

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice
Paris

A LA DECOUVERTE D'UN CORPS PLAISIR
UNE APPROCHE PSYCHOMOTRICE
AUPRES D'ADOLESCENTS HANDICAPÉS MOTEURS

Mémoire présenté par Sophie RIVIERE
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Maitre de mémoire : Mme Isabelle Moreno

Session : Juin 2010

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice
Paris

A LA DECOUVERTE D'UN CORPS PLAISIR
UNE APPROCHE PSYCHOMOTRICE
AUPRES D'ADOLESCENTS HANDICAPÉS MOTEURS

Mémoire présenté par Sophie RIVIERE
en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Maitre de mémoire : Mme Isabelle Moreno

Session : Juin 2010

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mes parents qui m'ont permis de faire cette formation.

A mes frères et sœur pour leur soutien tout au long de ces trois années.

Je remercie toute l'équipe de l'Institut d'Éducation Motrice pour leur accueil chaleureux, et plus particulièrement Isabelle Moreno, ma maître de mémoire, et Amandine Doré pour leur écoute et leurs conseils qui m'ont aidé dans l'élaboration de ce mémoire.

A mes amis pour leur encouragement et leur soutien sans faille.

Enfin, merci aux enfants pour cette inoubliable rencontre.

SOMMAIRE

➤ INTRODUCTION	9
➤ PARTIE THEORIQUE	10
I. LE HANDICAP MOTEUR	11
1. <u>L'infirmité motrice cérébrale</u>	11
2. <u>Le polyhandicap</u>	12
3. <u>Les étiologies</u>	12
a) Facteurs anténataux.....	13
b) Facteurs néonataux.....	13
c) Facteurs postnataux.....	14
4. <u>Les troubles de l'enfant handicapé moteur</u>	15
a) Les troubles neuromoteurs et moteurs.....	15
- <i>Le syndrome pyramidal</i>	15
- <i>Le syndrome extra pyramidal</i>	17
- <i>Le syndrome cérébelleux</i>	18
- <i>Les formes mixtes</i>	18
b) Les troubles associés.....	19
- <i>Les troubles sensoriels</i>	19
- <i>La comitialité</i>	20
- <i>La déficience intellectuelle</i>	20
- <i>Les troubles du langage</i>	20

II. UN CORPS DOULEUREUX.....	21
1. <u>Définition de la douleur.....</u>	21
2. <u>La douleur physique.....</u>	22
a) Les troubles orthopédiques et appareillages.....	22
b) Les troubles digestifs.....	24
- <i>Les troubles de la déglutition.....</i>	24
- <i>Le reflux gastro-oesophagien.....</i>	25
- <i>Les troubles de l'élimination.....</i>	25
c) Les troubles respiratoires.....	25
3. <u>La douleur psychique</u>	26
a) La construction de soi	26
b) La conscience du handicap	27
III. LA NOTION PLAISIR.....	29
1. <u>Définition du plaisir.....</u>	29
2. <u>Le plaisir : un moteur dans le développement de l'enfant.....</u>	30
a) Le stade oral : de 0 à 1 an.....	30
b) Le stade anal : de 1 à 3 ans.....	31
c) Le stade urétral-phallique : de 3 à 6 ans.....	31
d) La phase de latence : de 6 à 12 ans.....	32
e) La puberté et l'adolescence.....	32
3. <u>Le plaisir et la psychomotricité.....</u>	33

➤ PARTIE CLINIQUE	34
I. L'INSTITUTION	35
1. <u>Présentation de l'institution</u>	35
2. <u>Place de la psychomotricité</u>	36
3. <u>Présentation du groupe</u>	37
II. PRESENTATION DES CAS CLINIQUES	38
1. <u>Ruben</u>	38
a) Anamnèse.....	38
b) Bilans généraux.....	39
c) Bilan psychomoteur.....	40
d) Projet de prise en charge.....	41
2. <u>Lise</u>	42
a) Anamnèse.....	42
b) Bilans généraux.....	43
c) Bilan psychomoteur	44
d) Projet de prise en charge.....	44
III. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE	46
1. <u>Les séances au sol</u>	46
2. <u>Les parcours psychomoteurs</u>	49
3. <u>La motricité des membres supérieurs</u>	51
IV. CONCLUSION	52
➤ DISCUSSION	53

I. LES CONDITIONS NECESSAIRES A L'EMERGENCE DU PLAISIR.....	54
1. <u>Un cadre contenant et sécurisant</u>	54
2. <u>La disponibilité du psychomotricien</u>	55
II. L'INTERET DU PLAISIR EN PSYCHOMOTRICITE.....	57
III. LE LANGAGE DU CORPS.....	59
1. <u>Le dialogue tonico-émotionnel</u>	59
2. <u>La posture</u>	62
3. <u>Les gestes</u>	62
4. <u>Le regard</u>	63
5. <u>Les mimiques faciales</u>	64
6. <u>Les émissions vocales</u>	64
IV. RETOUR SUR LA PRISE EN CHARGE.....	65
1. <u>Le holding, le handling</u>	65
2. <u>Le Moi-peau</u>	68
V. MON VECU PAR RAPPORT AU PLAISIR.....	72
➤ CONCLUSION	74
➤ GLOSSAIRE	75
➤ ANNEXES	78
➤ BIBLIOGRAPHIE	80

INTRODUCTION

La rencontre avec le handicap moteur est violente, elle nous bouscule. Le handicap fait peur, nous confronte aux limites de l'humain car il suscite des images d'anormalité.

Mon expérience à l'Institut d'Éducation Motrice m'a fait découvrir des jeunes dont le handicap moteur était plus ou moins important. Ainsi leurs capacités motrices, cognitives, relationnelles sont très différentes. J'ai donc rencontré des jeunes très dépendants.

Je me suis alors demandée comment ils pouvaient investir leur corps dans une dimension de bien-être voire de plaisir.

Mais poser la question du plaisir en relation avec le handicap n'est pas si simple, c'est un thème rarement abordé et sur lequel peu de travaux sont disponibles.

Cela pourrait s'expliquer par deux raisons. La première par le fait que la question du plaisir renvoie à la sexualité et l'intimité du sujet, ce qui peut mettre mal à l'aise le soignant.

D'autre part, la thématique du plaisir présentée à des personnes considérées comme en souffrance peut sembler déplacée.

Néanmoins, le plaisir me paraît être un moteur essentiel dans le développement et l'évolution de l'enfant.

Le psychomotricien a pour médiateur principal le corps. Auprès de cette population, il va donc s'appuyer sur un corps blessé, entravé dans sa motricité, un corps souvent source de douleurs. Ainsi comment la psychomotricité peut-elle permettre à ces adolescents d'aller à la découverte d'un corps plaisir ?

Dans un premier temps je définirai le handicap moteur et nous verrons son impact sur le corps de ces adolescents puis je développerai la notion de plaisir.

Ma réflexion s'appuiera ensuite sur mon expérience de stage auprès de deux adolescents, l'un infirme moteur d'origine cérébral et l'autre polyhandicapée.

Enfin je montrerai l'importance du plaisir dans la prise en charge psychomotrice auprès de cette population.

PARTIE THEORIQUE

« Il y a la lésion cérébrale, et il y a ce que vous êtes »

D. Truscelli

I. LE HANDICAP MOTEUR

1. L'infirmité motrice cérébrale

L'infirmité motrice cérébrale est un concept proposé par G. TARDIEU en 1954 pour distinguer les sujets porteurs de séquelles motrices de lésions cérébrales infantiles de sujets encéphalopathes atteints de déficience mentale profonde et de troubles moteurs associés. (GUIDETTI M. et TOURRETTE C., 1996, p.29)

L'infirmité motrice cérébrale (I.M.C) est « *liée à une lésion du cerveau survenue dans la période anténatale ou périnatale. Elle constitue un trouble moteur non progressif secondaire à un défaut ou une lésion sur un cerveau encore en maturation. Le handicap moteur séquellaire associe à des degrés variables des troubles de la posture et du mouvement.* » (APF, 1996, p.153)

Ces troubles moteurs sont complexes, associant des difficultés à commander le mouvement, à l'organiser, à le contrôler, ainsi qu'une faiblesse musculaire et de la raideur.

L'infirmité motrice cérébrale va entraver le développement de l'enfant entraînant des conséquences sur les possibilités de contrôle moteur, les capacités d'apprentissages scolaires, l'équilibre psycho-affectif mais « *ces atteintes cérébrales ont suffisamment préservé les facultés intellectuelles pour permettre une scolarisation.* » (LE METAYER M., 1993, p.11)

Cette définition exclue donc les enfants ayant un retard mental associé au trouble moteur d'origine cérébrale que l'on regroupe sous le terme d' I.M.O.C (infirmité motrice d'origine cérébrale) et les enfants polyhandicapés.

La seule différence qui existe entre l'I.M.C et l'I.M.O.C est la notion d'intelligence. Actuellement, il n'existe que très peu d'enfants atteints d'une infirmité motrice cérébrale pure. Cependant, le terme d'I.M.C est couramment employé pour englober ces deux appellations. J'en ferai de même dans ce mémoire.

2. Le polyhandicap

Le terme de polyhandicap est défini dans l'annexe 24 ter (Loi 1975) comme un « *handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.* » Ces sujets présentent des déficiences sévères et multiples avec une dépendance importante pour tous les actes de la vie quotidienne. (BERARD C., 2008, p.15)

Le polyhandicap est à distinguer :

- du plurihandicap qui est l'association circonstancielle de plusieurs déficiences ayant approximativement le même degré de gravité, ceci empêchant de déterminer une déficience principale
- et du surhandicap qui est compris comme l'aggravation d'un handicap donné par les difficultés relationnelles qu'il provoque.

3. Les étiologies

Selon C. BERARD (2008), en France la prévalence des déficiences motrices de type infirmité motrice cérébrale atteint près de 2 enfants pour 1000. Les estimations pour le polyhandicap varient de 0,7 à 1,3 pour 1000 enfants.

Les lésions se trouvent au niveau du cortex cérébral chez l'enfant à terme et autour des ventricules cérébraux chez le prématuré : on parle de leucomalacie périventriculaire (lésions cicatricielles secondaires à des hémorragies).

Les causes peuvent survenir avant la naissance (anténatales), pendant l'accouchement ou dans les premiers moments de la naissance (néonatales) ou après la naissance, classiquement pendant les deux premières années de vie (postnatales).

On observe actuellement une augmentation des causes anténatales par rapport aux causes néonatales ou postnatales du fait de la meilleure survie des enfants de petits poids ou très prématurés. Cette évolution va de pair avec une modification de la symptomatologie : les troubles moteurs purs sans troubles associés sont moins fréquents.

a) Facteurs anténataux

- les malformations cérébrales,
- les accidents vasculaires cérébraux (AVC),
- les séquelles graves d'infections foeto-maternelles (cytomégalovirus*1, rubéole, toxoplasmose),
- une incompatibilité rhésus entre la mère et son enfant,
- les causes toxiques : prises d'alcool, de cocaïne, de certains médicaments
- les troubles de la coagulation sanguine chez le fœtus,
- une pathologie maternelle : anémie, hypertension artérielle, anoxie*
- les grossesses multiples, ...

b) Facteurs périnataux

- la souffrance fœtale aiguë périnatale : elle s'accompagne souvent d'anoxie.. Le sang insuffisamment oxygéné devient acide et crée des lésions cérébrales,
- un traumatisme obstétrical,
- la dysmaturité* due à une hypotrophie fœtale,
- la prématurité* : plus la prématurité est grande, plus le poids de naissance est faible et plus les lésions cérébrales sont fréquentes,
- une détresse respiratoire du nouveau-né entraînant des leucomalacies périventriculaires,
- une pathologie maternelle survenant à la naissance : anémie, hypotension, anoxie
- les infections bactériennes et virales touchant le nouveau-né, ...

1 * Se référer au glossaire p.75

c) Facteurs postnataux

- les séquelles d'infection : séquelles de méningite, encéphalopathie liée au virus du SIDA,...
- un traumatisme crânien suite à un accident de la voie publique,...
- une maladie métabolique,
- les hydrocéphalies,
- les déshydratations aiguës,
- les intoxications aiguës accidentelles,
- les crises d'épilepsie prolongées,
- l'état de mal convulsif hypertermique, ...

Il ne faut pas oublier qu'environ un quart des étiologies restent inconnues pour les infirmités motrices cérébrales et un tiers pour le polyhandicap.

a) Les troubles neuromoteurs et moteurs

Le déficit moteur se caractérise initialement par un retard des acquisitions habituelles caractéristiques d'un développement normal. Le nourrisson est le plus souvent hypotonique, avec très vite une faillite posturale : pas de tenue de la tête à 3 mois, non-acquisition de la station assise,... Au fil du temps, la motricité va être entravée par une dysrégularité du tonus. Les troubles neuromoteurs vont alors conduire à une désorganisation du mouvement et de la posture. (CHABROL B. et HADDAD J., 2006, p.47)

➤ Le syndrome pyramidal

Le syndrome pyramidal est lié à une lésion de la voie pyramidale qui s'intéresse à la motricité volontaire. La conséquence de cette atteinte est la spasticité.

« La spasticité est un trouble moteur caractérisé par une augmentation du réflexe tonique d'étirement associée à une exagération des réflexes tendineux. C'est l'une des trois composantes du syndrome pyramidal. » (BUSSEL B., PELISSIER J. et PERENNOU D., 2001, p.9)

L'enfant spastique est atteint paradoxalement et à la fois de raideur et de faiblesse musculaire. Les raideurs parasitent la posture et le mouvement. Les gestes deviennent alors imprécis et les mouvements fins distaux difficiles ou impossibles à effectuer.

L'enfant spastique ne peut coordonner relâchement et contraction des groupes musculaires antagonistes : tous ses muscles sont hypertoniques et hypercontractiles.

Les contractions prédominent aux membres supérieurs, aux organes phonatoires et peuvent s'accroître en cas de fortes émotions.

Les mouvements s'arrêtent à mi-chemin par impossibilité de relâchement musculaire des muscles opposés à ceux qui se contractent.

L'atteinte faciale est souvent associée sous forme d'une atonie avec un faciès inexpressif, un bavage excessif et des difficultés dans la motricité volontaire de la bouche et de la langue. (GUIDETTI M. et TOURRETTE C., 1996, p.30)

Suivant la localisation et la degré de diffusion de l'atteinte on peut distinguer différentes pathologies 2 :

L'hémiplégie cérébrale infantile est l'atteinte d'un hémicorps. Une attitude caractéristique est observée : le bras est en rotation interne, le coude est demi-fléchi, le poignet est en pronation et les doigts sont fléchis. Le côté hémiplégique est hypotrophique.

On retrouve une prédominance au niveau du membre supérieur.

Les syncinésies sont nombreuses. Il existe également des difficultés visuelles (strabisme, hémianopsie,...) et des déficits perceptifs et corporels du côté hémiplégique.

La marche est toujours acquise spontanément et dans un délai quasi-normal.

La diplégie spastique ou syndrome de Little est une atteinte globale avec une nette prédominance au niveau des membres inférieurs.

L'attitude motrice est caractérisée par une attitude en flexion, rotation interne et adduction des hanches, flexion des genoux et varus équin des pieds lors de la mise en station debout.

Le contrôle de la tête est généralement bon. En principe les membres supérieurs ne sont pas touchés mais on peut observer quelques tremblements et maladresses.

Chez les diplégiques spastiques on trouve beaucoup de troubles praxiques, de déficits corporels de proprioception, de somatognosie, de kinesthésie.

Le langage est habituellement intact.

La tétraparésie spastique est une atteinte qui touche tout le corps. Le trouble est massif et associe une insuffisance posturale du tronc, un contrôle de la tête souvent faible et une raideurs des membres.

L'hypotonie du tronc contraste avec une hypertonie des membres qui entraîne d'importantes déformations.

2 Cours de Mme SABAT, *L'hémiplégie cérébrale infantile*, 2009–2010, ISRP, Paris

➤ Le syndrome extra pyramidal³

Le système extra pyramidal joue un rôle majeur dans la régulation du mouvement volontaire.

Le principal signe de l'atteinte du système extra pyramidal est la rigidité.

La rigidité se manifeste par une augmentation constante de la résistance du muscle lors de la mobilisation passive d'un segment de membre.

La rigidité des membres peut s'accompagner d'une hypotonie axiale majeure ou d'une posture permanente en hyper extension.

Dans le syndrome extra pyramidal, à chaque fois que le sujet voudra faire un mouvement volontaire, des mouvements involontaires vont venir le contrarier.

Parmi ces mouvements involontaires, on retrouve l'athétose. Elle se caractérise par des mouvements involontaires spontanés, lents, arythmiques, irréguliers, de faible amplitude et prédominant aux extrémités.

Les mouvements athétosiques surviennent au repos mais s'exagèrent dans les tentatives de mouvements volontaires.

Parallèlement peuvent se combiner des mouvements choréiques beaucoup plus brusques qui partent des racines des membres. On parle alors de choréo-athétose. Ces mouvements sont favorisés par l'émotion, les mouvements volontaires et les efforts posturaux.

La dystonie consiste en une contraction tonique involontaire, soutenue et incoercible, d'apparition intermittente et localisée à certains groupes musculaires, imprimant aux membres et au tronc des attitudes d'extension et de torsion. Les mouvements anormaux sont moins marqués qu'une choréo-athétose mais il peut exister des accès d'hypertonie des muscles des membres ou de l'axe.

3 Cours de Mme SABAT, *Le syndrome athétosique*, 2009-2010, ISRP, Paris

➤ Le syndrome cérébelleux⁴

Il s'observe au cours de lésions affectant le cervelet lui-même ou les voies cérébelleuses, et est caractérisé par une ataxie.

L'ataxie est un trouble de la coordination qui, en dehors de toute atteinte de la force musculaire, affecte la direction et l'amplitude du mouvement volontaire et perturbe les contractions musculaires volontaires ou réflexes nécessaires aux ajustements posturaux ainsi que le maintien de la station debout.

Il existe 3 formes d'ataxies mais seule l'ataxie cérébelleuse relève de l'infirmité motrice cérébrale. Elle se caractérise par l'association de trouble de la statique et de la marche (polygone de sustentation élargie, oscillations, démarche ébrieuse) et de trouble de l'exécution des mouvements (hypermétrie*, asynergie, dyschronométrie*, adiadococinésie). Ces troubles ne sont pas aggravés par l'occlusion des yeux.

➤ Les formes mixtes

Il existe également des formes associant spasticité, dyskinésie ou ataxie. En fonction de l'âge de l'enfant, la symptomatologie neurologique peut évoluer. Une hypertonie spastique des membres supérieurs peut s'atténuer au cours des premières années de vie. Les mouvements anormaux n'apparaissent souvent qu'après la première année de vie. (BERARD C., 2008, p.18)

4 Cours de Mme SABAT, *L'ataxie*, 2009-2010, ISRP, Paris

b) Les troubles associés

Bien que prédominant dans l'infirmité motrice cérébrale, le handicap moteur est rarement isolé. En effet dans 84% des cas, on observe des troubles associés d'intensité variable et qui peuvent se combiner. Ci-dessous une partie des troubles associés que l'on peut retrouver.

➤ Les troubles sensoriels

Les troubles visuels :

Beaucoup de régions du cerveau interviennent dans le contrôle du regard et dans l'interprétation de ce qui est vu. Il est donc rare que l'une de ces régions ne soit pas touchée par la lésion qui est à l'origine du handicap moteur.

La plupart des enfants ont une baisse de l'acuité visuelle confinant parfois à la cécité. On retrouve également des troubles de la réfraction (myopie, hypermétropie), des troubles de la motricité oculaire (strabisme, nystagmus), des troubles de la fixation et de la poursuite oculaire et une altération du champ visuel (hémianopsie).

Ces troubles affectent la façon dont l'enfant perçoit son environnement et les mouvements. Il devient alors difficile pour l'enfant d'acquérir les notions d'espace, de permanence des objets, les relations de cause à effet ou le repérage spatio-temporel.

Les troubles auditifs :

On peut rencontrer des hypoacusies (diminution de l'acuité auditive), des surdités de perception ou des agnosies auditives.

L'origine de ces troubles peut être une lésion cérébrale au niveau de l'aire auditive, du nerf auditif ou de l'oreille.

Les troubles auditifs vont avoir une incidence défavorable sur l'apprentissage du langage.

➤ La comitialité

L'épilepsie est caractérisée par la répétition chronique de décharges des cellules nerveuses du cortex cérébral. Elle est fréquente chez les enfants handicapés moteurs.

Le début de l'épilepsie est souvent précoce, dans la première année de vie.

Son expression clinique est variable : elle peut se manifester sous forme de crises partielles, souvent secondairement généralisées ou par des crises d'emblée généralisées.

Il est important de trouver un traitement médical adapté car l'épilepsie peut aggraver la déficience du patient. (GUIDETTI M. et TOURRETTE C., 1996, p.33)

➤ La déficience intellectuelle

Chez le sujet polyhandicapé, la déficience intellectuelle entraîne des difficultés à se situer dans le temps et dans l'espace, ses possibilités de raisonnement logique sont difficiles à appréhender et le plus souvent on retrouve une absence de langage ou un langage très rudimentaire.

Cependant il est possible pour le sujet I.M.C ou polyhandicapé d'exprimer ses émotions, ce qui permet d'établir avec lui des modes de communication spécifiques. En effet, malgré les entraves motrices, l'expression des émotions reste pour bon nombre de sujets un mode de communication privilégié. (CHABROL B. et HADDAD J., 2006, p.47)

➤ Les troubles du langage

Les troubles du langage peuvent résulter d'une atteinte motrice qui touche les muscles phonatoires, d'une atteinte auditive, d'une raideur ou de mouvements involontaires des muscles bucco-faciaux, d'une anomalie au niveau du système respiratoire ou d'un déficit intellectuel.

Ils peuvent toucher la production et/ou la compréhension. L'atteinte peut concerner le développement du langage (dysphasie) ou l'expression motrice de la parole (dysarthrie).

Ces troubles vont donc avoir des degrés variables : certains enfants ne parlent pas, certains parlent mal, d'autres ont des défauts d'articulation, de prononciation ou des troubles du rythme de la parole (bégaiement). (GUIDETTI M. et TOURRETTE C., 1996, p.35)

II. UN CORPS DOULOUREUX

1. Définition de la douleur

En 1979, l'International Association for Study of Pain a donné une définition de la douleur comme « *une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage* ». Cette formulation fait la synthèse entre deux théories : celle d'une approche sensorielle de la nociception, et la conception plus ancienne de ce phénomène dans sa dimension psychologique.

La douleur, vécu toujours subjectif, possède une composante émotionnelle importante résultant de l'intégration et de l'interprétation du message à travers l'appareil psychique, la référence aux expériences antérieures, la compréhension, l'espérance ou la désespérance, la croyance, le style individuel de réaction face à l'adversité. (CHABROL B. et HADDAD J., 2006, p.96)

Le diagnostic positif de la douleur chez l'enfant polyhandicapé n'est pas sans poser problèmes. En effet, on retrouve une difficulté particulière liée à l'absence habituelle du langage parlé et surtout à la diversité des situations individuelles avec des troubles neuromoteurs et des possibilités d'expression très différentes d'un enfant à l'autre.

Le diagnostic positif de la douleur va donc être fondé sur l'interrogation de l'entourage et une observation très attentive des modifications du comportement et du tonus de l'enfant. La vigilance doit donc être systématique.

Pour faciliter le diagnostic, des échelles d'hétéro-évaluation existent notamment l'échelle San Salvador. Cette échelle a été élaborée afin de tenter d'apprécier la douleur chez les enfants polyhandicapés en prenant en compte les difficultés causées par la restriction extrême de leur autonomie, de leurs possibilités de perception, d'expression et de relation qui définissent la pathologie. Elle se compose d'un dossier comprenant les informations de base où le comportement habituel de l'enfant est noté, et de 10 items. Ces items sont notés sur 40. A partir de 6, la douleur est considérée comme certaine.

L'origine des douleurs chez le sujet handicapé moteur est très variée : spasticité, rétractions musculaires, immobilité, points de pression, constipation, reflux gastro-œsophagien, infections urinaires, mobilisations inappropriées,...

Dans son article, G. PFISTER (2002) nous dit que l'anxiété due au long parcours médical de ces personnes, la peur de l'inconnu, de la douleur si souvent rencontrée et mal contrôlée, l'incapacité à verbaliser, et les « supposés » des soignants sont autant de facteurs aggravants de cette douleur. Il cite alors J. SALOME : « *ce qui n'est pas dit avec des mots sera dit avec des maux.* »

a) Les troubles orthopédiques et appareillages

L'enfant polyhandicapé ou I.M.C est, dès son plus jeune âge, sujet aux déformations orthopédiques du fait des troubles du tonus, de l'absence de station debout. En effet, la croissance des muscles, souvent altérée par les troubles du tonus, est souvent asymétrique et accentue ces déformations.

Ces déformations risquent de s'aggraver avec l'évolution staturo-pondérale de l'enfant, puis de l'adulte. (BATTISTELLI F, 1992)

Chez l'enfant polyhandicapé, les deux principales complications orthopédiques sont les luxations de hanche et les déformations rachidiennes mais on peut noter des déformations à plusieurs niveaux :

- la colonne vertébrale : scoliose, cyphose, gibbosité
- la hanche : luxation
- les genoux : valgum, recurvatum, flexum
- les pieds : varus, équins, valgus

Ces déformations risquent d'engendrer des troubles respiratoires, des douleurs, des escarres,... et d'entraver encore davantage les possibilités de mouvements de l'enfant. Les douleurs peuvent alors apparaître lors des mobilisations, sont parfois permanentes et dans certains cas résistantes aux antalgiques.

Afin de limiter l'évolution et l'aggravation de ces déformations orthopédiques et en attendant une intervention chirurgicale de nombreux types d'appareillage sont mis en place : corset, attelles, coque, verticalisateur⁵,...

Cependant, le recours aux interventions chirurgicales est parfois nécessaire afin de rétablir une anatomie fonctionnelle. Il s'agit le plus souvent d'un geste sur les parties molles au niveau des hanches : ténotomies* des adducteurs et neurotomie* obturatrice, ou des genoux et des pieds. Pour les luxations évoluées, le recours à la chirurgie osseuse est parfois nécessaire. Les interventions rachidiennes, l'arthrodèse* notamment, prennent également une place importante . (ECOFFEY B. et MURAT I., 1999, p.173)

Cette période peut alors être très éprouvante pour l'enfant : il va se retrouver dans un endroit inconnu, loin de sa famille et avec des personnes qu'il ne connaît pas, ses repères sont bouleversés.

De plus, après l'opération l'enfant est généralement immobilisé. Il n'a donc pas de possibilités de mouvements et doit faire face à un corps douloureux, objets de soins, encore plus dépendants. L'enfant va par la suite devoir se réapproprier son nouveau corps.

Les complications infectieuses sont assez courantes et peuvent rallonger le séjour à l'hôpital.

Suite à l'opération une rééducation intensive est généralement prévue. Beaucoup d'efforts sont demandés au jeune sans qu'un meilleur « fonctionnement » ne soit garanti par la suite. Parfois, l'opération ne réussit pas et il faut alors aider le jeune à faire le deuil.

5 Photo en annexe p. 78

b) Les troubles digestifs

➤ Les troubles de la déglutition

La déglutition est un processus complexe dont le fonctionnement fait appel à de nombreuses structures anatomiques et neurologiques.

Elle permet la propulsion du bol alimentaire de la bouche vers l'estomac.

On peut distinguer 3 temps : la succion, la déglutition et le péristaltisme œsophagien. La déglutition normale nécessite l'intégrité de l'ensemble de ces structures et de la commande centrale, en particulier le tronc cérébral. (GAUDON P., 2000, p.61)

Chez le sujet polyhandicapé, les différentes étapes de la déglutition vont être perturbées du fait des troubles neuromusculaires.

Le mécanisme de déglutition doit également être coordonné avec la respiration. En effet, un mécanisme de protection doit intervenir lors d'inhalations accidentelles : le réflexe de toux. Or l'absence de ce réflexe est majoritaire chez les sujets polyhandicapés, ce qui va favoriser les fausses routes.

Pour limiter les risques de fausse route, il est préférable que le repas se fasse dans un environnement calme, la position du sujet doit être adaptée (les troubles sont exacerbés par l'attitude du cou en hyper extension) ainsi que la consistance des aliments.

Au trouble de la déglutition s'associe souvent un bavage excessif. Il est lié à une mauvaise aspiration intrabuccale de la salive ou à une fermeture incomplète de la bouche. (CHABROL B. et HADDAD J., 2006, p.48)

Les problèmes d'alimentation, lorsqu'ils sont persistants et sévères, ont des conséquences sur la croissance. Outre les troubles de la croissance, les troubles d'alimentation et de déglutition ont un impact sur de multiples domaines : sur les fonctions respiratoire et gastro-intestinale et dans l'interaction parents-enfant avec un retentissement sur la vie familiale.

Quand les difficultés d'alimentation sont trop importantes avec retentissement sur la croissance, une alimentation par sonde digestive est souvent mise en place. L'usage de sonde de gastrostomie* permet une réduction des temps d'alimentation et un gain pondéral satisfaisant dans la plupart des cas. (*ibid.*)

➤ Le reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien est un trouble qui provoque la régurgitation du contenu de l'estomac (incluant les sucs gastriques) dans l'œsophage.

Il se manifeste par des régurgitations, des vomissements et/ou des douleurs gastriques. Le risque de reflux gastro-œsophagien est très présent chez le sujet I.M.C et polyhandicapé.

➤ Les troubles de l'élimination

Ils correspondent généralement à de la constipation, due à un ralentissement du transit intestinal par manque de mouvements, de station debout.

L'apparition d'un fécalome (selles dures) peut bloquer l'évacuation intestinale et entraîner une occlusion intestinale.

Le ralentissement du transit peut être également majoré par les scoliose importantes et la déshydratation. Le traitement consiste donc en une hydratation importante, des massages abdominaux,...

c) Les troubles respiratoires

Ils sont secondaires à de multiples circonstances. Du fait de la faiblesse neuromusculaire, les enfants sont sujets aux fausses routes et leur toux est souvent inefficace. Par ailleurs, la capacité respiratoire vitale est diminuée du fait des déformations thoraciques et des scoliose. Les difficultés d'alimentation, le reflux gastro-œsophagien, les déformations,.. favorisent le risque d'infection des voies respiratoires, notamment les bronchites. (CHABROL B. et HADDAD J., 2006, p.49)

Dès le plus jeune âge, le déficit moteur est mis en avant et le corps handicapé devient l'objet central des préoccupations du sujet, de sa famille et du corps médical. Pourtant l'atteinte corporelle n'est que la partie visible d'une souffrance bien plus grande. En effet, le fait de vivre avec un corps infirme n'est pas sans retentissement sur la vie psychique du sujet. On peut alors se demander comment l'enfant va se construire en tant que sujet. Pour lui, il ne s'agit pas de vivre avec son handicap, mais de se constituer comme sujet dans un corps "abîmé".

a) La construction de soi

Selon l'APF (1996), l'enfant handicapé moteur va rencontrer des difficultés particulières dans la construction de soi. Il va d'abord être confronté à une altération dans les premiers processus d'identification primaire. L'identification est un processus psychologique par lequel le sujet se construit sur le modèle de l'autre.

Quand nous faisons connaissance avec un nouveau-né, nous savons d'emblée que ce bébé appartient à l'espèce humaine, qu'il nous ressemble et qu'il va devenir un homme ou une femme comme nous. Mais si ce bébé présente des lésions du fonctionnement neuro-biologique et n'a pas les comportements d'attachement habituels (regards, sourires, succion...), notre regard va s'arrêter sur lui ou le fuir. Quelles conséquences cela va-t-il avoir dans la relation mère-enfant ?

La mère assure la continuité temporelle des soins et des contacts, mais c'est l'espace psychique de l'illusion et de la désillusion qui fonde la naissance de soi et de l'Autre, du désir et de la pensée. Ce mécanisme de l'illusion, décrit par D.W. WINNICOTT, est le mécanisme psychique de base de l'identification primaire. L'illusion serait l'adéquation entre l'attente de l'enfant qui a besoin de quelque chose et la réponse de la mère qui comble ce besoin.

« Au début, la mère, par une adaptation qui est presque de 100%, permet au bébé d'avoir l'illusion que son sein à elle est une partie de lui, l'enfant. Le sein est, pour ainsi dire, sous le contrôle magique du bébé. » (WINNICOTT D.W., 1975, p. 44)

La mère va maintenir pour le bébé un environnement suffisamment bon, qui lui permettra d'expérimenter son unité, la fiabilité de son fonctionnement psychique et sa continuité d'être au monde.

Le handicap introduit l'échec de l'illusion. En effet le mécanisme de l'illusion suppose la réciprocité des échanges, le partage d'un même espace mental. Une maman très blessée par l'annonce du diagnostic, décontenancée par son bébé, vivra une douloureuse expérience : à la place d'une réciprocité s'installe une altérité. Cet enfant est différent, autre.

L'enfant handicapé est confronté à une seconde altération dans la constitution du lien social. L'enfant qui vient au monde prend place dans une société et une succession de générations. D'emblée, il est porteur d'une mission : assumer la continuité des générations (en donnant la vie à son tour) et de l'ensemble social (en trouvant une place active dans le groupe). Pour assurer cette continuité, l'ensemble social va l'investir et le soutenir. Le handicap va bouleverser ceci car l'enfant ne va pas ou mal bénéficier du soutien intergénérationnel.

L'enfant handicapé moteur, enfin, est confronté à un corps persécuteur. Ce corps réclame tous les soins, il occupe toute la place. Il oblige ainsi l'enfant à organiser une réalité qui l'envahit sans cesse douloureusement.

Le handicap moteur va donc venir entraver la construction du sujet. En tant que soignant, il est important d'avoir en tête l'idée de donner à l'enfant sa dignité de personne, de respecter ses besoins et son confort, de prendre en compte ses demandes et ses envies.

b) La conscience du handicap

Nous pouvons également nous demander quelle conscience les enfants ayant des moyens d'expression très limités ont de leur handicap ?

En effet, on pourrait penser que l'enfant porteur d'un handicap n'en n'a pas conscience car il est trop handicapé, trop « limité intellectuellement » pour penser son handicap ou car c'est le seul état qu'il connaisse. Mais ce discours ne serait-il pas juste une protection pour ne pas voir la souffrance de l'enfant ?

Dans son article, S. KORFF-SAUSSE fait l'hypothèse que cette conscience du handicap existe chez tous les enfants. « *La notion d'anormalité est pressentie, pour peu qu'on y prête attention par tous les enfants même très jeunes et très déficients et elle s'effectue par la conjonction des perceptions venant du monde externe, à savoir la réaction parentale et le regard des autres, mais aussi les perceptions internes, c'est-à-dire le décalage ressenti par l'enfant entre ses facultés physiques et mentales limitées et l'intuition d'un développement normal que porterait en soi tout être humain.* »

En fonction des conséquences de son handicap, l'enfant peut être amené à vivre des renoncements : marcher, courir, aller à l'école, parler... il doit toute sa vie renoncer à une certaine normalité et à une autonomie totale. Il vit tous les jours la révélation d'être différent des autres, de ne pas pouvoir faire aussi bien qu'eux. L'enfant peut se voir comme celui qui ne peut pas, celui qui déçoit ses parents. Ces sentiments sont renforcés par le regard parental et celui des autres. On peut également se demander quel regard, en tant que soignant nous renvoyons à l'enfant. L'enfant peut donc avoir une image très dévalorisée de lui et de ses capacités.

« *Les enfants, même très démunis, sont terriblement conscients d'être à l'origine de la dépression de leurs parents. [...] L'enfant est en quelque sorte atteint d'une double blessure. Blessé dans son corps et dans son esprit par ce handicap dont il subit toutes les conséquences pénibles et dévalorisantes. Mais il porte aussi le poids d'une autre blessure qu'il inflige au narcissisme de ses parents... Être la cause de leur chagrin est la source d'une lourde culpabilité.* »

Ces conséquences psychiques du handicap peuvent être à l'origine de mouvements dépressifs ou d'une dépression plus permanente chez l'enfant. Cette dépression peut se cacher derrière des symptômes tels l'instabilité, l'apathie, un manque d'intérêt pour les jeux, l'agressivité, un refus d'alimentation,...

La dépression est alors encore plus difficile à reconnaître car « *elle est insupportable pour les adultes chez qui elle ravive leur propre dépression.* » (ibid.)

La psychomotricité va alors venir permettre à l'enfant de découvrir son corps autrement, un corps qui peut également être source de plaisir.

III. LA NOTION DE PLAISIR

1. Définition du plaisir

Le mot plaisir vient du latin *placere* qui signifie plaire.

Selon le Larousse (2010), le plaisir se définit comme un « *état de contentement que crée chez quelqu'un la satisfaction d'une tendance, d'un besoin, d'un désir.* »

Le terme de plaisir s'applique généralement à un état sensoriel ou, d'une façon plus large, à une expérience. « *Considérer le plaisir comme une simple absence de douleur ou comme la conséquence de la satisfaction d'un besoin corporel pressant est une simplification à outrance qui ne permet pas de décrire ou d'expliquer correctement toute la gamme des expériences humaines à même de procurer du plaisir et de la satisfaction.* » (SZASZ T.S., 1986, p.184)

T.S. SZASZ (1986) complète son propos en disant : « *On a tendance à penser que toutes manifestations de plaisir sont de nature « érotique », ce qui signifie au sens le plus étroit que le plaisir est « sexuel » et au sens plus large qu'il se rapporte à des processus corporels. Les relations humaines et les événements sociaux dans toute leur complexité sont considérés comme une source de plaisir, soit parce qu'il aboutissent à des satisfactions physiques, soit parce qu'ils ont une fonction de sublimation.* »

Parler de la notion de plaisir auprès d'une population d'adolescents renvoie forcément à l'idée de la sexualité. Bien que cet aspect ne doit être occulté, j'emploie ici le terme de plaisir dans le sens du plaisir sensori-moteur et relationnel.

Avant de revenir sur la place du plaisir en psychomotricité, j'aimerais montrer en quoi la notion de plaisir est essentielle dans le développement de l'enfant.

Les signes de plaisir, de contentement, de bien-être sont observables dès la naissance, notamment au niveau corporel : « *Le premier signe de plaisir explicité par le nouveau-né au cours des premiers jours est le fait de se calmer lorsqu'on le prend dans les bras. Pendant ses tétées, il montre son plaisir en écartant ses orteils qu'il fléchit et étend.* » (ILLINGWORTH R.S., 1990, p.128) L'enfant, très tôt, va donc se mettre à la recherche du plaisir.

Freud a décrit les différents stades successifs du développement psycho-affectif de l'enfant dans lesquels nous pouvons voir l'importance du plaisir. 6

a) Le stade oral : de 0 à 1 an

C'est le premier stade de l'évolution libidinale. La première expérience de vie du nouveau-né est une expérience orale. Ce stade est donc sous le primat de la zone bucco-labiale.

Le nouveau-né vit un état de tension. Grâce à la tétée il découvre l'apaisement, il passe de la douleur au plaisir. Au delà de l'apport alimentaire, le bébé découvre rapidement que l'excitation bucco-labiale procure un plaisir en soi. Même en dehors des tétées, on observe que le bébé continue à suçoter ses lèvres : c'est le plaisir auto-érotique.

Mais le bébé s'empplit également d'autres choses : il est au contact de sa mère en peau à peau. Le toucher, l'odeur, la voix, la vue de la personne présente sont importants. Le nouveau-né intègre alors d'autres signifiants que le simple fait de se nourrir.

Il s'opère donc l'incorporation de la nourriture mais aussi de ces autres signifiants. C'est le début de la relation objectale même si le bébé ne différencie pas encore l'intérieur de l'extérieur. La mère est associée aux sensations de plaisir et devient « objet d'aimance »

6 Cours de Mme GOUSSARD, *L'investissement pulsionnel du corps*, 2009-2010, ISRP, Paris

b) Le stade anal : de 1 à 3 ans

L'enfant entre ensuite dans le stade anal. L'enjeu fondamental de ce stade est la maîtrise ou l'emprise sur l'autre.

La libido est organisée sous le primat de la zone érogène anale, qui s'étend jusqu'à tout l'appareil musculaire. Il s'agit à ce stade de conserver à l'intérieur de soi ou d'expulser.

L'objet pulsionnel ne se réduit pas aux selles, c'est aussi l'environnement proche et le contrôle de la relation avec celui-ci qui est en jeu. L'enfant découvre qu'il a un pouvoir : un pouvoir affectif selon qu'il décide de donner ou non ses selles comme cadeau à son entourage.

Mais l'enfant va devoir modérer son pouvoir au nom des conventions sociales (ne pas jouer avec ses excréments,...) Son plaisir doit donc se déplacer. L'enfant va devoir trouver des substituts. L'enfant peut alors s'attacher à des objets qu'il ne quitte plus et qu'il est le seul à pouvoir cajoler ou détruire selon ses envies.

Parallèlement l'enfant différencie de plus en plus l'extérieur de l'intérieur. Les limites de son corps se précisent.

c) Le stade urétral-phallique : de 3 à 6 ans

Ce stade introduit et précède la problématique œdipienne.

C'est le stade de l'unification des pulsions sous le primat des organes génitaux mais sans qu'on puisse encore parler véritablement de génitalisation de la libido.

La zone érogène prévalente est ici l'urètre avec le double plaisir de la miction et de la rétention. Comme le plaisir anal, ce plaisir urétral comporte une dimension auto-érotique et une dimension objectale (faire plaisir ou non à l'environnement)

C'est à cette période que se manifeste la curiosité sexuelle infantile. L'enfant prend conscience de la différence anatomique des sexes mais à ce stade, qu'il soit fille ou garçon, l'enfant n'a qu'une idée en tête : avoir un pénis ou ne pas en avoir.

L'angoisse de castration va naître de la constatation par l'enfant de la différence des sexes et du bouleversement psychique que l'absence fantasmée du phallus provoque en lui.

Vers 4 ans l'enfant entre dans le stade œdipien. Les acquis essentiels du complexe d'œdipe seront l'acquisition de la différence des sexes, des générations, l'interdit de l'inceste et l'identification au parent du même sexe.

d) La phase de latence : de 6 à 12 ans

Suite à la résolution de la problématique œdipienne, l'enfant entre dans la phase de latence.

C'est une période d'intense élaboration mentale et de réorganisations.

L'enfant met de côté les questions sexuelles apparentées aux parents. On peut décrire cette phase comme étant marquée par une importante diminution des activités pulsionnelles, par une désexualisation des relations objectales et des affects, les désirs érotiques refoulés se transformant en tendresse.

L'enfant se tourne alors vers les activités intellectuelles, les apprentissages scolaires, l'activité physique,...

e) La puberté et l'adolescence

A l'adolescence, la problématique œdipienne va être réactivée. Cette fois-ci, c'est différent car le corps porte en lui une sexualité génitalisée. L'identité sexuelle est remise en jeu.

La difficulté à l'adolescence sera de canaliser un corps en excitation, en croissance, en désir, en plaisir. L'adolescent va revivre une nouvelle fois, simultanément, toutes les étapes de ses premières années pré-œdipiennes et en particulier la phase œdipienne.

Le plaisir paraît donc être un moteur dans le développement de l'enfant. Il permet de favoriser les apprentissages et les acquisitions pendant toute l'enfance. Apprendre et progresser à travers le plaisir serait donc plus aisé.

En psychomotricité, quel lien peut-on faire avec le plaisir ?

O. MOYANO (1997), a tenté de définir la relation psychomotricien – enfant en fonction de la théorie freudienne. Pour Freud, le plaisir est obligatoirement d'origine sexuelle.

Cette hypothèse implique une interdiction a priori du plaisir dans la prise en charge parce qu'il est alors trop ambigu dans son rapport à la sexualité. Comment cela serait-il possible de ressentir du plaisir sans que cela nuise au développement de l'enfant ?

Il s'agit en fait du plaisir du cadre en relation avec la sécurité qu'il offre même s'il peut être attaqué par le patient. Il s'agit aussi du plaisir du jeu et de la répétition. La répétition dans sa fonction éducative, structurante est fondamentale. C'est là que le thérapeute doit connaître son rôle. Il faut qu'il sache laisser à l'enfant la possibilité de prendre son plaisir dans la répétition même si cela crée chez lui une lassitude.

On peut donc dire qu'en psychomotricité, on ressent, on vit des expériences corporelles, perceptives, sensorielles, ludiques, tactiles, kinesthésiques mais aussi qu'on joue. Le plaisir du jeu s'inscrit dans toutes perspectives psychomotrices, quel que soit le champ d'intervention : thérapeutique, éducatif, ou rééducatif. Le jeu et son rapport avec le plaisir apparaît donc comme essentiel dans la prise en charge psychomotrice.

Ainsi, le psychomotricien travaille essentiellement avec la notion de plaisir : plaisir de se mouvoir, plaisir d'être en relation, plaisir de jouer,... Le plaisir du jeu va alors venir soutenir l'investissement du corps, autant dans ses aspects instrumentaux que relationnels.

Mais quand la liberté de mouvement du sujet est entravée, quand le corps est source de fatigue et de douleurs, quand les troubles de la communication rendent difficile les relations avec autrui, l'accès au plaisir devient alors plus difficile.

Ainsi, pour que l'enfant handicapé moteur ressente du plaisir à travers son corps, il va falloir l'aider à multiplier les expériences sensorimotrices positives pour tenter ainsi de dépasser ses difficultés. L'idée étant de lui proposer des moments privilégiés pour qu'il accède à de multiples plaisirs tant moteurs, sensoriels que relationnels.

Je vais donc à présent vous parler de mon expérience en tant que stagiaire à l'Institut d'Éducation Motrice.

PARTIE CLINIQUE

« Le corps recherche le plaisir et découvre que son plus grand plaisir c'est l'expression de soi »

Lowen

I. L'INSTITUTION

1. Présentation de l'institution

L'institut d'Éducation Motrice (IEM) est un externat qui accueille 45 jeunes de 3 à 20 ans porteurs d'un handicap moteur associé à un retard mental et à des troubles de la communication avec ou sans surdité.

L'équipe de l'établissement est pluridisciplinaire. Elle est composée de :

- un chef de service éducatif
- un médecin
- une infirmière
- une assistante sociale
- une psychologue
- une équipe paramédicale : orthophonistes, kinésithérapeute, ostéopathe, ergothérapeute et psychomotriciennes
- une équipe éducative : éducatrices spécialisées, aides médico-psychologiques
- et aussi d'un service général de cuisine et d'entretien.

L'organisation du centre est originale puisque les jeunes sont répartis en 6 groupes d'âge d'environ 8 enfants.

Chaque groupe est encadré toute la journée par 2 ou 3 professionnels qui peuvent être une éducatrice, une psychomotricienne et une orthophoniste. Ils assurent la prise en charge individuelle et/ou groupale des enfants ainsi que les tâches quotidiennes (repas, changes, relation avec les familles,...)

Dans la logique institutionnelle, ce fonctionnement permet d'éviter la multiplicité des prises en charge avec différents professionnels dans différents lieux. La journée et la prise en charge apparaît alors moins morcelée.

Il existe également un internat qui accueille 9 jeunes à la fin de leur journée au centre. Ils y viennent sur l'année entière ou de façon périodique. Une rupture avec la famille est alors souvent recherchée.

La psychomotricité permet de faire ressentir et connaître harmonieusement à l'enfant son corps dans l'espace, le temps et au travers de multiples activités.

Auprès des enfants handicapés moteurs, le travail en psychomotricité permet de trouver une harmonie entre leurs possibilités motrices réelles et leurs désirs de mouvement et de relation, quelle que soit la lourdeur du handicap. Elle vient aider ces enfants à reconstruire leur schéma corporel perturbé, à bien sentir leur corps et à se sentir bien dans leur corps.

Les psychomotriciennes, entre autre, interviennent également en post-opératoire pour redonner à l'enfant une bonne réappropriation de son corps et de ses nouvelles possibilités motrices.

A l'IEM, la psychomotricité fait partie intégrante du projet institutionnel. En effet, il y a au moins une psychomotricienne sur chaque groupe. Sur le plan matériel, il y a une grande salle de psychomotricité, utilisée généralement pour faire des parcours psychomoteurs en tout genre et une autre de salle, plus petite, qui sert davantage à la relaxation. Il existe également une piscine dans l'enceinte même de l'institution mais elle était en réparation cette année.

La spécificité du fonctionnement institutionnel permet d'avoir une vision globale dans la prise en charge de chaque jeune. En effet, les psychomotriciennes participent à la vie de groupe toute la journée (temps d'accueil, changes, repas, activités psychomotrices, activités avec d'autres professionnels,..) Ce fonctionnement a néanmoins suscité des interrogations de ma part, notamment par rapport au nursing et à l'aspect éducatif que l'on retrouve tout au long de la journée. Cependant chaque professionnel garde son regard spécifique dans les différents moments de la journée.

Les psychomotriciennes peuvent également s'investir au niveau des appareillages et apporter leurs observations lors d'une modification ou d'un changement de ceux-ci (corset, attelles,...)

Enfin, ce fonctionnement permet de créer un véritable travail d'équipe pluridisciplinaire car les différents professionnels sont amenés à travailler ensemble toute la journée. Les échanges sont ainsi facilités. De plus, les réunions d'équipe permettent la confrontation des regards de chaque professionnel sur les jeunes.

3. Présentation du groupe

Le groupe dans lequel j'ai effectué mon stage cette année est composé de 8 jeunes âgés de 13 à 15 ans. Il est encadré la semaine par deux psychomotriciennes, une orthophoniste et une éducatrice spécialisée. Le vendredi, ce sont les deux psychomotriciennes qui sont présentes.

En cours d'année un des jeunes a changé de groupe et nous avons alors accueilli un autre jeune en fauteuil roulant. Je pense que la pratique avec cet adolescent aurait pu être intéressante mais il est arrivé trop tard dans l'année pour que je puisse l'intégrer dans ce mémoire.

Le groupe est hétérogène. En effet, trois jeunes sont en fauteuil roulant et n'ont pas le langage, les cinq autres sont marchants mais seulement deux d'entre eux ont le langage oral, un est sourd,... Ces adolescents ont donc des problématiques et des capacités différentes tant au niveau moteur qu'au niveau cognitif.

Cela m'a demandé une capacité d'adaptation importante, notamment dans ma façon de communiquer : je dois utiliser la langue des signes avec l'un, les pictogrammes ou le langage oral avec les autres.

Mon approche est également différente selon que le jeune est en fauteuil ou non. En effet j'ai remarqué qu'il fallait prendre beaucoup plus son temps avec les jeunes en fauteuil. Du fait de leurs difficultés de communication, il faut être plus patient et attentif pour avoir une réponse à une question et il est parfois difficile de comprendre ce que le jeune désire.

De la même façon pendant les séances, nous devons prendre plus de temps pour enlever et remettre leur corset.

Les activités se font essentiellement en groupe ou sous-groupe. Certaines activités sont fixes comme le poney, la piscine, l'atelier cuisine, l'atelier pictogrammes et communication,...

Le vendredi est une journée un peu particulière. En effet, les activités proposées aux jeunes ce jour dépendent du travail déjà effectué en psychomotricité durant la semaine, de leur état de fatigue et des évènements particuliers (anniversaires,...)

II. PRESENTATION DES CAS CLINIQUES

1. Ruben

Ruben est un adolescent de 14 ans charmeur et attachant. Il est installé dans une coque sur un fauteuil manuel et porte un corset. Il communique par le regard, les mimiques et les pleurs. Ruben est pris en charge à l'Institut d'Éducation Motrice depuis Septembre 2000, où il bénéficie d'une prise en charge éducative, kinésithérapique, orthophonique et psychomotrice.

a) Anamnèse

Ruben est né le 30 Janvier 1996 au terme d'une grossesse qui s'est bien déroulée.

Les parents, non consanguins, sont bien portants. Ruben est le second enfant d'une fratrie de trois. Ses deux frères sont en bonne santé.

L'accouchement s'est fait par césarienne du fait d'une souffrance fœtale aiguë* et d'une présentation de la face. Ruben naît en état de mort apparente. Il est alors transféré en réanimation néonatale et est hospitalisé pendant 5 mois en service de pédiatrie néonatalogie. Ruben présente des séquelles d'un syndrome anoxo-ischémique suite à un accident obstétrical.

Un reflux gastro-œsophagien sévère est décelé et traité dès sa naissance.

Des difficultés d'alimentation sont rencontrées en lien avec une atteinte du tronc cérébral. Un gavage gastrique prolongé est alors nécessaire.

En Juin 2001, une perte de poids et une déshydratation amène la mise en route d'une alimentation entérale par gastrostomie, devenue exclusive depuis mi 2008.

Actuellement son handicap associe un déficit moteur tétraplégique sévère avec une hypotonie axiale et hypertonie périphérique, des complications orthopédiques avec une scoliose neurologique* traitée par un corset Garchois⁷, des troubles visuels (poursuite oculaire lente et difficultés de fixation) et des troubles de la communication avec une absence de langage oral.

Il est dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne.

Ruben est également épileptique mais la comitialité est bien équilibrée par le traitement.

⁷ Photo en annexe p.79

La situation familiale est compliquée car les parents de Ruben sont séparés depuis peu mais le père reste encore à la maison pour aider la mère. On peut alors se demander quelles répercussions cette situation a sur Ruben.

b) Bilans généraux

➤ *Psychomotricité : Juillet 2009*

L'action de Ruben sur son environnement est très réduite en raison de ses difficultés au niveau du contrôle moteur et de l'envahissement de mouvements involontaires avec de fortes syncinésies à l'effort.

Au sol, il se retourne seul dans les deux sens. Il est actif au redressement et peut maintenir un peu sa tête droite lorsque nous le soutenons dans la position assise.

Sur son fauteuil, il n'a aucune action sur ses déplacements. Le fauteuil électrique avait été essayé l'année dernière mais aucune adaptation efficace n'avait été trouvée, Ruben aurait donc été mis en échec.

Ruben peut se déplacer en flèche avec précision mais il faut le surveiller. En effet il peut se mettre en danger en passant les 2 jambes d'un même côté ou en se projetant en arrière.

➤ *Orthophonie : Juillet 2009*

La communication reste parfois très difficile avec Ruben qui présente des difficultés à s'exprimer différemment que par des râles, des pleurs, voire des cris.

Ses réponses « oui » (en haussant les sourcils ou en formant un O avec la bouche) et « non » (en tirant la langue) ne sont pas toujours fiables.

Dans des états de forte tension, Ruben a beaucoup de difficulté à écouter et à répondre à l'adulte. En effet, lorsqu'il n'arrive pas à se faire comprendre, Ruben est frustré et a beaucoup de mal à sortir de son énervement.

Actuellement, Ruben participe à un groupe « Communication / Pictogrammes » deux fois par semaine.

➤ *Kinésithérapie*

Ruben est suivi en kinésithérapie 2 fois par semaine.

Un travail autour de la respiration est effectué ainsi qu'une stimulation motrice par le biais, notamment, des niveaux d'évolution motrice.

c) Bilan psychomoteur

Compte tenu du handicap de Ruben, j'ai effectué un bilan d'observation. Ce bilan a eu lieu le 8 Janvier 2010 lors des séances de psychomotricité et pendant les temps libres.

Ruben est un jeune plutôt solitaire et calme. En général, il apprécie beaucoup les séances en salle de psychomotricité. Dans ces moments, il entre en interaction avec les autres jeunes et est très réceptif.

Tonus :

Ruben présente une hypotonie axiale importante et une hypertonie périphérique.

Il a néanmoins une capacité de relâchement musculaire.

Motricité générale :

- Sans son corset, Ruben se retourne seul dans les deux sens mais il éprouve des difficultés pour anticiper le dégagement de son bras.
- Ruben a une façon particulière de ramper : en décubitus, il soulève son bassin et pousse sur ses pieds que l'adulte doit maintenir.
- En procubitus, il peut se mettre sur les avant-bras et relever sa tête seul pendant quelques instants.
- Pour la position assis-talon, je me positionne derrière lui et le sollicite au niveau de ses hanches. Ruben m'aide un peu en poussant sur ses avant-bras pour se redresser. Cependant cette poussée reste peu efficace en raison de la faiblesse de sa force musculaire.
- Ruben ne tient pas assis. Je dois rester derrière lui et le solliciter pour qu'il maintienne son tronc et redresse sa tête.
- En station debout maintenue, l'alternance des pas est acquise.
- Sur la flèche⁸, Ruben se déplace avec précision.

⁸ Photo en annexe p.79

Motricité fine :

Ruben utilise sa main droite avec une prise palmaire. Il fait des efforts pour diriger son bras, ouvrir sa main et attraper un objet. Néanmoins, Ruben contrôle difficilement ses membres supérieurs.

Lorsqu'il a un objet dans sa main, je remarque un temps de latence important avant qu'il le relâche volontairement.

Conclusion :

Ruben est un adolescent qui a d'importantes difficultés motrices mais qui est participant et qui fournit des efforts importants sur le plan moteur.

Il est important de continuer à le stimuler tant au niveau moteur qu'au niveau de la communication.

Certains items tels que le schéma corporel, l'espace, le temps,... sont difficilement évaluables.

d) Projet de prise en charge

Les objectifs de la prise en charge sont :

- Permettre à Ruben d'investir son corps comme lieu de plaisir en l'aidant à développer ses capacités motrices et en lui donnant l'envie d'agir, tout en travaillant sur l'acceptation des limites de son handicap. Pour cela, un travail se fera autour du tonus axial, des retournements (continuer à travailler sur le dégagement du bras), du ramper.
- Aider Ruben à tolérer d'avantage la frustration liée à ses difficultés de communication et à favoriser le contrôle de ses émotions.
- Proposer à Ruben un travail sur la motricité des membres supérieurs (préhension, mouvements volontaires, balayage,...) par le biais de jeux de manipulation, travaux manuels ainsi qu'un travail plus cognitif (espace, temps, schéma corporel,...) à l'aide de pictogrammes et de photos.

Lise est une adolescente de 14 ans souriante qui rit facilement des situations. Elle est installée dans une coque sur un fauteuil manuel et porte un corset. Elle communique par le regard et les mimiques.

Lise est prise en charge à l'Institut d'Éducation Motrice où elle bénéficie de kinésithérapie, d'orthophonie, de psychomotricité et d'une prise en charge éducative.

a) Anamnèse

Lise est née le 19 Mai 1996 au terme d'une grossesse qui s'est bien déroulée.

Les parents, d'origine Équatorienne, sont bien portants. Ils quittent leur pays en 2001 pour venir soigner leur fille en France. Lise a alors 5 ans.

Elle a un frère de 12 ans en bonne santé.

Lise présente une dysmaturité. L'accouchement fait suite à une souffrance fœtale aiguë dans un contexte infectieux : la présence d'un cytomégalovirus est suspectée.

Son développement psychomoteur est retardé dès les premiers mois de vie.

L'IEM n'a pas pu avoir le dossier médical de Lise, ce qui ne m'a pas permis d'avoir plus d'informations.

En 2004, Lise se fait opérer pour une luxation de hanche gauche. Elle passe ensuite un an dans un centre post-opératoire.

Actuellement, Lise présente un déficit moteur tétraparésique spastique avec une hypotonie axiale et une dystonie, une dyspraxie bucco-faciale*, des troubles de la communication, un déficit cognitif et une surdité de perception profonde décelée et confirmée en 2009. Depuis Mars 2009, elle porte des appareils auditifs bilatéraux.

Lise est dépendante dans tous les actes de la vie quotidienne.

Elle porte un corset Garchois pour traiter une scoliose neurologique mais une arthrodèse est envisagée l'année prochaine car ce traitement ne fonctionne pas bien.

Lise a un nouveau corset depuis fin Février 2010, ainsi qu'une nouvelle coque. L'adaptation à ces nouveaux appareillages a été difficile.

Lise intègre l'Institut d'Éducation Motrice le 2 Novembre 2009 suite à la découverte de sa surdité.

b) Bilans généraux

➤ *Kinésithérapie : Bilan 2008 – 2009*

Lise est prise en charge 4 fois par semaine.

Elle présente une hyperlordose lombaire.

Le but de la prise en charge est de surveiller son rachis pour limiter l'aggravation de sa scoliose, de maintenir l'état orthopédique malgré la spasticité et de lutter contre la réaction en extension du dos.

➤ *Ergothérapie : Bilan de Novembre 2008*

Lise est prise en charge 2 fois par semaine.

Elle est maintenant capable de faire des choix dans les activités proposées.

La mobilisation passive des membres supérieurs est aisée. La mobilisation active reste limitée. Aucune préhension n'est possible.

➤ *Orthophonie : Bilan de Novembre 2008*

Lise est prise en charge 1 fois par semaine.

Ne pouvant pas exprimer ses besoins par la parole ou le geste, il reste à l'orienter vers un mode de communication par le regard.

Mettre quelques photos ou pictogrammes sur un plan incliné devant elle semble être le moyen le plus adapté pour qu'elle puisse désigner ce qu'elle souhaite.

c) Bilan psychomoteur

Lise est suivie en psychomotricité depuis son entrée au centre. J'ai effectué un bilan d'observation le 15 Janvier 2010.

Lise est une adolescente souriante. Dans son fauteuil, elle est plutôt calme et très observatrice de ce qui l'entoure.

Tonus :

Lise présente une hypotonie axiale importante et une dystonie.

Elle a néanmoins une capacité de relâchement musculaire.

Motricité générale :

- Pour se retourner, Lise tourne sa tête seule afin d'anticiper le mouvement mais je dois beaucoup l'aider au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

- Pour ramper en procubitus, Lise a intégré le schème moteur pour les membres inférieurs mais n'a pas la force pour pousser. Je dois donc maintenir alternativement ses pieds pour qu'elle avance.

- Pour la position assis-talon, je la sollicite au niveau des hanches. Elle ne pousse pas sur ses bras mais peut redresser sa tête seule quelques instants. Cela lui demande un certain effort musculaire.

- Sur la flèche, Lise se déplace seule. Elle a l'alternance des pas mais il lui est difficile de tourner. Elle sait où elle veut aller.

Motricité fine :

Lise fait peu d'effort pour aller chercher un objet avec sa main.

Lorsqu'on lui met un objet dans la main, je note un temps de latence important avant qu'elle le relâche volontairement.

Conclusion :

Lise présente des difficultés motrices importantes. En effet, c'est une jeune adolescente qui a peu d'initiatives motrices. Cependant elle investit beaucoup le regard pour communiquer.

Il est important de continuer à la stimuler sur le plan moteur afin de favoriser la prise de conscience de son corps.

d) Projet de prise en charge

Les objectifs de la prise en charge en psychomotricité sont :

- Proposer à Lise de multiples expériences motrices et sensori-motrices afin d'enrichir son schéma corporel et pour qu'elle puisse découvrir ses capacités et investir ainsi son corps comme lieu de plaisir. L'aisance corporelle sera travaillée à travers le tonus axial, les retournements,...
- Du fait de la découverte récente de sa surdité, un travail autour de la communication doit être continué et favorisé : présentation systématique d'images et de pictogrammes, langue des signes.
- Nous lui proposons également un travail sur la motricité des membres supérieurs par le biais de jeux de manipulation, de travaux manuels à l'aide de pictogrammes et de photos, et un travail plus cognitif : reconnaissance visuelle, espace, temps, mémoire,...

III. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE

1. Les séances au sol

Cette année, des séances au sol sont fréquemment proposées le vendredi matin. Elles se déroulent en sous-groupe de 4 jeunes dans la petite salle de psychomotricité avec la présence d'une psychomotricienne. En général, Ruben et Lise sont accompagnés d'un autre jeune en fauteuil et d'un jeune du groupe qui marche. Nous travaillons principalement sur les niveaux d'évolution motrice.

Nous commençons d'abord par enlever les chaussures et le corset de chaque jeune pour leur permettre une plus grande mobilité.

Dans son fauteuil, Ruben est calme et bouge peu. Bien qu'il supporte son corset, il semble apprécier le moment où il ne l'a plus car il se met à gesticuler dans tous les sens et à vocaliser. Lise, quant à elle, se manifeste différemment : au sol, elle reste plutôt calme mais dirige sa tête pour regarder ce qu'il se passe autour d'elle.

En général nous proposons le jeu « Jacques a dit ». Ruben est souvent le premier à prendre une position que les autres jeunes doivent ensuite reproduire.

Nous montrons alors à chaque jeune le mouvement à effectuer (se retourner, se mettre en boule, s'asseoir,...) Nous expliquons verbalement quelle partie du corps est sollicitée lors des mobilisations et nous les stimulons verbalement et tactilement afin qu'ils fassent seul au maximum.

Lorsque j'aide Ruben à prendre une position, je remarque qu'il fait beaucoup d'effort musculaire, il semble s'investir beaucoup dans ce travail.

Il faut vivement solliciter Lise pour qu'elle prenne les diverses positions. En effet, elle a peu d'initiatives motrices. Cependant, elle tourne sa tête et interagit beaucoup avec l'adulte ou les autres jeunes. Malgré sa faiblesse musculaire, Lise fait des efforts pour maintenir une position et relever sa tête quelques instants.

Après avoir pris plusieurs positions, nous continuons de les stimuler en leur proposant différents supports comme le gros ballon, le trampoline, le rouleau,...

Le gros ballon est souvent demandé par Ruben et Lise. Nous les allongeons alors sur le ventre et faisons rouler le ballon d'avant en arrière afin qu'ils poussent alternativement sur leurs jambes et leurs bras. Je note une diminution des mouvements involontaires tant chez Lise que chez Ruben.

Sur le dos, Lise s'allonge complètement et se laisse aller. Elle aime que l'on tape sur le gros ballon pour lui procurer de nouvelles sensations. Elle rit souvent dans ces moments.

Ruben apprécie également de se mettre debout par l'intermédiaire du gros ballon et de faire quelques pas, soutenu par l'adulte.

Assis, ils travaillent le maintien de la posture et les appuis.

Même si ces moments sont individuels, il existe quand même une cohésion de groupe car nous verbalisons ce que le jeune est en train de faire. D'autre part, les jeunes se regardent les uns les autres, se déplacent...

Par ailleurs, nous proposons également d'autres exercices qui favorisent la cohésion de groupe en plaçant les jeunes en cercle. Allongés sur le dos, ils doivent s'échanger le gros ballon en utilisant leurs pieds. Assis, ils se font des passes avec les mains. Dans ce cas nous restons derrière eux pour les aider à maintenir la position assise durant tout l'exercice.

Toujours pour favoriser la relation entre les jeunes nous utilisons le rouleau. Nous asseyons alors deux jeunes face à face en se plaçant derrière eux. Cette situation est plus socialisante car Ruben et Lise sont assis l'un en face de l'autre et peuvent ainsi mieux se voir, se toucher. Nous leur proposons des objets à attraper, les stimulons en faisant rouler le rouleau.

Ruben s'investit beaucoup dans ce travail de motricité générale. J'ai l'impression qu'il apprécie d'expérimenter des positions qu'il n'a pas l'habitude de prendre. En effet, je remarque un changement de comportement de sa part : il passe d'un état calme avec une expression du visage plutôt pauvre à un jeune qui rit, sourit et gesticule beaucoup. De plus, c'est dans ces moments privilégiés que Ruben entre particulièrement en relation avec les autres jeunes, notamment par le toucher.

Lise semble apprécier ces séances d'une autre façon. En effet, elle utilise principalement le regard pour entrer en relation. Ces séances lui permettent alors d'être sous le regard des adultes et des jeunes (parfois elle les appelle pour qu'ils la regardent) et également de regarder ce que font les autres jeunes, elle en rit d'ailleurs beaucoup !

Ce travail au sol est important car il permet de les stimuler sur le plan moteur et d'accéder au plaisir du corps. De plus, il permet de favoriser la construction du schéma corporel.

Suite à ces séances, il m'est venu l'idée d'utiliser le drap comme médiateur.

Le groupe au complet était présent pour cette séance. Elle a eu lieu le vendredi 16 Avril 2010 dans la grande salle de psychomotricité.

Nous avons commencé par former un cercle. Chacun tenait une partie du drap et nous levions alors le drap en l'air puis le rabaissions. Les jeunes étaient assez excités de jouer avec le drap, de pouvoir se voir dessous. La plupart des jeunes rigolaient voire criaient.

Puis nous avons proposé aux jeunes des petits jeux sensoriels avec le drap de façon individuelle.

Ruben a été le premier à venir au centre du drap. Installé sur le dos, nous avons alors levé le drap de chaque côté avec les psychomotriciennes et l'avons secoué plus ou moins fort de façon à «faire du vent». Ruben se met alors à rire. Puis nous lui proposons de faire de retournements par le biais du drap : Ruben se laisse alors complètement faire, les retournements dans un sens puis dans l'autre semblent l'amuser.

Ensuite nous soulevons le drap, Ruben est alors allongé dedans. Nous effectuons des mouvements de balancements, puis nous l'asseyons par le biais du drap et faisons la même chose. Ruben devient calme. Il nous regarde.

Enfin, nous reposons Ruben et nous lui proposons de refermer le drap sur son corps comme une momie. Nous restons près de lui. Ruben accepte cette situation, il reste calme. Sa respiration est ample. Après un instant, je me positionne au niveau de ses pieds et soulève le drap. Je fais alors des mouvements de battements légers de haut en bas puis des mouvements circulaires. Ruben se met à bouger après quelques minutes, il semble vouloir se défaire du drap. Nous enlevons alors le drap.

Suite à cela, Ruben est détendu, il reste jusqu'à la fin de la séance allongé sur le tapis. Je remarque l'absence de mouvements anormaux. Cette détente s'est propagée jusque dans l'après-midi. Le repas qui est parfois difficile pour Ruben s'est cette fois très bien déroulé.

Durant ce moment avec Ruben, Lise nous a fait comprendre qu'elle voulait également essayer le drap : elle vocalisait et nous regardait fixement.

Le déroulement est le même. Lise rit beaucoup lorsque le drap lui permet de se retourner facilement. Quand on la soulève, elle nous regarde énormément et bouge peu. Je sens de plus en plus le poids de son corps, signe d'une détente généralisée. Lorsque nous lui proposons de « faire la momie », Lise accepte et est très calme. Elle me regarde quand je manipule le drap au niveau de ses pieds. Suite à ce moment, Lise est détendue et reste allongée sur le tapis jusqu'à la fin de la séance.

2. Les parcours psychomoteurs

Nous proposons également des parcours psychomoteurs dans la grande salle.

Pendant que nous préparons le parcours, les jeunes sont assis les uns à côté des autres. Nous montrons ensuite le parcours à effectuer, tout en signant.

Ensuite, les jeunes passent chacun à leur tour et font le parcours deux fois.

Les éléments de parcours changent à chaque fois mais certains exercices reviennent régulièrement comme enjambrer des barres placées à quelques centimètres du sol, slalomer entre des piquets, monter sur des marches, passer sous une barre, sauter sur le trampoline,...

Pour permettre à Ruben et Lise d'effectuer le même parcours que leurs camarades nous décidons de les sortir de leur coque avec ou sans leur corset et de les soutenir tout au long du parcours.

Ainsi ils accèdent à une expérience « unique » dans le sens qu'ils effectuent le parcours debout, ce qui leur permet d'avoir une vision différente d'eux-mêmes et de l'espace.

Ils sont alors sur un même pied d'égalité avec les marchants : ils se déplacent comme eux.

Ruben et Lise apprécient cet état : ils sourient et font beaucoup d'efforts musculaires, de redressement du tronc, de marche et d'enjambement pour passer les différents obstacles. Nous les soutenons et les encourageons dans ce but.

Lise recherche activement le regard des autres jeunes lorsqu'elle effectue le parcours.

Pour travailler sur l'organisation spatio-temporelle, nous utilisons des pictogrammes sur lesquels on retrouve les éléments du parcours. Nous demandons à Lise et Ruben de nous donner l'ordre du parcours ou de nous montrer dans la salle où se trouve l'élément. En général les réponses sont bonnes, autant chez Lise que chez Ruben.

Sur le trampoline, nous entourons Ruben et Lise avec la psychomotricienne (l'une devant, l'autre derrière) de façon contenante et rassurante. Ruben et Lise découvrent alors d'autres sensations que sur le gros ballon : ils décollent du trampoline en étant debout, à la verticale.

Les moments de verticalité paraissent très importants chez les sujets en fauteuil, tant sur le plan psychique que médical. En effet la verticalité inaugure un autre regard sur le monde et sur soi-même mais favorise aussi la circulation sanguine, le retour veineux, le transit intestinal,... Dans cette optique nous leur proposons fréquemment d'utiliser la flèche.

Cela peut se faire dans le cadre d'une activité psychomotrice ou pendant les temps libres, notamment après le déjeuner.

Par exemple, nous proposons au groupe de faire un jeu de type « jeu du béret ».

Deux groupes sont formés. Lorsque le pictogramme avec leur photo est tirée, les jeunes doivent venir attraper une peluche située au centre de la salle et revenir dans leur camp le plus vite possible. Dans ce cas, nous utilisons la flèche pour permettre à Ruben et Lise de se déplacer de façon autonome tout en jouant.

Selon leurs envies et les moments, Ruben et Lise acceptent plus ou moins facilement la flèche. Lise se déplace très bien dessus : elle sait où elle veut aller et peut ainsi se déplacer selon ses envies. Ruben peut apprécier également ce moment mais il faut rester près de lui de façon à s'assurer qu'il ne se mette pas en danger.

Nous proposons également aux jeunes des activités autour de la table.

Il y a alors différents objectifs : un travail cognitif (espace, temps, schéma corporel,..), un travail sur la motricité des membres supérieurs (collages, peintures, jeux de manipulation, cuisine,..) ou un travail plus sensoriel (percussions, cuisine, loto des odeurs,..)

Ruben refuse parfois certaines activités ou du moins reste passif. Il montre ici une frustration liée à son handicap et sa grande dépendance.

Certaines activités, plus portées sur le sensoriel, sont mieux acceptées. Par exemple, nous avons fait un loto sensoriel où les jeunes devaient goûter différents jus de fruit. Il fallait ensuite qu'ils retrouvent sur un pictogramme le fruit correspondant au jus. Ruben a accepté de sentir et de goûter certains jus et de répondre aux questions. Ayant une gastrostomie, cette expérience permet à Ruben d'accéder au plaisir de goûter les aliments.

Favoriser le plaisir à réaliser un dessin, à faire un gâteau, à être avec les autres jeunes et construire quelque chose ensemble,.. lors de ces activités semble très important.

En effet, de cette façon, Ruben pourrait accepter « plus facilement » son handicap ce qui favoriserait les moments de partage avec les autres jeunes.

Lise quant à elle est moins opposante à ce genre d'activités. Le plaisir éprouvé lors de ces activités pourrait la pousser à faire plus d'efforts musculaires pour tenir son pinceau, remuer avec un fouet la pâte à gâteau,..

IV. CONCLUSION

Tout au long de l'année, nous avons travaillé avec Ruben et Lise sur les différents axes de leur projet thérapeutique. La prise en charge avec ces enfants est longue et les progrès ne sont pas toujours visibles sur de courtes périodes.

Ruben a très bien investi le travail de motricité générale. Il dégage d'ailleurs de mieux en mieux son bras lors des retournements. Les activités autour de la table sont de plus en plus acceptées. Depuis Février, nous lui proposons régulièrement d'utiliser un fauteuil électrique. Nous devons rester près de lui car il lui est encore difficile de se diriger correctement mais il semble néanmoins apprécier de pouvoir se déplacer là où il veut.

En ce qui concerne Lise, elle s'est très bien intégrée dans l'institution. Sur le plan moteur il est important de continuer le travail entrepris afin de la stimuler au maximum.

Malgré l'absence de langage oral, Ruben et Lise expriment très bien leurs émotions.

Ainsi, lors des séances de psychomotricité, il est assez aisé de voir si Ruben et Lise prennent du plaisir. Lorsque c'est le cas, j'observe un changement de comportement tant au niveau du dialogue tonique, que des expressions (mimiques, vocalises, rires,...)

Cependant, il subsiste toujours des difficultés de ma part pour les comprendre à certains moments. En effet, je dois souvent interpréter ce qu'ils essaient de me faire comprendre.

Il ne faut pas oublier que ce sont des jeunes en souffrance du fait de leur handicap. L'approche psychomotrice peut alors leur permettre de prendre plus conscience de leur corps, de leur apporter un certain plaisir corporel et de leur permettre d'agir davantage sur leur environnement.

DISCUSSION

*« Même si le plaisir est éphémère et insubstantiel,
gardez-le en pensée car il contient le sens de la vie »*

Goethe

I. LES CONDITIONS NECESSAIRES A L'EMERGENCE DU PLAISIR

Être psychomotricien auprès d'enfant handicapé moteur revient à travailler en s'appuyant sur un corps déficient. Comment peut-on, à travers ce corps blessé, aider ces enfants à accéder au plaisir ? Pour que le plaisir émerge lors d'une prise en charge, il semble que plusieurs conditions doivent être réunies.

1. Un cadre contenant et sécurisant

Pour commencer, il me semble qu'il faut tout d'abord offrir au sujet un cadre contenant et sécurisant, autant sur le plan physique que psychique.

« Ainsi dans un cadre sécurisant, constitué par l'espace et le matériel mis à la disposition de l'enfant, et entretenu par la disponibilité d'accueil et d'écoute émotionnelle de la part du psychomotricien, l'enfant se sentira enveloppé et capable de vivre sans retenue son expressivité motrice chargée intensément d'affect de plaisir. » (AUCOUTURIER B., 2005, p. 128)

En effet, c'est seulement dans ce contexte que l'enfant pourra se sentir en confiance et s'adonner à une exploration sensori-motrice.

En ce qui concerne le cadre physique, avant de rejoindre la salle de psychomotricité nous formons les groupes et précisons dans quel lieu et quelle activité les jeunes vont faire.

Il est assez difficile d'évaluer les capacités d'orientation spatiale chez l'enfant polyhandicapé. Par conséquent il est compliqué de savoir si Lise est repérée spatialement dans l'institution. Néanmoins, elle semble avoir bien repéré les fonctions de chaque professionnel.

Quant à Ruben, ayant intégré l'institut d'éducation motrice il y a 10 ans, on peut penser qu'il a bien repéré les lieux et leurs fonctions. Ruben, qui investit le travail en motricité générale n'exprime pas de refus ou de mécontentement lorsque nous partons vers la salle de psychomotricité, comme il peut parfois le faire lorsque nous travaillons à table.

Concernant le cadre psychique, une écoute attentive et empathique du psychomotricien ainsi qu'une disponibilité tant psychique que corporelle sont essentielles pour que l'enfant se sente suffisamment contenu dans cet espace, qu'il puisse s'exprimer librement sans angoisse.

Avec Ruben et Lise nous devons faire preuve d'une observation fine au niveau du langage non-verbal : les signes de plaisir et/ou de déplaisir voire de douleurs vont ainsi permettre d'adapter nos réponses. Par exemple sur le gros ballon, il est important de maintenir Ruben et Lise de façon contenant afin qu'ils se sentent en sécurité. Leur état tonique est alors une grande aide pour nous permettre d'ajuster notre positionnement, notre façon de les tenir, la distance qu'on laisse entre leur corps et le nôtre.

De plus, le plaisir peut être vu comme un moment de partage avec l'autre, un certain abandon de soi. Il semble alors primordial qu'une relation de confiance s'établisse entre le thérapeute et le sujet. C'est par ce cadre sécurisant et contenant que cette relation va pouvoir s'étayer.

2. La disponibilité du psychomotricien

Nous l'avons vu, le psychomotricien doit faire preuve d'une disponibilité psychocorporelle. Ainsi pour que le plaisir émerge le psychomotricien doit également être disponible pour partager ce moment de plaisir avec l'enfant. Si ce n'est pas le cas, le plaisir sera alors moins intense et l'enfant n'osera pas vivre ces moments pleinement.

« Ce qui important avant tout, c'est que le processus actif et relationnel s'engage sur la base d'un plaisir partagé. La thérapie doit devenir source de plaisir : plaisir d'être en relation, plaisir d'avoir un corps, d'agir et de communiquer à travers lui. » (BUCHER H., 1994, p.83)

Le psychomotricien doit s'adapter au mieux à l'enfant afin que celui-ci prenne du plaisir au sein de cette relation positive. Il doit mettre du sens, doit mettre en mots ce qui est en train de se jouer. Ainsi ces moments de plaisir seront constructifs, structurants.

Lors de la séance avec le médiateur drap, je dis à Lise que je sens ses jambes plus lourdes que d'habitude et que ce poids m'indique qu'elle est détendue.

Verbaliser ce que nous ressentons permet à l'enfant de faire des liens entre ce qu'il se passe à l'extérieur de lui et ce qu'il se passe à l'intérieur de lui.

Il apparaît donc nécessaire en tant que psychomotricien d'être à l'écoute de soi-même, de ses ressentis, de savoir gérer ses émotions, de bien se connaître. Il faut saisir le langage corporel de l'enfant de façon à ressentir ce qu'il ressent.

« La spécificité de l'approche en psychomotricité va se caractériser par l'implication active, corporelle et motrice du psychomotricien. Partenaire d'échanges ludiques, son corps devient un soutien, un contenant, un étayage, un miroir pour le sujet en devenir. L'accompagnement thérapeutique se faisant au travers d'une écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mots. Ceci dans un climat sécurisant, bienveillant, respectueux, chaleureux où les deux protagonistes sont affectés par ce qui se vit au travers de cette rencontre singulière. » (POTEL C., 2000, p.32)

L'engagement corporel du psychomotricien est un engagement fonctionnel mais aussi émotionnel, qui va donner accès au sentiment d'être présent à soi et d'être en relation à l'autre. C'est cet engagement corporel du thérapeute, et donc son investissement du plaisir du corps et du mouvement, qui va être l'un des points d'appui de son travail. Le psychomotricien est intéressé à un double niveau par le vécu corporel : le sien et celui de son patient.

J'ai dû travailler sur moi-même pour faire face aux handicaps de Ruben et Lise. En effet, ces enfants nous renvoient beaucoup de choses. Installés dans le coque, maintenus par leur corset, ils me renvoyaient une image d'enfermement. Ma difficulté à les comprendre par moment a également été très frustrante. Ainsi, j'ai dû me remettre en question par rapport à toutes ces émotions qu'ils me renvoyaient.

Maintenant que les conditions nécessaires à l'émergence du plaisir sont énoncées, nous pouvons nous demander quel est l'intérêt du plaisir en psychomotricité auprès de cette population ?

II. L'INTERET DU PLAISIR EN PSYCHOMOTRICITE

L'infirmité motrice cérébrale et le polyhandicap entravent la motricité de l'enfant. Parfois certains enfants sont complètement envahis par leurs troubles moteurs qu'ils vivent alors dans un corps qu'ils maîtrisent peu, un corps qui peut aussi être douloureux. Par conséquent ces enfants vont faire peu d'expériences motrices de façon autonome. L'enfant dépend alors d'une tierce personne pour découvrir le monde environnant. Il peut alors renoncer et se placer dans une grande dépendance à l'autre, voire dans une grande passivité.

C'est en laissant l'enfant interagir au maximum de ses capacités avec l'environnement qu'on lui rendra progressivement sa place de sujet, pour que le corps de l'enfant polyhandicapé ne soit plus seulement un objet de soin, pour que ce corps manipulé, douloureux devienne un corps plaisir.

La psychomotricité a alors un rôle important à jouer. L'approche psychomotrice est différente car elle propose à l'enfant handicapé une autre forme de contact corporel, en dehors du contexte de soin et du rapport soignant/soigné. Le but va être de créer un espace où l'enfant peut expérimenter en sécurité son corps et connaître le plaisir à travers le mouvement. Les expériences sensori-motrices positives et enrichissantes vont permettre à l'enfant de se structurer.

La découverte et l'accès au plaisir permet alors à l'enfant d'appréhender et de découvrir son corps différemment donc de favoriser son investissement corporel. Ainsi la psychomotricité favorise une meilleure connaissance et acceptation de son corps, afin de faire de ce corps subi un corps vécu, connu, source de plaisir.

L'émergence du plaisir dans la prise en charge psychomotrice est alors importante car le plaisir stimule la curiosité, favorise la recherche de nouvelles sensations et la prise d'initiatives.

Le plaisir permet également d'entrer en contact plus facilement avec l'enfant et d'établir une relation de manière positive. Par le plaisir partagé avec le psychomotricien, l'enfant se sent plus à l'aise pour s'exprimer, pour se laisser aller.

De plus le plaisir qu'il éprouve lors des différentes séances va lui donner envie de revenir, il sera plus participant, plus impliqué dans la prise en charge. En effet, le plaisir que procure les séances au sol à Ruben l'amène à s'investir et faire beaucoup d'efforts musculaires.

Grâce au plaisir, l'enfant peut être amené à vouloir se dépasser et peut alors découvrir des possibilités qu'il ne soupçonnait peut-être pas, de se sentir capable, d'être fier de lui-même. Une revalorisation et une meilleure confiance en soi s'opèrent alors.

Le plaisir peut aussi nous permettre de toucher de manière détournée aux difficultés de l'enfant et ainsi l'amener à progresser, à évoluer. Les expériences satisfaisantes que l'enfant va vivre en séances et la perspective d'un plaisir qu'il pourra éprouver vont lui permettre de supporter ses difficultés à réaliser quelque chose.

« C'est essentiellement la qualité et le sens du plaisir éprouvé par l'enfant qui nous sert [...] d'indicateur et de guide. Plaisir de la découverte de soi, plaisir d'une expérimentation plus libre, d'un corps plus disponible, plus agréable, mieux maîtrisé ; plaisir d'une relation partagée, plus harmonieuse et plus vibrante. » (BUCHER H., 1994, p.113)

Ainsi le plaisir serait un fil conducteur de notre prise en charge. Sur quels signes le psychomotricien va-t-il alors s'appuyer pour repérer les moments de plaisir dans la prise en charge ?

III. LE LANGAGE DU CORPS

Avec Ruben et Lise, la communication verbale est entravée. Nous sommes donc précisément dans la notion de langage corporel, ce qui me conduit à vous parler de la communication non verbale.

La communication non verbale est définie comme « *l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants, ne disposant pas du langage humain ou de l'un de ses dérivés sonores (écrit, langage des sourds muets, etc).* » (CORRAZE J., 1980, p.15)

Ainsi, les moyens de communication utilisés sont corporels. Il s'agit de modifications du tonus, de la posture mais aussi des émissions vocales, du regard, des sourires, des mimiques, des cris, des gestes,... Je vais développer chacun de ces modes de communication et faisant le lien avec les cas cliniques, en commençant par vous parler du dialogue tonico-émotionnel.

1. Le dialogue tonico-émotionnel

H. WALLON souligne l'importance du tonus musculaire qui possède à la fois une fonction instrumentale dans le maintien de l'équilibre et des attitudes et une fonction dans la vie relationnelle et affective. Ainsi, émotion et tonus sont très liés et jouent un rôle important dans le développement de l'enfant dès les premiers instants de la vie.

J. DE AJURIAGUERRA va s'appuyer sur les écrits de H. WALLON pour développer le concept de dialogue tonique. Il souligne le rôle de la fonction tonique comme étant le soubassement non seulement de l'action corporelle mais également comme étant le mode de relation à autrui. Ainsi l'expérience du corps serait pour lui comme un langage tonique.

« *Le dialogue tonique qui s'instaure entre le patient et le thérapeute au moment de la cure doit être compris, pour une part du moins, comme une reviviscence structurante du dialogue corporel, de contact et à distance, qui a été vécu entre l'enfant et sa mère dans les premiers mois de vie.* » (AJURIAGUERRA J. cité par CALZA A. & CONTANT M., 1997, p.2)

C'est donc dans la relation mère-enfant que l'on trouve le meilleur exemple de dialogue tonico-émotionnel.

Le tonus varie au cours du développement de l'enfant. Il s'inscrit dans le corps et dans la relation avec le corps. A la naissance, le tonus est réparti de façon bien spécifique : les muscles périphériques sont hypertoniques tandis que les muscles axiaux sont hypotoniques. Le nouveau-né normal est donc comme replié sur lui-même, et son hypotonie centrale l'empêche évidemment de tenir droit, ou même de tenir sa tête.

Peu à peu le tonus axial va se renforcer. Ainsi vers 3 mois, l'enfant va pouvoir tenir seul sa tête. L'hypertonicité périphérique va s'amoinrir ce qui permettra à l'enfant de pouvoir jouer plus facilement avec ses mains, ses pieds.

Finalement, le tonus musculaire du l'enfant va fluctuer selon les situations. En schématisant, on peut dire que lorsqu'il est rassasié, confortable, au sec, à bonne température, le nouveau-né se détend et tend à s'ouvrir, alors que lorsque quelque chose ne va pas, qu'il a faim ou froid, ou peur, ou qu'il manque de quoi que ce soit, il se tend et se ferme.

La mère joue ainsi un rôle dans la réduction, l'apaisement des tensions du bébé. Mais ce rôle n'est possible que si la mère et son enfant sont engagés dans un processus de communication tonico-émotionnelle.

En effet, la relation entre la mère et son enfant est faite d'émotions, de sentiments et de paroles, mais aussi et peut-être surtout pour le bébé de contacts physiques, de portages, de bercements, de nourrissage. Cette relation se vit donc sur une trame de variations toniques.

Dès le début, états somatiques, tonus musculaire et relation sont liés. Il s'agit bien d'un dialogue. La mère engage elle aussi son tonus dans la relation, ce qui lui permet de moduler aussi ses postures et sa voix. Lors de la tétée par exemple, le bébé vit une expérience de remplissage physique, mais aussi un véritable nourrissage émotionnel dans lequel les échanges de regards prennent une place importante. Le bébé qui refuse la relation se tend, alors que lorsqu'il l'accepte, il s'enroule.

Plus tard, quand l'enfant commence à parler, à intellectualiser, le dialogue tonico-émotionnel va passer au second plan. Par contre chez les enfants qui n'ont pas la parole, il garde toute son importance.

L'enfant handicapé moteur, comme nous l'avons vu, souffre d'importants troubles neuromoteurs. Du fait de ces troubles la mère va avoir des difficultés à répondre corporellement à son enfant, à ajuster sa posture, ses mouvements. L'ajustement du dialogue tonico-émotionnel entre la mère et son enfant handicapé peut donc prendre un certain temps.

Dans la prise en charge psychomotrice d'enfants handicapés moteurs, la notion de dialogue tonico-émotionnel a toute son importance.

En effet, la relation passe par un dialogue où le patient et le psychomotricien sont corporellement engagés. Ce dialogue est constitué de variations toniques provoquées chez l'un comme chez l'autre par les diverses situations. Il faut donc être attentif à tout ce que l'enfant va faire passer comme émotions, sentiments, angoisses,... à travers son corps. Cela implique un investissement important de la part du psychomotricien pour comprendre l'enfant, pour trouver les attitudes corporelles adéquates. Il doit également faire preuve d'empathie pour que l'enfant se sente compris.

C'est notamment par l'intermédiaire du gros ballon, qu'un travail autour du dialogue tonico-émotionnel s'est entrepris. En effet, assis sur le gros ballon, je dois stimuler Ruben et Lise par des mouvements tout en m'assurant de leur sécurité. Je dois alors m'adapter à eux en me basant notamment sur leur état tonique, mais aussi leur regard, leurs mimiques. Finalement, eux comme moi, devons trouver notre rythme pour pouvoir partager ce moment sereinement, il s'agit ici d'un accordage. L'écoute du corps de l'autre est alors à ce moment indispensable.

Le dialogue tonico-émotionnel tient donc une place primordiale dans le travail auprès d'enfants handicapés moteurs. J'aimerais maintenant parler des autres formes de communication non verbale qui ont également toute leur importance.

2. La posture

La posture peut traduire l'état émotionnel ou affectif du sujet.

« Dans les comportements humains, la posture est un indicateur privilégié de l'attitude affective fondamentale : elle nous communique les intentions de rapprochement, d'accueil ou au contraire de défi, de rejet, de menace. » (CORRAZE J., 1980, p.146)

De par leurs traitements orthopédiques (corset, coque, attelles, verticalisateur,...) les enfants polyhandicapés sont souvent maintenus dans des « postures passives », pendant de longues périodes de manière continue ou discontinue.

Lorsque l'enfant n'est pas maintenu par ces appareils, la posture va souvent être liée à leurs troubles toniques (hypotonie, hypertonie). Quand les troubles sont massifs, la posture va alors être en partie subie et involontaire, mais elle peut parfois être intentionnelle et liée à leur état émotionnel. On peut alors voir des postures de repli ou d'hyper extension. En fait les deux facteurs se combinent : les émotions influencent la posture et la posture, qu'elle soit volontaire ou non, va déclencher de façon réciproque un état émotionnel.

Ruben présente une hypotonie axiale mais pour exprimer son plaisir, il se met en hyper extension dorsale et se dandine au sol, il se retourne beaucoup, va à la rencontre de ses camarades,.. Par ailleurs, j'ai remarqué qu'à la fin des séances Ruben se met souvent sur le côté, les jambes repliées près de son torse, les bras en direction de ses jambes. Il est alors plutôt hypotonique. Cette posture semble signer ici une fatigue, un désir de rassemblement, d'être seul, au calme.

3. Les gestes

« Le geste peut se définir comme un mouvement ou une série de mouvements déterminés par une certaine intentionnalité. Ce mouvement (conscient ou inconscient) est interprétable par celui qui l'observe, il prend un sens que l'exécutant n'a pas forcément donné. Il a donc valeur de communication et d'expression. » (CARRIC J.C., 2000, p. 75)

Chez les enfants polyhandicapés les gestes sont souvent minimes du fait de leur faible autonomie motrice, c'est le cas de Lise et Ruben.

Cependant, lors des séances au sol, je remarque que Ruben fait des efforts pour se tourner vers un autre jeune, mettre ses jambes sur lui, aller toucher son dos,.. Il semble chercher ici une proximité, un certain contact avec son camarade. Ainsi, il faut veiller à déchiffrer ces gestes ébauchés par l'enfant, mêmes minimes de façon à les valoriser, à les reproduire avec lui pour l'amener à les reconnaître comme signifiants, à les répéter dans les mêmes circonstances.

4. Le regard

Le regard désigne le mouvement ou la direction des yeux vers un objet. Le regard est un support important de la communication entre individus.

En effet, le regard est l'un des moyens de communication privilégié entre la mère et son bébé dès les premiers instants de la vie.

Le regard que l'on porte sur autrui interfère sur le sentiment narcissique. Si ce regard est bienveillant et attentionné, comme dans la relation thérapeutique, il laissera au sujet un sentiment positif de lui-même. Ainsi, le regard fait exister l'autre, il est le miroir qui l'aide à construire sa personnalité. Nous devons donc faire attention au regard que l'on porte sur ces enfants, notamment en cas d'échec ou de difficultés à un exercice.

Lise utilise énormément ce canal, que ce soit pour exprimer ses émotions, une direction, un lieu, une intention. Ainsi il est important de permettre à Lise de voir facilement les autres et ce qui se passe autour d'elle, d'autant plus du fait de ses faibles possibilités de déplacement.

5. Les mimiques faciales

Les mimiques peuvent être un mouvement de la bouche, des yeux grands ouverts, un mouvement des sourcils, des grimaces,... Elles sont intimement liées aux émotions.

Pour J. BOWLBY, le sourire est l'un des comportements privilégiés d'attachement liant l'enfant à l'adulte. « *Le sourire est un signe d'apaisement et le trouver sur le visage de l'autre est le gage d'une relation affective.* » (CORRAZE J., 1980, p. 124)

Le sourire véhicule des sentiments et des réactions face à une situation : joie, plaisir, moquerie.

Ruben et Lise utilisent particulièrement les mimiques faciales pour s'exprimer. Pour exprimer son refus de mettre ses appareils auditifs, Lise tourne la tête et ferme les yeux.

Pour Ruben, les mimiques faciales sont très importantes car elles lui permettent de dire « oui » et « non ».

6. Les émissions vocales

Privé de langage verbal, l'enfant polyhandicapé fait passer des messages globaux par l'intermédiaire de ses émissions vocales : les rires, les vocalises vont venir souligner les moments de bien-être alors que les geignements, les pleurs, les cris vont lui permettre d'exprimer son mécontentement, sa colère, ses douleurs,...

C'est donc par une observation attentive du corps de l'enfant handicapé moteur que le psychomotricien pourra mettre du sens sur les communications non verbales et leur donner ainsi une valeur communicative.

IV. RETOUR SUR LE PRISE EN CHARGE

J'aimerais à présent revenir sur ma pratique et développer quelques concepts qui me paraissent fondamentaux dans la prise en charge d'enfants handicapés moteurs.

1. Le holding, le handling

Ces termes ont été défini par D. W. WINNICOTT.

Le holding signifie la manière dont l'enfant est porté physiquement et psychiquement. Cette notion est centrale car elle aboutit à la construction du Self de l'enfant, à condition que la mère lui assure et lui offre de façon satisfaisante et continue une sécurité affective et une chaleur protectrice tant physiologique que psychique.

« Le holding moteur peut se définir comme l'ensemble de situations relationnelles qui mettent les corps moteurs du bébé et de sa mère en jeu : le porter, l'asseoir, le coucher, le lever, lui donner le biberon, en tenant compte de l'organisation motrice précoce qui étaye le psychisme naissant. »
(ROBERT-OUVRAY S.B., 1993, p.123)

Le handling est la manière dont l'enfant est traité, soigné, manipulé par sa mère. Les effets sont le processus de « personnalisation » et le développement du fonctionnement mental.

« Au-delà de ces fonctions de contenant et de pare-excitation, je confère au holding une fonction intégrative grâce au dialogue tonique qui s'établit entre la mère et son bébé, et une fonction de support de communication grâce à la réciprocité de lecture des signaux émotionnels et moteurs de chacun des partenaires. » (ibid., p.114)

Lorsque le holding et le handling sont de bonne qualité, ils permettront à l'enfant de connaître un développement affectif rapide et d'édifier les bases de sa personnalité. Ces notions mettent également en place le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée.

Je reviens sur ces notions pour faire le parallèle avec le travail en psychomotricité autour du gros ballon. En effet, sur le gros ballon nous proposons à Ruben et Lise de faire rouler le ballon d'avant en arrière, d'un côté à l'autre. Nous tapons également dessus de façon à leur procurer des sensations kinesthésiques. Nous mettons ici en jeu les balancements, les vibrations, les secousses. Ces notions sont également abordées dans le travail avec le drap.

« Le holding moteur met principalement en scène le système sensoriel de base propriotactile à travers les micro-mouvements, les vibrations, les tremblements, les balancements, les secousses, les saisies. » (ROBERT-OUVRAY S.B., 1993, p.123)

Comme nous l'avons vu, le corps des enfants handicapés moteur est un corps blessé, souvent douloureux. Lise, particulièrement, va subir prochainement une arthrodeèse, opération invasive et mutilante. Ce travail autour du gros ballon permettrait à Lise d'accéder au holding vécu dans les premiers temps de sa vie et par conséquent à la façon dont elle s'est sentie soutenue, contenue. Au-delà de l'axe rééducatif du travail avec le gros ballon (maintien de la posture, travail des appuis,...) nous pouvons donc également faire un parallèle avec les soins maternels primaires.

Lors des premières séances au sol avec Ruben et Lise, je me sentais assez désemparée quant à la manière de « manipuler » leurs bras, leurs jambes, de les porter. J'étais face à des corps différents, des corps dont les réactions toniques sont brusques et imprévisibles.

Les psychomotriciennes m'ont alors montré comment faire pour dégager un bras coincé lors d'un retournement, pour solliciter le jeune au niveau de ses hanches de façon à ce qu'il s'assoie sur ses genoux,... Je devais alors passer sur mon appréhension de leur faire mal en les manipulant pour arriver à avoir une attitude plus contenante, sécurisante, dans l'écoute de ce que leur corps me disait. A mon avis, holding et dialogue tonico-émotionnel sont très liés.

De plus, les enfants handicapés moteurs sont des enfants manipulés plus ou moins tout le temps. En effet, nous les portons plusieurs fois par jours : pour les changer, pour les mettre sur les tapis, pour les installer dans leur fauteuil,... Nous voyons donc l'importance du holding et du handling mais aussi de la parole et du regard. En effet, lors d'un déplacement par exemple, il est important de prévenir le jeune, de lui dire pourquoi nous le déplaçons, dans quel but, d'avoir son accord si possible.

Ainsi le jeune ne se sentira pas manipulé comme un objet qu'on balade d'un endroit à l'autre. Même en étant avertie, j'ai remarqué que cela était parfois compliqué à appliquer. En effet, pris dans la vie très dense de groupe, il arrive de déplacer un jeune sans prendre le temps de se mettre à sa hauteur, de lui parler,.. Il est donc nécessaire d'avoir du recul sur notre pratique avec ce public afin de pouvoir s'adapter au mieux, dans le respect de la personne.

Enfin, ce sont des jeunes dépendants dans tous les actes de la vie quotidienne. Dans l'institution les psychomotriciennes s'occupent des changes et des repas. La notion de handling a donc une place d'autant plus importante.

Avec les personnes handicapés moteurs, nous abordons donc constamment ces notions. Je pense que par la spécificité de l'approche psychomotrice l'enfant va ressentir différemment notre façon de le porter, de le toucher, de le manipuler.

A mon avis, le holding et le handling mis en jeu lors d'une séance de psychomotricité vont être d'autant plus bénéfiques pour l'enfant que le psychomotricien va favoriser l'émergence du plaisir chez l'enfant : plaisir à être en relation, de se déplacer,... En effet, nous avons vu le rôle important du plaisir dans l'investissement de l'enfant lors de la prise en charge.

Le toucher revêt une importance primordiale dans le développement de l'enfant. En effet, la peau est l'organe des sens qui est le premier à se mettre en place in utéro, le seul à recouvrir toute la surface du corps.

D. ANZIEU a étudié les contenants psychiques à travers cette principale enveloppe qui est la peau. « *Par Moi-peau je désigne une figuration dont le Moi se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de l'expérience de la surface du corps.* » (ANZIEU D., 1985, p.61)

La peau n'est pas seulement une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique : elle permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire, et garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre.

A la naissance, le bébé doit affronter une situation initiale de morcellement sensori-moteur, qui se résout avec la maturation neuromotrice. En effet, petit à petit le bébé s'unifie, se rassemble, définit un axe, se spatialise en différenciant un dedans et un dehors. En parallèle à cette délimitation il y a la mise en place d'une enveloppe, c'est à dire un processus qui contient, qui filtre les excitations. Or, on peut voir très souvent les personnes polyhandicapés incapables de contenir leurs émotions, désorganisées par des perceptions, ce qui se manifeste alors par des réactions d'excitation et des gestes incontrôlés.

Ainsi, quand le corps de l'enfant est un corps manipulé, appareillé, douloureux,... la fonction unificatrice de la peau et la mise en place de limites corporelles précises sont mises à mal. Or, comme le démontre D. ANZIEU, la peau dans sa notion d'enveloppe du corps participe au développement psychique de l'enfant. « *L'instauration du Moi-peau répond au besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien-être de base.* » (*ibid.*, p.61)

Le travail en psychomotricité avec le drap m'a amené à réfléchir sur un lien possible avec cette notion de Moi-peau. D. ANZIEU décrit huit fonctions du Moi-peau qui trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau. Avec le drap j'ai remarqué que certaines de ces fonctions étaient remplies.

La fonction de maintenance du psychisme : Tout comme la peau soutient et unifie le squelette, le Moi-peau donne à la psychée une solidité et une unité.

D. ANZIEU fait ici le lien avec l'intériorisation du holding maternel. La mère offre à son enfant son propre corps comme appui et base sécurisante.

L'enfant est porté par le drap, il met en contact tout son corps, en particulier son dos, avec ce support. Les balancements et le rythme que l'on provoque avec les psychomotriciennes ne sont pas sans rappeler le holding primitif avec la mère. Ainsi le drap offre un soutien corporel par lequel un étayage psychique est possible.

La fonction de contenance : De même que la peau recouvre toute la surface du corps, le Moi-peau tend à envelopper tout l'appareil psychique. La fonction de contenance est assurée par le handling maternel et amène l'enfant à un sentiment de continuité d'existence. Par les diverses sensations tactiles ressenties, l'enfant élabore progressivement son schéma corporel et se construit une image de son corps.

Les retournements effectués par le biais du drap permettent à l'enfant de ressentir son enveloppe corporelle.

La fonction de pare-excitation : Au début c'est la mère qui assure cette fonction, en s'assurant que le bébé ne soit pas exposé à des stimulations externes et internes excessives. Puis le Moi naissant du bébé permet par la suite un étayage suffisant sur sa propre peau pour avoir sa propre fonction de pare-excitation.

Sophia est une adolescente du groupe âgée de 13 ans. Elle communique oralement. Ses symptômes sont apparentées à une infirmité motrice cérébrale. Sophia présente d'importants troubles du comportement aussi bien avec les adultes qu'avec les autres jeunes (provocation, crachats,...)

Lors de cette séance avec le drap, Sophia est très agitée. En effet, elle gesticule beaucoup dans le drap et se tend lorsque nous la soulevons et faisons des balancements. Elle dit pourtant que c'est bien. Ce n'est qu'au moment de « faire la momie » que Sophia se calmera véritablement et accèdera à un moment de détente. On voit ici que le drap exerce sa fonction de pare-excitation. Dans la prise en charge psychomotrice, le psychomotricien est souvent amené à jouer ce rôle.

La fonction d'individuation : « *Par son grain, sa couleur, sa texture, son odeur, la peau humaine présente des différences individuelles considérables.* » (ANZIEU D., 1985, p.126)

Lorsque nous utilisons le drap, ce drap peut être vu comme une sorte de seconde peau car il entoure et recouvre tout le corps de l'enfant. Par sa texture, son odeur, le contact avec le drap favorise la différenciation et donc l'individuation de l'enfant.

La fonction d'intersensorialité : Le Moi-peau représente une surface psychique qui relie les diverses sensations liées aux organes des sens. Comme le Moi-peau, le drap va venir relier les différents sens qui sont sollicités notamment le sens vestibulaire, le regard,...

Ainsi, nous avons vu que l'utilisation du drap renvoie à quelques fonctions du Moi-peau.

J'aimerais maintenant élargir mon propos par rapport à ce médiateur. En effet, le travail avec le drap englobe également les notions d'enveloppement, d'enroulement et de poids. Ainsi, par ce travail on va permettre à l'enfant polyhandicapé de sentir un vrai rassemblement en donnant une sensation tactile globale de son corps.

Le rassemblement du corps est peu expérimenté chez les personnes handicapés moteurs car une hypertonie et des postures en hyper extension sont souvent rencontrées. Il semble alors nécessaire de travailler sur l'enroulement.

L'enroulement est un schème fondamental mentionné par plusieurs auteurs. « *C'est une étape fondamentale que l'enfant doit vivre selon son propre rythme dans un environnement affectif suffisamment stable afin que soit assurée la base du narcissisme primaire. C'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psychée vers le dehors relationnel s'étayeront.* » (ROBERT-OUVRAY S.B., 1993, p.46)

Lors des séances au sol, le « Jacques a dit » nous permet de travailler sur l'enroulement. En effet, plusieurs positions le mettent en jeu : se mettre en boule, pour passer du décubitus à la position assise ou 4 pattes.

Allongés sur le ventre, le gros ballon et le rouleau sont également des médiateurs intéressants. En effet dans cette position, Ruben et Lise peuvent expérimenter l'enroulement. En général ils apprécient ce moment : ils se détendent et je remarque peu de posture en hyper extension.

Le poids est un véritable organisateur psychique. Accepter de peser, accepter son poids, c'est aussi assumer son existence. Pour travailler le poids avec les personnes handicapées il faut

s'engager dans le corps à corps. Les portages soit directement, soit par l'intermédiaire de drap sont précieux. Lorsque Ruben et Lise sont enveloppés dans le drap tels une momie, je cherche une détente corporelle en leur donnant la perception de leur poids. Ainsi, je soulève leurs jambes par l'intermédiaire du drap. Il me semble important, pour garantir la qualité du contact de faire alors soi-même un travail sur son tonus. Ce portage aurait également pu se faire au niveau du dos et des bras.

Par ce travail avec le drap, l'enfant va se sentir contenu, en sécurité ce qui est nécessaire comme nous l'avons vu pour qu'il se laisse la possibilité de prendre du plaisir.

Je terminerai sur ces paroles de D. ANZIEU pour montrer l'importance du Moi-peau et son lien avec le plaisir : « *S'adonner au plaisir suppose la sécurité d'une enveloppe narcissique, l'acquisition préalable d'un Moi-peau.* » (ANZIEU D., 1985, p.228)

V. MON VECU PAR RAPPORT AU PLAISIR

Le psychomotricien et le patient sont en interaction constante. Ainsi le plaisir qui émerge lors des prises en charge psychomotrice est un plaisir partagé par ces deux partenaires. J'aimerais ainsi vous parler de mon plaisir personnel lors de ce stage.

Lors de ma rencontre avec Ruben et Lise je me suis sentie assez désemparée. Comment allais-je leur permettre d'accéder à des moments de plaisir vu l'importance de leur handicap ?

Au fil du temps j'ai appris à mieux les connaître. J'entre alors en relation avec eux de plus en plus facilement, je me sens aussi plus à l'aise lors des séances de psychomotricité. Finalement, malgré leur handicap, ces jeunes prennent quand même du plaisir avec leur corps.

Puis je me rends compte très vite que Ruben et Lise ont des personnalités et des capacités différentes, donc qu'ils ne prennent pas du plaisir de la même façon.

Pour Ruben, les expériences sensori-motrices semble lui procurer beaucoup de plaisir alors que pour Lise il s'agit plus du plaisir d'être en relation.

En tant que soignant, voir que l'on peut procurer du plaisir dans notre prise en charge est très satisfaisant. Ainsi, voir un grand sourire apparaître sur le visage de Lise lorsque je la mets sur le gros ballon me procure également beaucoup de plaisir.

Lors de certaines activités, j'ai redécouvert le plaisir de peindre, de « jouer à chat », de faire la course,... finalement de jouer tout simplement. Ressentir le plaisir dans notre pratique me paraît important. A mon avis, c'est un des indices qui montre que l'enfant s'investit dans la prise en charge, chose primordiale si on veut qu'il progresse.

Cependant, il faut rester vigilant quant à cette prise de plaisir. En effet, le plaisir d'être en relation avec l'enfant, de le voir prendre du plaisir peut nous éloigner de nos objectifs et la prise en charge n'est alors plus thérapeutique.

Le plaisir peut être constructif mais il faut savoir le gérer et s'en servir dans l'optique du projet thérapeutique de l'enfant.

En effet, lors des temps libres certains enfants m'interpellent pour que je vienne jouer avec eux dehors. Nous entamons alors une partie de football, de lancer de balles,... Le plaisir éprouvé lors de ces moments n'a ici pas de but thérapeutique. Je m'amuse autant qu'eux, avec les mêmes intentions : celui de jouer tout simplement.

Lors des séances, par contre, je prends du recul face au plaisir partagé avec les jeunes. Mon engagement émotionnel, corporel n'est pas le même. Je fais plus attention à ma façon d'entrer en relation avec eux, à mon dialogue tonique, à mon attitude,..

Faire cette différence me paraît nécessaire. Le patient pourra ainsi différencier les moments de plaisir simple et les moments de plaisir à visée thérapeutique.

CONCLUSION

Dès le plus jeune âge, le handicap moteur est mis en avant. Les personnes handicapées sont considérées comme « handicapées » avant d'être considérées comme des personnes à part entière. C'est en faisant la connaissance de ces personnes que l'on se rend compte que derrière le handicap, il y a une personne avec sa propre personnalité, ses propres envies et désirs. Ainsi, il semble primordial d'accompagner ces personnes dans leur épanouissement.

Comme nous l'avons vu, la notion de plaisir a des fonctions essentielles en thérapie psychomotrice.

Par son approche spécifique, la psychomotricité va contribuer à l'enrichissement d'un vécu corporel positif. La découverte de son corps, de ses capacités, de ses limites va permettre au sujet de s'ouvrir à l'autre, d'être dans la relation à l'autre. Ainsi le sujet handicapé moteur pourra faire l'expérience de son corps comme un corps plaisir : plaisir de se mouvoir, plaisir d'être en relation, plaisir d'être.

Le cadre contenant et sécurisant mis en place par le psychomotricien ainsi que sa disponibilité psycho-corporelle vont permettre l'émergence de ce plaisir.

Aussi, j'aimerais ajouter à cette notion de plaisir une autre notion qui est celle du mieux-être. Le mieux-être peut être défini comme l'amélioration d'une situation matérielle, physique de quelqu'un.

Dans mieux-être il y a le mot « être » qui renvoie à l'identification du sujet en tant que personne. Au-delà du plaisir, le travail en psychomotricité vise également au mieux-être du sujet et permettrait ainsi au sujet de s'accomplir en tant qu'être à part entière.

GLOSSAIRE

ANOXIE

C'est la diminution de la concentration d'oxygène dans le sang suffisante pour amener des signes et symptômes d'une oxygénation inadéquate des tissus.

ARTHRODESE

Cette intervention consiste à bloquer définitivement une articulation de façon à ce qu'elle ne soit plus source de douleurs et qu'elle soit stable. Après arthrodèse, la mobilité d'un membre ou de la région de l'organisme concernée par cette intervention est limitée en mobilité.

CYTOMEGALOVIRUS

C'est un virus responsable d'infections passant le plus souvent inaperçues. Son caractère pathogène survient surtout chez des patients dont les défenses immunitaires sont faibles.

DYSCHRONOMÉTRIE

Retard dans l'initiation ou l'arrêt d'un mouvement.

DYSMATURITE

C'est un retard de croissance intra-utérin.

DYSPRAXIE BUCCO-FACIALE

Ce terme regroupe les perturbations affectant l'ensemble des mouvements bucco-linguo-faciaux à buts non verbaux. Ces perturbations apparaissent dans l'exécution volontaire des mouvements impliquant la musculature de la bouche et du visage, sur demande ou encore sur imitation (tirer la langue, gonfler les joues, siffler,...) Ce déficit rend de tels mouvements très difficiles, parfois impossible. L'apraxie bucco-faciale n'est pas une paralysie puisque les mêmes mouvements peuvent être exécutés normalement dans des gestes automatiques ou réflexes. Elle correspond plutôt à un désordre dans l'exécution de schèmes moteurs fins affectant la motricité bucco-faciale volontaire.

GASTROSTOMIE

La gastrostomie est une intervention consistant à réaliser au niveau de l'abdomen un orifice faisant communiquer l'estomac avec l'extérieur. Elle nécessite une incision de la paroi abdominale. Cette intervention a pour but de mettre en place une sonde qui permettra d'introduire l'alimentation directement dans l'estomac.

HYPERMÉTRIE

C'est l'exagération de l'amplitude du mouvement qui dépasse son but mais qui conserve sa direction intentionnelle.

NEUROTOMIE

Intervention chirurgicale consistant à sectionner un nerf, généralement afin de soulager une douleur ressentie sur le trajet de ce nerf.

PREMATURITE

Naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA).

On distingue différents degrés de prématurité :

- prématurité : de 33 à 37 SA,
- grande prématurité : de 28 à 32 SA,
- très grande prématurité : de 25 à 27 SA,
- extrême prématurité : moins de 24 SA

SCOLIOSE NEUROLOGIQUE

La scoliose est une déformation sinueuse de la colonne vertébrale dans les trois plans de l'espace : il s'agit d'une inclinaison dans le plan frontal, d'une rotation des vertèbres dans le plan horizontal et d'une inversion des courbures dans le plan sagittal. Cette déformation est non réductible.

On parle de scoliose neurologique dont l'origine est une atteinte motrice par lésion cérébrale pour faire la distinction avec la scoliose dite neuromusculaire dont l'origine est une maladie du muscle.

SOUFFRANCE FOETALE AIGUE

Diminution de l'oxygénation du fœtus. On parle aussi d'hypoxie.

TENOTOMIE

Intervention chirurgicale consistant à sectionner un tendon afin de redresser un membre, un segment de membre ou un organe.

ANNEXES



Verticalisateur



Corset Garchois



Flèche

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- **APF** (1996), Déficiences motrices et handicaps : Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés, Paris, Association des Paralysés de France, 2002

- **ANZIEU D.** (1985), Le Moi-peau, Paris, Dunod, 1995

- **AUCOUTURIER B.** (2005), La méthode Aucouturier : fantasmes d'action et pratique psychomotrice, Bruxelles, De Boeck

- **BERARD C.** (2008) , La paralysie cérébrale de l'enfant : guide de la consultation, examen neuro-orthopédique du tronc et des membres inférieurs, Paris, Sauramps médical

- **BUCHER H.** (1994), Psychomotricité : le « plaisir d'être » comme thérapie, Paris, Masson

- **BUSSEL B., PELISSIER J. et PERENNOU D.** (2001), La spasticité, Paris, Masson

- **CALZA A., CONTANT M.** (1997), Psychomotricité, Paris, Masson, 2007

- **CARRIC JC.** (2000), Lexique du psychomotricien, Paris, Vernazobres-Gregoire

- **CHABROL B., HADDAD J.** (2006), Handicaps de l'enfant, Paris , Doin

- **CORRAZE J.** (1980), Les communications non verbales, Paris, Puf, 2001

- **ECOFFEY B., MURAT I.** (1999), La douleur chez l'enfant, Paris, Flammarion
- **GAUDON P.** (2000), L'enfant déficient moteur polyhandicapé, Paris, Solal
- **GUIDETTI M. et TOURRETTE C.** (1996), Handicaps et développement psychologique de l'enfant, Paris, Armand Colin, 2002
- **ILLINGWORTH R.S.** (1990), Le développement psychomoteur de l'enfant, Paris, Masson
- **LE METAYER M.** (1993), Rééducation cérébro-motrice du jeune enfant : éducation thérapeutique, Paris, Masson, 1999
- **POTEL C.** (2000), Psychomotricité : entre théorie et pratique, Paris, In Press
- **ROBERT-OUVRAY S.B.** (1993), Intégration motrice et développement psychique, Paris, Desclée de Brouwer, 2002
- **SZASZ T.S.** (1986), Douleur et plaisir, Paris, Payot
- **WINNICOTT D.W.** (1975), Jeu et réalité, Paris, Gallimard, 2008

ARTICLES

- **BATTISTELLI F.** (1992), Les aspects somatiques du polyhandicap, in Évolutions psychomotrices, n° 18, pp. 13-26
- **GONCALVES E.** (2001), Investissement corporel et handicap moteur, in Thérapie psychomotrice et recherche, n° 127, pp. 28-31
- **KORFF SAUSSE S.** (1997), L'enfant handicapé, une étude psychanalytique, in La psychiatrie de l'enfant, vol. 40, n° 2, pp. 297-341
- **MOYANO O.** (1997), L'affect de plaisir dans la relation thérapeutique, la clinique psychomotrice, in Entretiens de Bichat
- **PFISTER G.** (2002), Personnes polyhandicapées : pour une approche palliative de la douleur , in Revue internationale de soins palliatifs, vol. 17, pp. 100-102.

MEMOIRES

- **CESA M.** (2007), Relation avec la personne polyhandicapée, Paris, ISRP
- **GEERAERT M.** (2005), Grandir dans un corps appareillé, Paris, ISRP
- **PONSON C.** (2001), Comment le plaisir peut-il constituer un moteur de l'apprentissage en psychomotricité, Paris, ISRP

RESUME

L'infirmité motrice d'origine cérébrale et le polyhandicap engendrent de nombreuses déficiences qui se traduisent par une atteinte motrice et un retard mental, souvent accompagnés de troubles associés. Le corps de ces adolescents est un corps dépendant, manipulé, appareillé et souvent douloureux.

En tant que thérapie à médiation corporelle, la psychomotricité joue un rôle fondamental dans la prise en charge de ces enfants. En favorisant l'émergence du plaisir, le psychomotricien va accompagner le sujet handicapé dans la recherche d'une relation plus harmonieuse avec son corps. Ainsi, par son approche globale, le psychomotricien va permettre à ces adolescents d'aller à la découverte de leur corps, un corps qui peut également être source de plaisir.

MOTS-CLES : Infirmité motrice cérébrale, Polyhandicap, Douleur, Plaisir, Communication non verbale, Dialogue tonico-émotionnel

SUMMARY

Cerebral palsy and polyhandicap generate many deficiencies which result in motricity disorders and mental retardation, often accompanied by other disorders. The body of these teenagers is a dependent, painful and manipulated body, often restrained by devices.

As a body mediation therapy, the psychomotricity plays a fundamental role in the care of these children. In facilitate the emergence of pleasure, the psychomotor therapist enables the disabled person in his pursuit of a harmonious relationship with his body.

Through a whole-encompassing approach, the psychomotor therapist helps these teenagers to experience their body not longer as a source of pain but rather as a source of pleasure.

KEYWORDS : Cerebral palsy, Polyhandicap, Pain, Pleasure, Non verbal communication, Tonic-emotional dialogue