps-brulant-corps-adolescent--9782749206588-p-39.htm>
- Potel, C. (2006b). 3. Thérapie à médiation corporelle : Un abord thérapeutique qui permet que les mots prennent corps. *LAilleurs du corps*, 39-49.
- Potel, C. (2010a). *Être psychomotricien | Cairn.info*. https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ERES_POTEL_2010_01_0227
- Potel, C. (2010b). 4. Médiations thérapeutiques et symbolisations en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 364-379). Érès. https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ERES_POTEL_2010_01_0364
- Potel, C. (2014). *Le corps et l'eau. Une médiation en psychomotricité*. Érès.
- Potel, C. (2019a). 7. Ce qui de la complexité du fonctionnement humain intéresse la psychomotricité. *Trames*, 109-116.
- Potel, C. (2019b). 8. Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ? *Trames*, 117-154.
- Potel, C., Latour, A.-M., Blanc, M., Chabert, A.-L., Deltour, F., Deleurne, F., Le Clanche, C., Legrand, O., Morisset, F., Teillet, A., Thirant, N., & Warnier, E. (2021). *Dans l'eau : Pour une psychomotricité aquatique. Théories et cliniques*. Éditions In press.

- Pourrageau, J.-P., & Perrin, J. (2014). Évaluation psychomotrice chez la personne adulte avec un TSA. In *Autisme et psychomotricité* (p. 361-370). De Boeck-Solal.
- Pyramide des apprentissages. (2023, janvier 12). *Blog Hop'Toys*. <https://www.bloghoptoys.fr/telechargez-la-pyramide-des-apprentissages>
- Quelle est l'importance de l'eau dans le corps humain ? (s. d.). *Isostar*. Consulté 26 avril 2023, à l'adresse <https://www.isostar.fr/blog/quelle-est-limportance-de-leau-dans-le-corps-humain/>
- Réveillé, C., Paquet, A., Le Menn-Tripi, C., Laranjeira, C., & Perrin, J. (s. d.). Sémiologie psychomotrice du Trouble du spectre de l'autisme (TSA). In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 4, Sémiologie et nosographies psychomotrices* (p. 515-523). De Boeck Supérieur.
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2015). Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1, Concepts fondamentaux* (p. 161-165). De Boeck Supérieur.
- Roussillon, R. (2013). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse* | Cairn.info. Presse universitaire de France. https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=PUF_ROUS_2013_01_0155
- Roux, C. (2020). *La sensorialité dans l'accompagnement des personnes âgées d m ntes : Intérêt de la prise en charge psychomotrice des troubles psycho-comportementaux*. Université de Bordeaux.
- Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1, concepts fondamentaux*. calameo.com. <https://www.calameo.com/read/000015856de8714acbfd5>
- Surugue, L. (2022, juin 16). Troubles du spectre de l'autisme : Où en est la recherche ? *Salle de presse de l'Inserm*. <https://presse.inserm.fr/troubles-du-spectre-de-lautisme-ou-en-est-la-recherche/45446/>
- Talbi, M. (2014). Témoignage d'une pratique. *Psychologues et Psychologies*, 235(5), 022-024. <https://doi.org/10.3917/pep.235.0003f>
- Waterlogic. (2021, avril 14). *10 bienfaits de l'eau sur la santé* | Waterlogic France. <https://www.waterlogic.fr/blog/10-bienfaits-eau-sur-la-sante/>

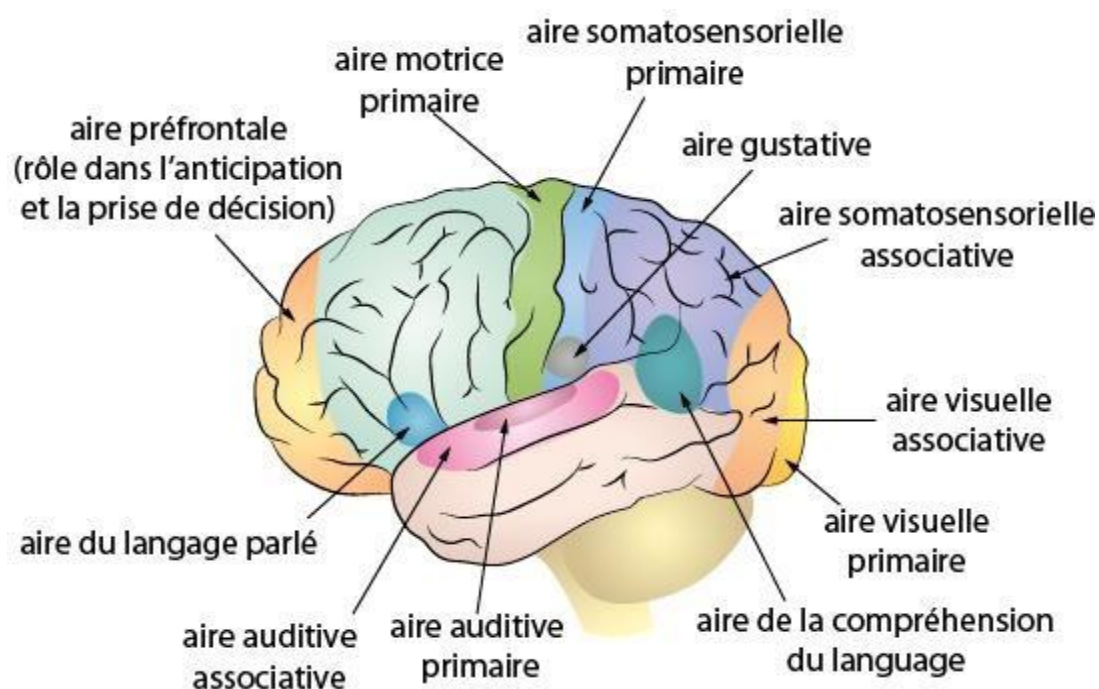
ANNEXES

Annexe 1 : Pyramide des apprentissages



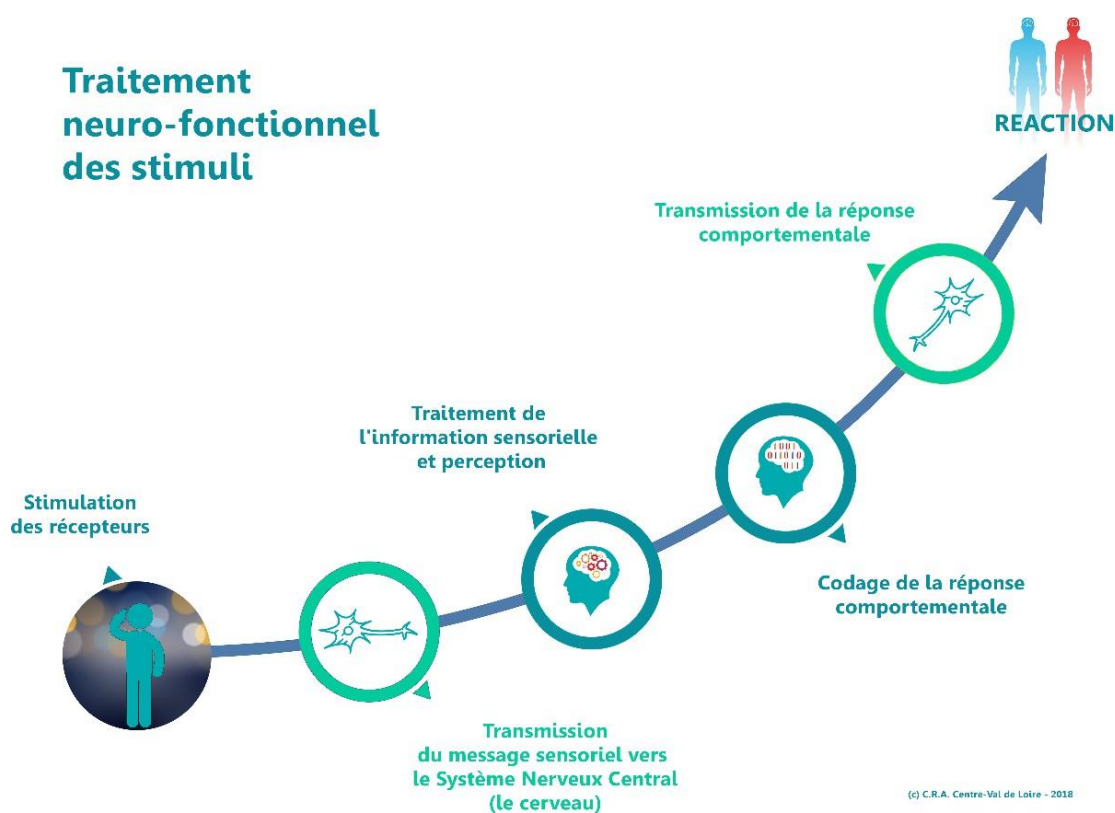
Source : blog Hop Toy's

Annexe 2 : Aires somesthésiques



Source : blog Maxicours, (Le fonctionnement du cerveau, s. d.)

Annexe 3 : Le traitement neuro-fonctionnel du stimulus



Source : Le Menn-Tripi & Berthier, 2018, site internet Centre Ressources Autisme

Annexe 4 : Critères diagnostiques du Trouble du Spectre de l'Autisme

Critères diagnostiques - 299.00 (F84.0) :

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés :

1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle
2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales
3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

Spécifier la sévérité actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs. La sévérité est codée en trois niveaux (niveau 1 : nécessitant de l'aide ; niveau 2 : nécessitant une aide importante ; niveau 3 : nécessitant une aide très importante).

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents :

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage
2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés
3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but,
4. Hyper- ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.

Spécifier la sévérité actuelle : la sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.

C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les TSA - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent HAS/Service des bonnes pratiques professionnelles/février 2018 142 capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel, social, scolaire (professionnel ou dans d'autres domaines importants).

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

Spécifier si :

- avec ou sans déficit intellectuel associé ;
- avec ou sans altération du langage associée ;
- associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental ;
- associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental ;
- avec catatonie.

Source : American Psychiatric Association, 2015

J'ai des particularités sensorielles



Source : Crombez, 2020, site internet Autisme-compiegne

Annexe 6 : Particularités sensorielles selon les modalités sensorielles

	HYPERSENSIBILITÉ	HYPOSENSIBILITÉ
VISION	<ul style="list-style-type: none"> • Regarde constamment les petites particules, ramasse les plus petits bouts de poussière • N'aime pas les endroits sombres ni la lumière très vive • Est effrayé par les flashes de lumière, les éclairs • Regarde vers le bas la plupart du temps • Se couvre les yeux ou les ferme lorsque la lumière est trop vive 	<ul style="list-style-type: none"> • Est attiré par la lumière • Regarde intensément gens et objets • Bouge ses doigts et les objets devant ses yeux • Est fasciné par les reflets et les objets de couleur • Passe la main sur le contour des objets • Reste sur la périphérie
AUDITION	<ul style="list-style-type: none"> • Couvre ses oreilles • Sommeil léger • Peur des animaux • N'aime pas les orages, la mer, les foules • N'aime pas qu'on lui coupe les cheveux • Évite les sons et les bruits • Fait des bruits répétitifs pour bloquer les autres sons 	<ul style="list-style-type: none"> • Tape sur les portes et les objets • Aime les vibrations • Aime les cuisines et les salles de bain • Aime les foules, la circulation • Déchire et froisse du papier dans sa main • Attiré par les sons et bruits
TACTILITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Ne veut pas être touché • Ne supporte pas les nouveaux habits, ne veut pas porter de chaussures • Réagit fort à la chaleur le froid la douleur • Évite de se salir • N'aime pas certaines textures d'aliments • Évite les gens 	<ul style="list-style-type: none"> • Aime les pressions et les vêtements serrés • Cherche la pression en rampant sous les objets • Aime les câlins très serrés • Aime les jeux brutaux, les culbutes • Tendance à se faire mal • Réagis faiblement à la douleur et aux températures
ODORAT	<ul style="list-style-type: none"> • Problème d'acquisition de la propreté • Évite les odeurs • Porte les mêmes vêtements • S'éloigne des gens 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sent, sent les gens, les objets • Joue et se barbouille avec les selles • Cherche les odeurs fortes • Mouille son lit
GOÛT	<ul style="list-style-type: none"> • Mange peu • Utilise le bout de la langue pour goûter • Hauts de cœur et vomissements faciles • Appétit insatiable pour certains aliments 	<ul style="list-style-type: none"> • Mange n'importe quoi (Pica) • Mets en bouche et lèche les objets • Mange des aliments mélangés (ex : doux/amer)

PROPRIOCEPTION	<ul style="list-style-type: none"> • Place son corps dans d'étranges postures • Difficulté à manier de petits objets (ex : boutons) • Tourne tout son corps pour regarder 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible tonus musculaire • Prise de main sans force, lâche les objets • Absence de conscience de la position de son corps dans l'espace • Inconscient des sensations de son corps (n'éprouve pas la faim) • Se cogne dans les objets/les gens
VESTIBULAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction de frayeur à des activités habituelles de mouvements : balançoires, rondes, manèges • Difficultés à marcher/ramper sur des surfaces instables ou non plates • N'aime pas avoir la tête en bas • Deviens anxieux ou angoissé quand ses pieds quittent le sol 	<ul style="list-style-type: none"> • Aime les balançoires et les manèges • Tournoie et court en faisant des cercles • Se balance avant en arrière

Source : (Bogdashina, 2012, p.82-85)

Annexe 7 : ensemble des résultats d'évaluation de Madame Angélique

Résultat de l'évaluation directe du profil sensoriel

	Cotation	Score	Profil sensoriel
Réactivité visuelle	2,5	1	16
Réactivité tactile	2,5	1	15
Réactivité auditive	1,5	1	14 Profil sensoriel
Réactivité olfactive	2	0	13 sévèrement
Réactivité gustative	NR	0	12 perturbé
Réactivité proprioceptive	2,5	1	11
Réactivité vestibulaire	NR	0	10
Réactivité générale	2,5		9
			8 Profil sensoriel
			7 légèrement à
			6 moyennement
			5 perturbé
			4
			3
			2
			1
			0 Absence de perturbation

Score total : 4

De manière générale, Madame Angélique a un profil sensoriel légèrement à moyennement perturbé. Elle ne présente pas de modalité sévèrement perturbée.

Résultats PDD-MRS (échelle d'évaluation des Troubles du Spectre de l'Autisme dans la déficience intellectuelle)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Absence de TSA	TSA incertain	TSA
----------------	---------------	-----

Observations :

- Difficulté modérée à établir un contact et à répondre aux avances sociales (contact non soutenu ou développé, établit parfois de manière familière, insistante ou collante)
- Une tendance à s'isoler de ses pairs (participe aux activités avec ses pairs, perturbe régulièrement les activités par des cris et s'intéresse majoritairement aux professionnels)
- Un langage présent mais dont le contenu présente des répétitions stéréotypées, une utilisation limitée et non systématiquement correcte des pronoms « je, moi, tu »
- Des intérêts obsessionnels autour des cheveux, pour les chouchous, les gilets, pyjamas, pour les visites et les événements particuliers
- Un balancement du corps, déambulation et masturbation
- Des automutilations
- Un comportement imprévisible avec des changements d'humeur

- De l'anxiété

Résultats de l'échelle MAS « Motivation Assessment Scale » ou échelle d'évaluation de la fonction

Comportement évalué : Madame Angélique se fait vomir sur la place du village

Score	SENSORIELLE	EVITER LE DEMANDE	EVITER L'ATTENTION	OBTENIR L'ATTENTION	OBTENIR L'OBJET
TOTAL	42	10	14	38	28
MOYENNE	3,5	1,25	1,27	3,8	2,8
RANG	2	5	4	1	3

Hypothèses fonctionnelles retenues : Madame Angélique cherche à obtenir et a besoin d'attention. Elle est en recherche sensorielle

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
AVANT-PROPOS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
Chapitre I : sensorialités chez l'adulte présentant le Trouble du Spectre de l'Autisme et Trouble du Développement de l'intelligence.....	6
I. Le développement de la sensorialité.....	6
1. Quelques définitions.....	6
2. Le développement et l'organisation des systèmes sensoriels.....	7
2.1. Le système tactile.....	10
2.2. Le système olfactif.....	11
2.3. Le système gustatif.....	12
2.4. Le système auditif.....	12
2.5. Le système visuel.....	13
2.6. Le système proprioceptif.....	14
2.7. Le système vestibulaire.....	15
3. La neurophysiologie de la sensorialité.....	15
4. La modulation et la discrimination sensorielle à la base d'un fonctionnement sensoriel adapté....	18
II. Un handicap : Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).....	20
1. Histoire et critères diagnostiques du Trouble du Spectre de l'Autisme.....	20
1.1. Histoire du Trouble du Spectre de l'Autisme.....	21
1.2. Critères de diagnostic du Trouble du Spectre de l'Autisme.....	21
1.2.1. La Classification Internationale des Maladies (CIM-11).....	21
1.2.2. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5).....	22
2. Épidémiologie et facteurs étiopathogénies du Trouble du Spectre de l'Autisme.....	23
2.1. Épidémiologie.....	23
2.2. Facteurs étiopathogénies du Trouble du Spectre de l'Autisme.....	23
3. Outils de diagnostic et comorbidités associés au Trouble du Spectre de l'Autisme.....	25
4. Un fonctionnement type et particulier dans le Trouble du Spectre de l'Autisme.....	26
5. Les particularités sensorielles dans l'association du Trouble du Développement de l'Intelligence au Trouble du Spectre de l'Autisme.....	29
Chapitre II : Eléments d'évaluation et de prise en soins psychomotrice.....	34
I. L'expertise du psychomotricien dans l'accompagnement de l'adulte en MAS.....	34
1. Le bilan psychomoteur.....	34
2. Outils d'évaluation et d'appréciation des particularités sensorielles lors du bilan psychomoteur.....	37
3. L'accompagnement psychomoteur de l'adulte en MAS.....	39
3.1. Le cadre thérapeutique.....	39
3.2. Une adaptation à son lieu de vie.....	42
3.3. Apports de stimulation sensorielle.....	45
3.4. Quelques médiations.....	45
II. Zoom sur le bain thérapeutique.....	47
1. L'eau, une source connue de tous ?.....	47
1.1. Définition.....	47

1.2. Les fonctions de l'eau	47
1.3. L'eau, de l'antiquité à nos jours.....	48
1.4. Le symbolisme de l'eau	50
1.5. Les caractéristiques de l'eau	50
2. Une médiation aux multiples ressources.....	52
3. Le bain thérapeutique.....	56
3.1. Quelques généralités	56
3.2. Quelques concepts fondamentaux psychomoteurs abordés à travers cette médiation	57
3.3. La question de l'intimité dans la relation duelle	64
Chapitre III : Cas clinique : Madame Angélique.....	66
I. Présentation de la MAS	66
1. Un peu d'histoire	66
2. La structure	67
2.1. Présentation générale.....	67
2.2. Population accueillie au sein de la MAS	67
2.3. Intégrer la MAS	68
2.4. L'équipe pluridisciplinaire	68
2.5. Le déroulement d'une journée.....	68
2.6. La vie institutionnelle de l'établissement	69
II. La place de la psychomotricité en MAS	70
1. Le psychomotricien au centre d'un travail pluridisciplinaire	70
2. Ma place de stagiaire en psychomotricité.....	71
III. Cas clinique : Madame Angélique.....	71
1. Anamnèse	71
2. Madame Angélique au sein de la MAS	73
3. Le bilan psychomoteur.....	75
4. Objectifs de prise en soin psychomotrice	77
5. De la 1ère rencontre aux séances de bain thérapeutique.....	77
6. Synthèse de la prise en soin	81
CONCLUSION.....	83
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES.....	90
Annexe 1 : Pyramide des apprentissages	90
Annexe 2 : Aires somesthésiques	91
Annexe 3 : Le traitement neuro-fonctionnel du stimulus.....	91
Annexe 4 : Critères diagnostiques du Trouble du Spectre de l'Autisme.....	92
Annexe 5 : Particularités sensorielles	93
Annexe 6 : Particularités sensorielles selon les modalités sensorielles.....	94
Annexe 7 : Ensemble des résultats d'évaluation de Madame Angélique	96
TABLE DES MATIÈRES	98