

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

**Approche psychomotrice basée sur la sensorimotricité auprès
d'adultes polyhandicapés présentant des stéréotypies**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien par
Gwenaëla DUSSOLLE

Référent : Michaël LOMBARD

PARIS, Juin 2000

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

**Approche psychomotrice basée sur la sensorimotricité auprès
d'adultes polyhandicapés présentant des stéréotypies**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien par
Gwenaëla DUSSOLLE

Référent : Michaël LOMBARD

PARIS, Juin 2000

«...C'est ainsi que s'élabore le sujet, qui acquiert la capacité de s'énoncer lui-même : je sens donc je suis, mais encore, je te sens donc tu es »

Benoît LESAGE

Je tiens à remercier mes parents pour m'avoir laissé trouver ma voie, m'avoir permis de la suivre,
et m'avoir encouragé à chaque instant.

Je remercie Michaël LOMBARD pour toutes les conversations que nous avons pu avoir,
pour l'aide qu'il m'a apporté dans ma réflexion tout au long de ce stage,
ainsi que pour son accompagnement dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie enfin tous les psychomotriciens avec lesquels j'ai eu l'occasion d'effectuer des stages,
et qui m'ont fait découvrir de nombreuses approches cliniques.

MOTS CLEFS

Polyhandicap

Stéréotypies

Sensorimotricité

Vécu

Relation

INTRODUCTION	4
PARTIE THEORIQUE	5
1. <i>Rencontre avec la personne polyhandicapée</i>	6
1.1. <u>La notion de handicap</u>	6
1.1.1. Normalité et handicap	6
1.1.2. Quelques définitions	6
1.1.2.1. <i>Qu'entend-t-on par handicap ?</i>	6
1.1.2.2. <i>Handicap primaire, secondaire, tertiaire</i>	7
1.1.2.3. <i>Les handicaps associés</i>	8
1.2. <u>La personne polyhandicapée</u>	9
1.2.1. Définition	9
1.2.2. Etiologie du polyhandicap	10
1.2.3. Les troubles	11
1.2.3.1. <i>Les lésions cérébrales et la plasticité neuronale, désorganisation et compensation</i>	11
1.2.3.2. <i>La déficience mentale</i>	12
1.2.3.3. <i>Les troubles moteurs</i>	12
1.2.3.4. <i>Les troubles sensoriels</i>	12
1.2.3.5. <i>La comitativité</i>	13
1.2.3.6. <i>Les troubles des fonctions végétatives</i>	13
1.2.3.7. <i>Les troubles associés</i>	14
1.2.4. Le regard porté sur l'adulte polyhandicapé	15
2. <i>Des sens à la sensorimotricité : le rôle de la stimulation</i>	16
2.1. <u>Quelques définitions</u>	16
2.1.1. La stimulation	16
2.1.2. La sensation	17
2.1.3. La perception	17
2.2. <u>Les sens</u>	18
2.2.1. A propos des sens	18
2.2.2. Rappels neurophysiologiques généraux	19
2.2.3. Les privations sensitivo-sensorielles de la personne polyhandicapée	20

2.3. <u>La sensorimotricité</u>	21
2.3.1. Le stade de l'intelligence sensori-motrice dans la théorie de Jean PIAGET	21
2.3.2. La sensorimotricité comme base de la psychomotricité	23
2.3.3. Polyhandicap et sensorimotricité	24
2.3.3.1. <i>Expérience au quotidien</i>	24
2.3.3.2. <i>Méthodes de stimulation</i>	25
3. <i>Les Stéréotypies</i>	27
3.1. <u>Définition</u>	27
3.2. <u>Du point de vue du fonctionnement psychique</u>	28
3.2.1. Le fondement pulsionnel des stéréotypies	28
3.2.2. Fonction d'étayage des stéréotypies	29
3.2.3. Le modèle autistique	31
3.3. <u>Eléments neurophysiologiques</u>	32
3.4. <u>L'auto-stimulation des personnes polyhandicapées</u>	33
PARTIE CLINIQUE	35
1. <i>Présentation du cadre du stage</i>	36
1.1. <u>La Maison d'Accueil Spécialisée</u>	36
1.2. <u>La population accueillie</u>	36
1.3. <u>Les professionnels</u>	37
1.4. <u>La psychomotricité dans l'institution</u>	38
1.5. <u>Type de prise en charge effectuée en tant que stagiaire</u>	38
2. <i>Monsieur J.</i>	39
2.1. <u>Présentation</u>	39
2.2. <u>Anamnèse</u>	39
2.2.1. Contexte familial	39
2.2.2. Développement psychomoteur	40
2.2.3. Parcours institutionnel	40
2.2.4. Antécédents médicaux	40
2.2.5. Prise en charge en psychomotricité	41

2.3. <u>Bilans complémentaires</u>	42
2.4. <u>Bilan psychomoteur</u>	42
2.5. <u>Projet thérapeutique</u>	45
2.6. <u>Prise en charge</u>	46
2.6.1. L'entrée en relation par l'accompagnement de Monsieur J. lors de ses comportements stéréotypés	46
2.6.2. Les balancements du tronc comme base du déplacement	47
2.6.3. Prise de contact par le dos	48
2.7. <u>Bilan de prise en charge</u>	50
3. <i>Madame C.</i>	51
3.1. <u>Présentation</u>	51
3.2. <u>Anamnèse</u>	51
3.2.1. Contexte familial	51
3.2.2. Parcours institutionnel	51
3.2.3. Développement psychomoteur et antécédents médicaux	52
3.2.4. Prise en charge en psychomotricité	52
3.3. <u>Bilan psychomoteur</u>	53
3.4. <u>Projet thérapeutique</u>	56
3.5. <u>Prise en charge</u>	57
3.5.1. Découverte de l'activité et recherche de la relation maternante	57
3.5.2. A l'écoute des sensations corporelles	59
3.5.3. Travail sur l'axe corporel et l'autonomie en pataugeoire	60
3.5.4. La notion de rupture dans la prise en charge	61
3.6. <u>Bilan de prise en charge</u>	63
DISCUSSION	64
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	72

INTRODUCTION

La rencontre avec des personnes polyhandicapées bouleverse notre conception du handicap, ainsi que celle des limitations corporelles et relationnelles qui peuvent en découler.

A mon arrivée en Maison d'Accueil Spécialisée, je me suis demandé comment entrer en relation avec ces personnes qui semblent prisonnières de leur corps, quels mots, quels gestes pouvaient être les plus adaptés.

Et puis il y a un regard qui se pose sur nous, le déplacement du visage, un mouvement de la main, et c'est alors que le psychomotricien retrouve sa place, entrant en relation grâce au dialogue tonico-émotionnel et à l'écoute du corps de l'autre.

La plupart des personnes polyhandicapées présentent des activités stéréotypées.

Alors qu'elles semblent si limitées dans leurs mouvements, ces personnes démontrent ainsi des possibilités de mobilité corporelle intéressantes à reprendre en prise en charge, à travers un matériel sensorimoteur riche, bien que limité du point de vue de l'ouverture relationnelle.

Dans l'observation de ces patients et de leurs mouvements stéréotypés, on découvre rapidement qu'au travers des stéréotypies c'est plus particulièrement la composante autostimulatrice qui est recherchée. Le manque de possibilité à expérimenter par leur propre corps le monde environnant et à réagir de façon adéquate aux stimulations extérieures semble à l'origine de ce retournement sur eux-mêmes de toute activité.

Un travail permettant la découverte des capacités corporelles par une mise en jeu d'expériences sensorimotrices, et ce dans une ouverture relationnelle, semble un point de départ intéressant pour un élargissement des mouvements stéréotypés au monde extérieur.

PARTIE
THEORIQUE

Chapitre 1 : Rencontre avec la personne polyhandicapée

1.1. La notion de handicap

1.1.1. Normalité et handicap

La normalité est le « caractère de ce qui est conforme à une norme, considéré comme l'état normal » (Petit Larousse, 1999). En cela, elle s'oppose au pathologique qui est la variation par rapport à la norme, l'altération dans la santé ou dans l'équilibre des êtres vivants.

Cette notion de déséquilibre peut toucher différentes capacités de l'être humain (physique, mentale, psychologique, sociale, adaptative, émotionnelle...), mais reste toujours fonction de la norme acceptée par le reste de la population.

Le handicap se révèle donc être une variation de la norme sous une forme déficitaire. Ainsi, pour le Petit Larousse le terme handicapé désigne : « une personne atteinte d'un handicap ou défavorisée de façon quelconque ».

1.1.2. Quelques définitions à propos du handicap

1.1.2.1. *Qu'entend-t-on par handicap ?*

La **Classification Internationale des Handicaps** de l'Organisation Mondiale de la Santé (CARRIC J.C., 1998, p 79) distingue :

- **La déficience** qui correspond « dans le domaine de la santé, à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique, ou anatomique ».
- **L'incapacité** qui correspond « à toute réduction (résultant d'une déficience, partielle ou totale), de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ».

- **Le handicap** est « le désavantage social pour un individu donné, qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité, et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) ».

De façon courante, le terme « handicap » est utilisé pour désigner chacun des éléments ci-dessus, ainsi que le tout : à la fois la déficience organique, l'incapacité fonctionnelle et le désavantage social.

1.1.2.2. Handicap primaire, secondaire et tertiaire

C. BARAT et Coll. (1985, p. 32) distinguent trois degrés de handicaps, le premier considère l'atteinte neurologique en elle-même tandis que les deux autres tiennent compte des éléments découlant de cette atteinte :

- Le handicap primaire provient directement des atteintes cérébrales. Ces dernières sont irréversibles et non évolutives. Suivant la zone atteinte (motrice ou sensorielle) et l'étendue de la lésion cérébrale, le handicap primaire est plus ou moins grave, toujours accompagné d'un déficit intellectuel.
- Le handicap secondaire résulte directement des déficits précédents. Du fait des différentes atteintes au niveau cérébral, certaines expériences ou acquisitions sont impossibles pour l'enfant. Le handicap secondaire se retrouve au niveau comportemental, orthopédique, et vital.
(complications pulmonaires, déformations orthopédiques, troubles psychiatriques, troubles du sommeil, douleur...).
- Le handicap tertiaire est lié au retentissement psycho-affectif et social de la déficience.

Le handicap primaire est donc une atteinte définitive ; cependant, ses effets peuvent être réduits grâce à une prise en charge appropriée. Quant au handicap secondaire, il représente un véritable handicap surajouté acquis et évolutif ; l'action contre ce deuxième degré de handicap repose donc sur la prévention.

1.1.2.3. Les handicaps associés

Le polyhandicap fait partie des handicaps associés, encore appelés multihandicaps.

Selon E. ZUCMAN et J. SPINGA. (1985, p19), on peut définir les handicaps associés comme « la coexistence de deux handicaps sévères, dont l'intensité de chacun aurait nécessité, même s'il avait été isolé, des mesures d'aide, d'éducation et de soins... particulières ».

Les terminologies ne sont pas toutes d'accord sur la dénomination des différents types de handicaps associés, néanmoins la classification des multihandicaps donnée par le groupe d'étude du Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (ZUCMAN E. et SPINGA J., 1985, p.2) distingue 3 types de multihandicaps :

- Le surhandicap : surcharge progressive d'une déficience physique ou psychique par des troubles d'apprentissage ou par des troubles relationnels.
- Le plurihandicap : association circonstancielle de handicaps physiques.
- Le polyhandicap : handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience intellectuelle sévère.

1.2. *La personne polyhandicapée*

1.2.1. Définition

Le polyhandicap est actuellement considéré comme la forme la plus grave de handicap. Les déficits portent sur l'ensemble des capacités du sujet et le risque vital est important.

Il s'agit de personnes atteintes de lésions cérébrales majeures et diffuses, dont la traduction « fonctionnelle » touche tous les axes du développement. Ils associent dans la plupart des cas deux handicaps majeurs : l'arriération mentale sévère ou profonde avec une infirmité motrice cérébrale grave privant la personne de toute autonomie motrice. De nombreuses autres déficiences viennent trop souvent aggraver leur état : comitialité, déficiences sensorielles, altération de l'état général avec dénutrition, troubles respiratoires (ZUCMAN E. et SPINGA J., 1985, p. 21).

Cette définition du polyhandicap donnée par le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations met l'accent sur le retentissement des lésions à différents niveaux, mais elle oublie la prise en considération de la personne dans sa globalité. Le risque est alors de tomber dans le piège que représente une énumération des déficits, à savoir, résumer une personne polyhandicapée à la somme de ses handicaps.

Aussi, Andréas FRÖHLICH (1993, p. 11) le précise-t-il : « le « polyhandicap profond », pour nous, représente toujours des limitations complexes de la personne prise dans sa globalité ; elles compromettent toutes ses possibilités d'expérience et d'expression. Le développement émotionnel, cognitif et physique est considérablement réduit ou altéré. Il en est de même pour les attitudes sociales et la communication. Une classification par rapport à un symptôme majeur, dans le sens d'un handicap classique (handicap physique, mental ou sensoriel) est déconseillée. Elle passerait sous silence le caractère complexe du polyhandicap profond et la globalité de l'individu ».

Par ailleurs il s'agit toujours d'un handicap précoce (selon C. BARAT et Coll. (1985) les lésions surviennent pendant la période de développement cérébral considérée s'étendre de la conception à l'âge de deux ans), aussi les privations sensitivo-sensorielles et affectives qui en découlent interviennent sur un psychisme non organisé et en altèrent la structuration en cours.

1.2.2. Etiologie du polyhandicap

C. BARAT et Coll. (1985, p. 24) dans leur ouvrage concernant les enfants polyhandicapés établissent une classification des causes du polyhandicap :

- **Facteurs prénataux** : ils regroupent les causes vasculaires destructrices et inflammatoires (toxoplasmose et rubéole), les causes génétiques, les causes métaboliques, les causes environnementales (intoxication médicamenteuse, toxicomanie), les malformations cérébrales et les neurectodermoses,
- **Facteurs périnataux** : ils découlent des causes anoxo-ischémiques, des causes inflammatoires, de l'hypoglycémie et de l'ictère nucléaire, et de l'incompatibilité fœto-maternelle,
- **Facteurs postnataux** : ils résultent des séquelles d'origine traumatique, des séquelles inflammatoires, des séquelles toxiques ou métaboliques, des séquelles de mort subite manquée du nourrisson, et des séquelles des tumeurs et de leur traitement.

A cette liste s'ajoutent les encéphalopathies progressives dues à des maladies génétiques.

Par ailleurs, les auteurs précisent que l'on ne connaît pas la cause dans 30% des cas. Et certains troubles comme les troubles de la déglutition ou la comitialité sont des facteurs aggravants quant au risque vital.

1.2.3. Les troubles

Les données suivantes proviennent de l'ouvrage collectif sur l'enfant polyhandicapé déficient mental mené par C. BARAT et Coll. (1985).

1.2.3.1. Les lésions cérébrales et la plasticité neuronale, désorganisation et compensation

L'enfant naît avec un capital neuronal complet, seuls les circuits neuronaux dont dépendent les mécanismes vitaux sont fonctionnels avant la naissance, les autres sont immatures. Une lésion implique donc des risques de désorganisation des processus de maturation cérébrale. Néanmoins, grâce à la plasticité neuronale, la possibilité existe de compenser la destruction d'une zone cérébrale par la prise en charge par une autre partie cérébrale de la fonction normalement assurée par la zone lésée.

Les neurones sont agencés de façon préétablie dans le cerveau et il est probable que chaque groupe neuronal constitue dès la naissance un groupement fonctionnel, génétiquement programmé ; cependant les circuits neuronaux ne sont qu'ébauchés et ils ne se confirment que sous l'influence de stimulations appropriées pour des fonctions spécifiques : « c'est la confrontation avec les stimuli du monde, qui, en dernier ressort, détermine la spécificité neuronale ». Plus l'individu fait d'apprentissages, plus il a de richesse synaptique dans les zones concernées par ces apprentissages.

L'ensemble du système nerveux central a un rôle vital à la fois dans la gestion du système neurovégétatif (respiration, système cardiaque, régulation de la température, contrôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire...) et dans celle du système de la vie de relation (motricité, système sensoriel...). Les lésions des fonctions centrales vont donc engendrer des perturbations des différents rôles du système nerveux.

Par ailleurs, l'atteinte précoce des fonctions sensorielles et de la motricité entrave les possibilités du sujet atteint notamment en ce qui concerne son action sur l'environnement et sa communication avec autrui.

1.2.3.2. La déficience mentale

Une étude réalisée par le Centre National Technique Français pour l'Enfance Inadaptée (TOMKIEWICZ S., 1993, p. 5) montre que le quotient intellectuel est presque toujours inférieur à 50 – 55, et qu'il se situe plus généralement aux alentours de 30.

Il s'agit donc d'une déficience dite modérée, sévère, voire profonde qui ne permet pas de dépasser 6 à 7 ans d'âge mental, et qui, plus généralement, se rapporte à 2 ou 3 ans d'âge mental.

Le retard est massif dans toutes les acquisitions (marche, propreté, langage), l'autonomie est très limitée, et il existe de nombreuses pathologies associées (isolement, stéréotypies, agressivité...).

1.2.3.3. Les troubles moteurs

L'autonomie motrice est réduite de façon partielle ou totale.

Les troubles moteurs sont très variables, ils vont de la paralysie (diplégie, hémiplégie, tétraplégie) aux difficultés de régulation tonique (hypertonie, hypotonie), en passant par les mouvements anormaux involontaires (athétose).

Le plus souvent, les mouvements sont très limités et la marche impossible ; le recours aux fauteuils et aux « coques » est indispensable.

1.2.3.4. Les troubles sensoriels

Les atteintes peuvent porter sur l'ensemble des organes sensoriels.

L'organe des sens le plus touché est celui de la vue. Ceci s'explique d'une part parce que le cortex visuel et les voies visuelles intra-cérébrales sont très vulnérables lors des atteintes périnatales, d'autre part parce qu'à la naissance la fonction visuelle est la plus immature des fonctions sensorielles et sa maturation va dépendre des expériences (pauvres dans le cas du polyhandicap).

Au niveau des troubles ophtalmologiques, on note en particulier : troubles de la réfraction, cataracte, glaucome, strabisme, nystagmus. A cela il faut ajouter les anomalies du traitement cérébral de l'information.

1.2.3.5. La comitialité

La crise épileptique (LOISEAU P. et JALLON P., 1984, p 12) est une « manifestation clinique de l'hyperactivité paroxystique d'un groupe de neurones cérébraux. Elle peut se manifester par une modification abrupte de l'état de conscience par des phénomènes moteurs et/ou sensitivo-sensoriels inappropriés, par une altération de la réponse de l'individu à son environnement ».

L'épilepsie est un trouble courant chez les personnes polyhandicapées ; les traitements sont généralement donnés à vie et permettent un plus ou moins bon contrôle.

Il ne faut pas, par ailleurs, oublier la composante affective dans le déclenchement de la crise comitiale ; ainsi les personnes aussi gravement handicapées utilisent parfois la crise épileptique comme équivalent de communication, tout d'abord inconscient, d'un déplaisir portant sur un événement présent, passé ou futur.

1.2.3.6. Les troubles des fonctions végétatives

- Les troubles respiratoires sont très courants et exposent au risque vital. Les atteintes se révèlent à 4 niveaux :
 - les troubles respiratoires directement liés aux lésions cérébrales,
 - les conséquences thoraciques des lésions cérébrales : atteintes musculaires, atteintes de l'ossature thoracique,
 - les conséquences sur la perméabilité des voies aériennes : obstacles mécaniques de la région pharyngée (comme la bascule de la langue), troubles de la déglutition, troubles du calibre des voies aériennes,
 - les conséquences sur le parenchyme pulmonaire.

- Les troubles digestifs concernent la déglutition, le transit, les reflux gastro-oesophagiens, les fausses routes, les malformations viscérales.

- Les troubles cutanés sont principalement liés aux dermites et aux escarres.

1.2.3.7. Les troubles associés

- **Les troubles du sommeil** : diminution de la quantité de sommeil lent et/ou paradoxal, et nombreux réveils nocturnes, ce qui a une incidence sur les capacités d'éveil.
- **Les troubles orthopédiques** atteignent préférentiellement le rachis (cyphose, scoliose), les hanches (luxations), les pieds (équins, valgus, varus). Ils sont dus à une répartition asymétrique des déficits musculaires ainsi qu'à l'hypertonie, créant ainsi des tensions anormales sur les articulations. A ceci s'ajoutent : les rétractions, les attitudes préférentielles asymétriques, et l'absence de station debout (indispensable au bon développement de la hanche). Ces troubles nécessitent des prises en charge précoces en kinésithérapie pour développer la mobilité corporelle et prévenir l'apparition des déformations orthopédiques, ainsi que des appareillages et des interventions chirurgicales.
- **Les troubles relationnels** dus à de nombreuses séparations pendant l'enfance, à des difficultés d'adaptation parents/enfant, à des privations sensitivo-sensorielles, et à l'agressivité des hospitalisations à but chirurgical.
- **Les troubles du comportement** : le risque de psychotisation est réel. Il s'agit le plus généralement de traits psychotiques avec tendance au repli et fuite des échanges ; de ce fait, les personnes polyhandicapées présentent des automutilations, des stéréotypies, des agitations psychomotrices avec errance.
- **Les troubles psychomoteurs** : le domaine relationnel est particulièrement touché, dans la relation à autrui, comme dans la relation à leur propre corps. La connaissance du corps est partielle, le manque de stimulation est évident. Par ailleurs les troubles portent également sur la maturation et la régulation tonique, la structuration temporo-spatiale, les coordinations motrices de base et l'attention.
- **Troubles sphinctériens**
- **Troubles des conduites alimentaires**
- **Déshydratation**

1.2.4. Le regard porté sur l'adulte polyhandicapé

Le terme adulte vient du participe passé « *adultus* » du verbe latin « *adolescere* » : croître. L'adulte est donc étymologiquement celui qui est parvenu au terme de sa croissance (DUBOIS J., MITTERAND H. et DAUZAT A., 1998). Ceci souligne un âge atteint; c'est-à-dire une maturité intellectuelle, psychophysiologique, mais aussi un statut social.

Mais l'adulte peut également être défini comme celui qui s'est réalisé au mieux de ses capacités, qui a donc suivi une évolution lui permettant d'arriver au niveau de maturité maximum qu'il est susceptible d'atteindre.

Cette seconde définition offre à celui qui a des capacités, même limitées, d'être reconnu comme adulte.

En effet, pour les personnes polyhandicapées, le risque repose sur le fait d'être considérées éternellement comme de grands enfants, et ce, non seulement par des parents qui ne les voient évoluer que très lentement et ne développer que des capacités restreintes d'autonomie ; mais aussi par des professionnels occupés à leurs soins quotidiens et qui ne veulent pas considérer ces corps comme ceux d'adultes ayant aussi des désirs d'adultes.

Ce regard porté sur les adultes polyhandicapés participe à l'établissement progressif d'une dépendance encore plus grande.

La seconde question qui se pose, face à des adultes polyhandicapés, est celle de la limite de leurs capacités d'évolution et d'apprentissage, limite principalement due à la précocité des lésions cérébrales ; et donc une remise en question de notre travail auprès d'eux, et de nos attentes.

Chapitre 2 : Des sens à la sensorimotricité : le rôle de la stimulation

2.1. Quelques définitions

2.1.1. La stimulation

La stimulation est l'action susceptible d'activer certains récepteurs sensoriels (cellules en relation par des voies nerveuses avec les centres corticaux) d'un individu, et de provoquer un effet sur son comportement.

« Elle peut être comprise comme une valeur (ou une modification de la valeur initiale) d'un des paramètres de l'environnement » (PLATEL R., 1998, p. 2).

La stimulation peut provenir de l'environnement externe comme de l'environnement interne ; sa nature est variable (physique, chimique, mécanique, électromagnétique...) et va spécifier le type de récepteur activé. Elle agit sur ces cellules sensorielles spécialisées en libérant l'énergie potentielle des récepteurs, elle n'est pas elle-même une énergie utilisable par l'organisme

Les stimulations du milieu ne sont pas toutes efficaces. Il faut un certain degré d'intensité de stimulation pour exciter l'activité des récepteurs. Ce seuil d'efficacité est très variable d'un organisme à un autre et dépend du niveau d'éveil.

L'accompagnement dans la présentation des stimulations, et la motivation de la personne à les accepter sont également des éléments importants quant à l'efficacité des stimulations ; ils sont d'autant plus essentiels lorsqu'il s'agit de sujets polyhandicapés.

A partir du seuil d'efficacité, plus l'intensité de la stimulation augmente, plus l'excitation provoquée est importante, et plus le nombre d'unités réceptrices activées s'accroît. Mais lorsque le degré d'intensité de la stimulation dépasse un certain niveau, elle donne lieu à une sensation douloureuse.

Là encore, dans le cas des personnes polyhandicapées, il n'est pas toujours facile de distinguer la part des choses entre souffrance psychique et douleur physique.

2.1.2 La sensation

Une sensation est le « reflet dans la conscience d'une réalité extérieure, dû à l'activation des organes des sens » (Petit Larousse, 1999).

Ainsi la sensation découle de l'excitation sensorielle et est détectée par les récepteurs appropriés suite à une stimulation efficace.

La sensation permet l'adaptation de l'organisme à son environnement extérieur. Cette adaptation regroupe les conduites biologiques, homéostatiques, mais aussi les conduites d'alarme et de survie.

A cela il faut ajouter les sensations internes permettant à chaque individu d'être renseigné sur son propre corps, par le biais de la cénesthésie, la proprioception (sensibilité musculaire, tendineuse et articulaire), la viscérosensibilité (sensibilité viscérale)...

« La sensation représente une analyse élémentaire du monde » (CARRIC J.C., 1998, p. 172), elle est dépendante des règles de la conduction nerveuse, et ne donne lieu qu'à un certain niveau de conscience de l'environnement qui n'est pas la connaissance.

2.1.3. La perception

H. PIERON (1974, p. 26) nous invite à ne pas confondre la perception, qui est le processus psychologique fondamental, avec la sensation élémentaire.

Pour l'auteur la structuration perceptive représente la coordination des différentes sensations perçues par le système nerveux central de manière à « assurer une connaissance des conditions extérieures dans leurs rapports avec l'organisme et permettre de conduire des activités adaptées » (1974, p.22).

« La perception est une analyse supérieure du monde due à la fois à la sensibilité et à l'intelligence. (...) C'est une synthèse très complexe qui ne correspond pas seulement à une succession ou à une addition de sensations, mais à une totalité au sens de la Gestaltheorie et qui s'intègre dans une synthèse psycho-biologique plus générale » (CARRIC J.C., 1998, p. 124).

La perception peut donc être considérée comme la synthèse des sensations élémentaires parvenant aux centres nerveux, comparées aux expériences sensitivo-sensorielles antérieures, et permettant une connaissance du monde environnant afin de s'en enrichir, de s'en « nourrir ».

Mais la perception n'est pas seulement une connaissance du monde extérieur.

MERLEAU-PONTY (1945, p. 237) insiste sur la relation essentielle qui existe entre la perception du corps et la perception de l'environnement : « la perception extérieure et la perception du corps propre varient ensemble parce quelles sont les deux faces d'un même acte ».

La perception extérieure n'a de sens qu'en lien avec le corps et les perceptions de celui-ci. Elles s'influencent et s'enrichissent mutuellement au cours du développement psychophysiologique.

2.2. *Les sens*

2.2.1. A propos des sens

La définition du Petit Larousse (1999) ne considère que cinq sens comme « fonction par laquelle le système nerveux reçoit consciemment et analyse des objets ou des phénomènes extérieurs ».

Il s'agit des cinq sens tournés sur l'extérieur : la vision, l'audition, le toucher, l'olfaction, et le goût.

Dans la volonté de tenir compte de la personne dans sa globalité, les psychomotriciens tiennent également compte des sens tournés vers l'intérieur, qui sont :

- le sens vibratoire : sensations perçues par les os et donnant des informations sur le squelette,
- le sens labyrinthique : logés dans l'oreille interne les récepteurs vestibulaires sensibles à la pesanteur donnent des informations permettant l'équilibration,
- la kinesthésie : perception consciente de la position et des mouvements des différentes parties du corps,

- la proprioception : sensibilité des os, tendons, muscles, articulations qui renseigne de manière inconsciente sur la position et le déplacement du corps dans l'espace,
- l'intéroceptivité (ou viscéroceptivité) : sensibilité viscérale donnant lieu à des réflexes neuro-végétatifs,
- la cénesthésie : elle recouvre l'ensemble des sensations internes de notre corps (plus ou moins conscientes) et éprouvées dans le psychisme comme sentiment d'exister.

2.2.2. Rappels neurophysiologiques généraux

(PLATEL R., 1998, pp 1 à 9)

L'environnement externe et interne est source de stimulations qui s'exercent sur des éléments nerveux (neurones) ou sur des cellules liées à des cellules nerveuses, le tout constituant un récepteur. Ces éléments nerveux sont organisés en organes spécialisés qui assurent des fonctions sensorielles complexes (vision, audition, équilibration, proprioception...).

Les récepteurs sensoriels peuvent être classés en fonction de divers critères :

- leur localisation : extérocepteurs, propriocepteurs, viscérocepteurs...,
- leur structure histologique : cellules neurosensorielles, cellules sensorielles dont l'extrémité périphérique assure la réception, cellules sensorielles en contact avec une cellule réceptrice,
- la nature du stimulus : mécanorécepteurs, photorécepteurs, thermorécepteurs, chémorécepteurs...

Le stimulus est un paramètre mesurable (intensité, durée d'application, localisation) qui provoque la stimulation du récepteur par une variation de la différence de potentiel transmembranaire, c'est le potentiel de récepteur. Celui-ci engendre des lignes de courants gagnant un site générateur qui va créer un potentiel générateur dont l'amplitude sera fonction de l'intensité de la stimulation. A partir d'une valeur seuil de ce potentiel générateur il y a création de potentiels d'action dont la fréquence exprime l'intensité de la stimulation.

Le seuil, donc la quantité minimale d'énergie spécifique pour déclencher un potentiel d'action, peut varier en fonction de l'état de vigilance du sujet. Il existe une limite supérieure au delà de laquelle, quelle que soit l'intensité de la stimulation, le message sensoriel ne varie plus ; mais laisse place en revanche à une sensation douloureuse.

La stimulation de l'environnement est donc codée par les récepteurs en un message qui va être acheminé par les fibres nerveuses sensibles jusqu'aux centres nerveux.

Le décodage de l'information est effectué par les aires corticales sensorielles primaires, donnant ainsi naissance à une impression sensorielle : la sensation.

Ce n'est qu'après confrontation avec d'autres informations simultanées ou antérieures (l'expérience) que l'on atteindra finalement le niveau d'une perception élaborée.

2.2.3. Les privations sensitivo-sensorielles de la personne polyhandicapée

« La possibilité de bouger, la capacité d'élargir son environnement immédiat, la capacité de percevoir par les yeux et les oreilles ce qui se passe dans la pièce, tout ceci est différent et limité pour les personnes polyhandicapées profondes » (FRÖLICH A., 1993, p. 121).

De ce que nous venons de voir plus haut, il résulte que la perception de son environnement, tout comme celle de son corps propre, est dépendante de nombreux facteurs :

- le seuil d'excitation des récepteurs sensitivo-sensoriels : la sensibilité,
- le codage de l'information,
- la transmission du message aux aires corticales,
- le décodage de l'information par les aires sensorielles primaires,
- l'interprétation de l'information : la sensation,
- la mise en relation avec les autres sensations et les expériences antérieures : la perception.

Chacun de ces niveaux peut être entravé chez les personnes polyhandicapées.

Le seuil au delà duquel les stimulations sont perçues peut être très faible et donner lieu à des sensations douloureuses très rapidement, ou à l'inverse être élevé et ne jamais être atteint par les stimulations de l'environnement externe et interne.

Les aires corticales sont fortement touchées par les lésions cérébrales précoces et leur fonctionnement est gravement perturbé.

Quant aux expériences antérieures, elles sont peu nombreuses et le mécanisme cognitif de comparaison est altéré.

Chacun de ces éléments contribuant à limiter les capacités sensitivo-sensorielles et perceptives des personnes polyhandicapées (et sans oublier que la réponse motrice demande elle aussi l'intégration de nombreux facteurs) on comprendra que la stimulation pourra être mal interprétée et donner lieu à un comportement inadapté (réaction excessive ou inappropriée).

Ceci est d'autant plus vrai lorsque le milieu apporte de manière chaotique de nombreux stimuli différents et simultanés, et que la structuration du psychisme de ces personnes a été altéré par le retentissement des lésions cérébrales précoces.

2.3. La sensorimotricité

2.3.1. Le stade de l'intelligence sensori-motrice dans la théorie de Jean PIAGET

Le stade de l'intelligence sensori-motrice constitue le premier stade du développement de l'intelligence selon Jean PIAGET (1936). Il débute à la naissance et s'achève vers 2 ans avec l'avènement de la représentation, la permanence de l'objet et la structuration spatio-temporelle.

« L'intelligence sensori-motrice est une intelligence essentiellement pratique, situationnelle, limitée dans l'espace et dans le temps parce qu'elle s'appuie sur l'action et sur la perception et ne fait intervenir ni représentation, ni langage, ni concept » (LEGENDRE-BERGERON M-F., 1980, p.109).

C'est une période d'expérience et d'apprentissage à partir de matériel sensoriel et moteur contribuant à la connaissance de l'environnement, des objets et des situations.

Un schème étant « la structure ou l'organisation des actions, telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues » (PIAGET et INHELDER, 1966, p. 11) ; c'est à partir de schèmes réflexes que l'enfant va mettre en place des schèmes moteurs permettant de découvrir peu à peu ses capacités de mouvements et d'actions sur les objets, et de prendre connaissance de l'environnement extérieur à travers une activité perceptive et motrice adaptée.

La construction des schèmes moteurs s'effectue dans l'action du sujet sur l'environnement, proche d'abord, puis peu à peu élargi. L'enfant transforme le milieu extérieur pour l'adapter aux schèmes existants (assimilation - sur le mode perceptif, moteur, intellectuel) et transforme les schèmes pré-existants pour s'adapter au milieu (accommodation).

Ce double processus permet l'adaptation et l'équilibration de l'individu dans l'environnement changeant.

La période de l'intelligence sensori-motrice se divise en six sous-stades :

- 0 à 1 mois : adaptation à l'environnement par des réflexes innés,
- 1 à 4 mois : acquisition d'actions adaptatives résultant de l'expérience. **Réactions circulaires primaires** (répétition d'une même activité pour développer le champ d'expérience),
- 4 à 8 mois : **réactions circulaires secondaires** (reproduction de faits qui viennent de se produire par hasard et gratifiants). Ce sont les premières adaptations sensorimotrices intentionnelles par prise de conscience de l'environnement,
- 8 à 12 mois : permanence de l'objet. Comportement intentionnel (prévoir une situation et adapter ses actes en vue d'un résultat),
- 12 à 18 mois : **réactions circulaires tertiaires** (reproduction de faits originaux sous une forme modifiée). Expérimentation active, et création de nouveaux schèmes,
- 18 à 24 mois : l'enfant est capable de se représenter les objets et de les combiner mentalement, leur présence n'est plus nécessaire (avènement de la représentation).

2.3.2. La sensorimotricité comme base de la psychomotricité

La sensorimotricité, en psychomotricité, peut être comprise comme se fondant sur une expérimentation corporelle, sensorielle et motrice, active de l'environnement, alimentant ainsi l'activité psychique.

Les expérimentations sensorimotrices du jeune enfant (saut, giration, chute, course...), et la découverte des émotions qu'elles procurent, sont une phase importante de son développement psychomoteur. Elles permettent de mettre en jeu le corps dans son rapport au monde extérieur.

« Le plaisir sensori-moteur est l'expression évidente, de « l'unité » de la personnalité de l'enfant, car il crée l'union entre les sensations corporelles globales et les états tonico-émotionnels. Il permet la mise en jeu de la globalité » (AUCOUTURIER B., DARRAULT I., EMPINET J-L., 1984, p.149).

Ainsi le retour à un travail visant le « plaisir sensorimoteur » est un élément essentiel dans la prise en charge en psychomotricité ; ce plaisir pouvant être recherché dans le mouvement mais également dans la « quasi-immobilité » par la détente tonique.

La fonction perceptivo-motrice constitue un des supports des processus d'interaction entre les différents niveaux biologique, affectif, cognitif et social (BADEFORT J-P., 1995).

Loin de n'être réservées qu'à une période précoce du développement, les conduites sensorimotrices gardent un rôle dans le comportement d'apprentissage tout au long de la vie, même si leur importance diminue. Le recours à ce type de conduites dans un but thérapeutique entre par conséquent entièrement dans le champ de la psychomotricité.

De par ses liens avec le développement cognitif, la sensorimotricité peut se concevoir comme une maîtrise progressive des moyens instrumentaux qui déterminent l'existence de conduites psychomotrices adaptées.

« La sensorimotricité peut-être vue comme un soubassement théorique et technique de la psychomotricité » (BULLINGER A., 1994, p. 67).

2.3.3. Polyhandicap et sensorimotricité

2.3.3.1. *Expérience au quotidien*

Les personnes polyhandicapées sont enfermées dans leur propre corps, elles vivent l'isolement et les expériences négatives au quotidien.

Nous avons vu plus haut combien les possibilités sensorielles et motrices, qui sont à la base de la connaissance du corps et de l'environnement, sont limitées chez les personnes polyhandicapées et entraînent une relation au monde différente de celle vécue par tout autre individu.

Par ailleurs, leur capacité d'expérimentation, difficile à mobiliser, est en plus bien souvent limitée à l'espace proche. De ce fait le recours aux mouvements stéréotypés est fréquent. En tant que mise en jeu des conduites sensorimotrices, ces mouvements semblent leur permettre « d'alimenter » leurs besoins en sensations vestibulaires, proprioceptives, kinesthésiques, visuelles..., et contribuent ainsi à une maîtrise minimale de soi et du monde extérieur.

Néanmoins, ceci les amène à une connaissance partielle du monde environnant, des objets et des personnes, ainsi qu'à une connaissance limitée de leur corps, de ses capacités et de ses limites.

Paradoxalement, alors que ces personnes ont très peu de possibilité d'expérimentation par elles-mêmes, les propositions venant de l'entourage sont parfois encore moins riches ou inadaptées. L'interaction précoce mère/enfant s'établit difficilement, et par la suite le manque de sollicitation limite d'autant plus leur possibilité d'exercer une activité sur le monde extérieur, et d'en tirer des apprentissages pour une réutilisation ultérieure.

Par ailleurs Jean PIAGET insiste sur la nécessité d'une expérimentation active pour l'étayage psychique et le développement cognitif, or, les personnes polyhandicapées sont, dès l'enfance, amenées à vivre des expériences plutôt sur un mode passif : portées, lavées, nourries, sans qu'il soit fait appel à leurs capacités (limitées mais existantes), pas plus qu'à leurs désirs.

Ce manque de possibilité d'exercer par soi-même une activité sur le monde extérieur, induisant un changement de l'environnement, est un facteur limitant de l'activité psychique et cognitive, et accentue encore la dépendance aux autres.

2.3.3.2. Méthodes de stimulation

Différentes méthodes sont utilisées auprès des enfants et des adultes polyhandicapés ; je développerai ici la Méthode de stimulation basale d'Andréas FRÖHLICH (1993), mais avant cela je parlerai brièvement de deux autres méthodes citées dans un ouvrage collectif concernant les personnes gravement handicapées (ZRIBI G., 1994, pp 66 à 71) :

- Méthode DOMAN : Glenn DOMAN, kinésithérapeute américain, a établi un programme de surstimulation visant une compensation des lésions cérébrales. Cette méthode se veut applicable à n'importe quel type de handicap (quelles que soient la nature et la gravité) et garantit une guérison. Il s'agit de stimulations motrices, sensorielles, intellectuelles, à type de « patterning », et ce 3 à 12 heures par jour, 5 à 7 jours par semaine.
- Méthode SNOEZELEN : le terme signifie à la fois activité et détente, c'est une approche éducative élaborée en 1970 aux Pays Bas après des expérimentations de programmes d'activité intense sur 10 jours de fête. C'est une « offre sélective de stimulations primaires dans une atmosphère chaleureuse ». La méthode vise un élargissement du champ d'expériences, une ouverture relationnelle, et ce dans le respect du rythme du patient. L'accompagnateur a un rôle de médiateur entre la personne polyhandicapée et l'environnement, il doit l'aider à « saisir » des situations ou les « créer ».

LA STIMULATION BASALE

Il s'agit d'une méthode proposée par Andréas FRÖLICH, psychopédagogue allemand, se fondant sur la compréhension du développement sensorimoteur normal.

La stimulation basale prend en compte deux aspects importants du polyhandicap :

- aspect neurologique : les lésions cérébrales précoces affectent la motricité et les capacités intellectuelles et sont à l'origine de déficiences acquises par manque d'expérimentation, et donc de stimulation, de l'ensemble du système nerveux,
- aspect psychologique : le manque de contact corporel provoque l'isolement et le retrait ce qui augmente les déficiences sensorimotrices.

Le but de la « stimulation basale » consiste à simplifier l'environnement des personnes polyhandicapées afin de le rendre « perceptivement » plus accessible. C'est une offre sensorielle simple, visant la stimulation globale de la personne. Elle propose de structurer les stimulations de façon à privilégier un canal sensoriel, car un environnement trop riche en informations polysensorielles constitue un chaos indifférencié de stimulations.

La méthode débute sur les bases d'expériences primaires de stimulation, apparentées à celles du fœtus dans le ventre maternel, à savoir des stimulations :

- vestibulaires : balancements autour de l'axe corporel, positionnement dans l'espace, accélération. C'est le lien entre les expériences visuelles et proprioceptives des mouvements du corps,
- somatiques : utilisation du toucher pour développer les expériences corporelles et le schéma corporel, travail sur la symétrie du corps, la tension et la relaxation, la respiration,
- vibratoires : utilisation de matériel vibrant pour atteindre le système osseux et faire prendre conscience d'une structure interne.

Il s'agit d'une stimulation structurée se basant sur les stades de l'évolution psychoaffective et intellectuelle du jeune enfant. Elle fait tout d'abord appel à des capacités sensorielles minimales par la proposition de stimulations très contrastées, puis, progresse vers une discrimination sensorielle plus fine.

La méthode consiste à stimuler le corps propre, ainsi que ses possibilités de mouvement et de perception, visant un élargissement du champ d'expérience. Le patient reste toujours actif dans cette stimulation, sa capacité de relation étant continuellement sollicitée, la méthode se basant sur le postulat que toute personne peut communiquer à sa manière.

La stimulation basale recommande de longs temps de repos après chaque stimulation ; il s'agit d'un repos accompagné où le thérapeute, par sa présence, maintient le cadre de sécurité et de relation affective.

Chapitre 3 : Les stéréotypies

3.1. Définition

Du grec « stereos » : solide, et « tupos » : caractère, les stéréotypies sont des « activités répétées et fragmentaires dont la forme et l'orientation sont relativement constantes et qui n'ont pas de but apparent » (DORON R. et PAROT F, 1991).

Les stéréotypies sont constatées le plus généralement dans les psychoses infantiles et tout particulièrement dans l'autisme, ainsi que dans la déficience mentale sévère ou profonde.

Les mouvements stéréotypés mettent toujours en jeu le corps ou une partie du corps. Ils ont, en fonction de la personne qui les effectue, une localisation préférentielle, un rythme particulier, et une valeur comportementale différente. L'objet des stéréotypies peut être :

- le corps propre : mouvements d'une partie du corps (stéréotypies gestuelles : frottement des mains, tapotage...) ou de tout le corps (balancements, marche sur la pointe des pieds...),
- les mots et les vocalises (stéréotypies verbales),
- un objet extérieur dont l'utilisation est inappropriée.

D'après RICHARD J. (1994, p 86) : les mouvements dits stéréotypés « sont des mouvements qui se répètent à l'identique de manière continue (sans que le segment, corporel qui supporte la stéréotypie, soit investi dans un autre mouvement dans l'intervalle) à la différence des tics. Ces mouvements se caractérisent par leur apparition spontanée et par leur absence de signification utilitaire ou symbolique ».

Ce sont des gestes qui semblent n'avoir aucune signification, aucun but, aucun rapport avec le contexte environnant, en tout cas du point de vue de l'observateur extérieur.

Mais cette définition, qui signe une certaine incapacité à trouver un sens à ces mouvements, ne semble tenir compte que du mode de fonctionnement psycho-corporel de l'observateur externe, et non des motivations internes du sujet, des causes et des conséquences de ces stéréotypies dans son mode de fonctionnement, dans la représentation qu'il peut avoir de lui-même et des objets qu'il utilise.

C'est pourquoi nous allons maintenant tenter de proposer quelques théories concernant le sens de ces stéréotypies pour le sujet lui-même.

3.2. *Du point de vue de fonctionnement psychique*

3.2.1. Fondement pulsionnel des stéréotypies

La notion de pulsion a été introduite par Sigmund FREUD en 1915 :

« Le concept de pulsion nous apparaît comme un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations, issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique par suite de sa liaison au corporel » (FREUD S.,1915)¹.

La pulsion est un processus dynamique qui consiste en une **poussée** qui fait tendre un organisme vers un but. Une pulsion a sa **source** dans une excitation corporelle, créant un état de tension. Le **but** de la pulsion est de parvenir à la satisfaction en supprimant cet état de tension, et ce, grâce à l'**objet**.

C'est au niveau du corps que naît l'excitation, dans une zone érogène, et la baisse de la tension se situe à ce niveau même. Le but est étroitement dépendant de la source somatique de l'excitation.

Le but et l'objet peuvent varier d'un individu à l'autre et se modifier chez un même individu en fonction des moments de la vie.

A partir de cette définition, on peut envisager un élément des stéréotypies comme étant un processus dynamique, permettant de résoudre une tension pulsionnelle localisée dans une région corporelle.

Toute activité corporelle trouve son fondement dans la tension pulsionnelle, mais dans le cas des mouvements stéréotypés, la constitution du trajet pulsionnel normal se trouve dans une impasse qui se traduit par l'impossibilité d'une ouverture sur des objets extérieurs.

¹ cité dans Encyclopaedia Universalis, 1995

3.2.2. Fonction d'étayage des stéréotypies

Le Moi-peau est un concept psychanalytique introduit par Didier ANZIEU en 1974, élargi en 1985, et qu'il désigne comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (ANZIEU D., 1995, p. 61).

Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau. Didier ANZIEU en distingue essentiellement trois en 1974, puis en ajoute cinq autres en 1985. Je développerai ici trois de ces fonctions qui peuvent donner un sens aux mouvements stéréotypés :

- **La fonction contenante du Moi-Peau** : elle correspond à la fonction d'enveloppe de la peau, porteuse des organes des sens externes. Cette fonction est née du « handling » maternel (manière dont l'enfant est soigné et qui permet le développement d'un moi corporel d'après D. W. WINNICOTT). Le Moi-Peau vise à envelopper l'appareil psychique à l'image d'une écorce dont le noyau est le Ca pulsionnel. Ainsi cette fonction permet de contenir les pulsions dans une écorce corporelle sur laquelle leurs sources vont être projetées. La carence de cette fonction contenante engendre deux types d'angoisses : l'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse où l'écorce n'existerait pas et où le but ne pourrait être satisfait ; et l'angoisse d'une écorce percée de trous par lesquels l'intérieur s'écoule au dehors.

Les stéréotypies ont de même une fonction de contenance permettant à l'excitation pulsionnelle d'exister et de se satisfaire par l'objet, qui reste le corps propre.

- **La fonction d'individuation du Soi** : la peau, par sa différence d'une personne à l'autre, marque l'individuation. Le Moi-peau assure cette même fonction de différenciation entre Soi et non-Soi.

Les mouvements stéréotypés permettent de se constituer en tant qu'être différencié du monde environnant angoissant, de se sentir exister dans la construction toujours renouvelée d'un environnement proche rassurant.

- **La fonction d'intersensorialité** : de même que la peau est le support des autres organes des sens, le Moi-Peau est la surface psychique qui permet de faire le lien entre les différentes sensations (internes et externes) à partir de la référence au toucher.

Les stéréotypies, par leur composante sensorimotrice, permettent d'exercer une activité touchant différents systèmes sensoriels et établissant des liens entre eux par le biais du mouvement.

Les autres fonctions assurées par le Moi-peau sont :

- la fonction de maintenance du psychisme,
- la fonction de pare-excitation,
- la fonction de soutien de l'excitation sexuelle,
- la fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique,
- la fonction d'inscription des traces sensorielles.

Didier ANZIEU a ainsi mis en évidence la construction du psychisme de l'individu à partir de l'expérience vécue corporelle. La peau est le premier instrument qui permet la relation au monde par ses sensations internes et externes et ses capacités d'échanges avec autrui. L'intégrité corporelle est un élément important permettant la conscience de soi et la confiance dans la relation aux autres.

Chez les patients polyhandicapés, de nombreux facteurs (tant au niveau des déficiences, qu'à celui des traitements médicamenteux, ou encore au niveau du manque de mobilité corporelle) contribuent à perturber l'image qu'ils peuvent avoir d'eux-mêmes.

Les mouvements stéréotypés trouvent alors une valeur d'étayage pour ces personnes, ils permettent de calmer l'angoisse, de réduire l'excitation pulsionnelle, mais aussi de se sentir exister en tant qu'être différencié.

3.2.3. Le modèle autistique

Les stéréotypies ont été particulièrement étudiées chez les enfants autistes. Ces études peuvent apporter des éléments de compréhension quant au comportement stéréotypé des personnes polyhandicapées.

Les stéréotypies apparaissent le plus généralement dans des situations angoissantes pour l'enfant ou lors des périodes d'inactivité et de manque de stimulation extérieure.

On leur attribue plusieurs fonctions dont le but est le plus généralement d'éviter la déstructuration de l'appareil psychique en évitant l'angoisse :

- **Fonction de décharge de l'excitation** : « faire écouler à l'extérieur de soi une excitation qu'on ne pourrait garder à l'intérieur qu'au prix de dérèglements variés » (MARTI R., 1995, p. 62). L'intensité de l'excitation interne peut être une menace pour l'appareil psychique, elle doit alors être écoulee par n'importe quel moyen sinon ce serait prendre le risque d'une explosion interne, d'un anéantissement. Les stéréotypies sont là pour permettre cette décharge.
- **Fonction de peau psychique** : « s'environner de gestes ou de bruit crée une sorte de zone intermédiaire filtrante » (MARTI R., 1995, p. 62). C'est une forme d'enveloppe psychique qui limite les perceptions externes. Les stéréotypies parent ainsi à toute stimulation du monde environnant vécue sur un mode intrusif et persécuteur. Cette enveloppe entoure le corps de stimulations sélectionnées qui donnent l'apparence d'une pseudo-réalité (psychique et corporelle) plus supportable et contrôlable.
- **Fonction de permanence** : dans le but de préserver un monde sécurisant immuable. « Un monde totalement imprévisible serait une source d'angoisses inimaginables » (MARTI R., 1995, p. 65). Les mouvements stéréotypés sont alors une tentative de réduire l'angoisse de l'imprévisible, en imposant un rituel rassurant et dont la finalité est connue. L'enfant autiste fait alors l'expérience qu'avec ses manipulations il peut empêcher un changement d'advenir, mais de ce fait, il ne peut à aucun moment faire l'expérience structurante de savoir qu'il peut exercer une activité qui permet de changer quelque chose dans le monde environnant afin de l'adapter à ses besoins.

- **Fonction de répétition comme mode d'apprentissage** : la répétition n'étant pas considérée comme l'identique car elle se produit dans le temps, Marie-Françoise LIVOIR-PETERSEN (1994, pp 43 – 58) parle de répétition et « d'appel au même » dans le développement normal de l'enfant sous la forme d'une mise en jeu du travail d'anticipation. Ceci rejoint les réactions circulaires décrites par Jean PIAGET (1936) au stade de l'intelligence sensorimotrice. Mais « Au lieu de mettre en œuvre des régularités s'appuyant sur l'extraction de schémas dynamiques complexes, l'enfant autiste utiliserait préférentiellement des repères statiques ou des transformations cycliques » (LIVOIR-PETERSEN M-F., 1994, p. 50) ; ainsi alors que le travail d'anticipation dans le développement normal de l'enfant garde une ouverture à la nouveauté dans un but d'apprentissage, les stéréotypies ne le permettent pas.

Ces différentes fonctions qui ont été étudiées chez les enfants autistes peuvent nous aider à comprendre la signification des mouvements stéréotypés dans le fonctionnement psychique des personnes polyhandicapées. En effet bien que les traits psychotiques ne soient pas toujours présents chez ces personnes, on peut comprendre que les limitations, complexes et précoces, de leur corps les amène à une conscience d'eux-mêmes réduites qui peut se rapporter à celle des enfants psychotiques.

3.3. Éléments neurophysiologiques

Des études réalisées par OLDS et MILNER¹ en 1954 chez le rat, sur le comportement d'auto-stimulation, mettent en avant le rôle de certaines structures encéphaliques :

- l'amygdale : son rôle consiste à apprendre quelles sont les stimulations sensorielles et conditions de l'environnement qui doivent être renforcées – certains neurones de l'amygdale apprennent à décharger en potentiels d'action pour un stimulus sensoriel donné, lorsque cette stimulation est associée à un renforcement,
- cortex orbito-frontal : il gère l'interruption des connexions établies entre le stimulus sensoriel et son renforcement.

¹ cité par BOISACQ-SCHEPENS N. et MEULDERS M., 1981

- régions septale et hypothalamique : rôle de renforcement positif des stimulations sélectionnées.

De cette expérience, BOISACQ-SCHEPENS N. et MEULDERS M. (1981, p. 74) tirent des conclusions sur le fait que « le cerveau contient des mécanismes qui permettent à l'animal ou à l'homme de rechercher ou, au contraire, d'éviter certaines stimulations sensorielles. Ces stimulations constituent des renforcements au sens behaviouriste du terme, car ils sont à l'origine de comportements permettant soit d'obtenir, soit d'éviter ces stimulations. En outre, le fait que ces stimulations soient recherchées ou évitées laisse pressentir leur caractère agréable ou désagréable et constitue un argument en faveur de mécanismes d'homéostasie dans le domaine de l'affectivité ».

3.4. *L'auto-stimulation des personnes polyhandicapées*

Le terme d'auto-stimulation est de plus en plus employé pour parler des stéréotypies.

Plus généralement l'auto-stimulation peut être considérée comme une composante des stéréotypies particulièrement utilisée par les personnes polyhandicapées.

Nous venons de voir combien le lien entre le développement des capacités sensorielles et motrices, le développement cognitif, et le développement psychique est important. Les stimulations semblent par conséquent essentielles à un maintien de l'organisation psychocorporelle.

On peut alors comprendre les autostimulations comme une « solution de secours » adoptée par la personne polyhandicapée pour se donner elle-même des éléments de stimulation (FRÖLICH A., 1993, p.32). Le sujet polyhandicapé cherche ainsi à obtenir des éléments lui permettant de maintenir la conscience qu'il a de lui-même. Sans cette activité le vide pourrait être total.

Les possibilités de mouvement étant très limitées, pour pouvoir atteindre ce minimum de stimulation, la personne polyhandicapée se retourne sur son environnement immédiat et par conséquent sur son propre corps comme objet et source de stimulation.

La plupart du temps la personne polyhandicapée est obligée de subir passivement son entourage, son domaine d'activité propre est très réduit et les auto-stimulations sont alors « un petit domaine d'une autonomie vécue » (FRÖLICH A., 1993, p. 33), grâce auquel elle peut exercer un certain pouvoir de contrôle et de décision.

De par cette possibilité d'exercer une parcelle d'autonomie à travers les stéréotypies, ces dernières peuvent constituer un moyen de maîtrise de l'environnement, voire un équivalent de communication ; les stéréotypies produisant un effet sur l'entourage, presque toujours le même, il peut y avoir anticipation des réactions d'autrui (fuite ou intérêt).

Les stimulations concernent tous les domaines sensoriels : vestibulaires (balancements), tactiles (frottement des mains, morsures), visuelles (enfouissement des doigts dans les yeux)... ; mais chaque individu utilise préférentiellement certains types de stimulations.

Cependant le seuil en-dessous duquel la stimulation reste inefficace est souvent particulièrement élevé ce qui suppose des stimulations plus intenses qui peuvent alors provoquer des effets secondaires non recherchés en tant que tels (blessures, crise d'épilepsie, crampes...).

Ces comportements semblent donc structurants dans une certaine mesure mais lorsqu'ils envahissent le sujet ils nuisent au développement aussi bien psychique, psychomoteur, qu'intellectuel.

Andréas FRÖLICH, dans sa méthode de stimulation, propose de trouver des moyens de stimulation afin de calmer le besoin en excitations sensorielles, et de « s'introduire dans l'autostimulation comme partenaire » (1993, p. 34), mais insiste sur le fait de ne jamais attaquer directement les stéréotypies car elles constituent un étayage pour la personne polyhandicapée.

PARTIE
CLINIQUE

Chapitre 1 : Présentation du cadre du stage

1.1. La Maison d'Accueil Spécialisée

Dépendante de l'APAJH (Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés), cette Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) est localisée en banlieue parisienne, dans un site assez isolé.

Le bâtiment présente 4 ailes avec, au centre, une grande salle commune servant aux différentes activités, ainsi qu'une salle de balnéothérapie ; par ailleurs une ancienne chambre a été reconvertie en salle de psychomotricité.

Chaque aile constitue une unité de vie regroupant environ 10 résidents et 6 à 7 Aides Médico-Psychologiques (AMP).

Une terrasse et un jardin sont facilement accessibles aux résidents tous les jours s'ils le souhaitent.

Bien que construits il y a seulement 8 ans, les locaux sont peu fonctionnels, l'architecture laissant peu de place aux salles d'activités.

Cet inconvénient est relativement compensé par une volonté permanente d'ouverture sur l'extérieur. Ainsi de nombreuses activités sont proposées en dehors de la MAS : des activités thérapeutiques (piscine, équithérapie, parcours sportifs) encadrées par un psychomotricien et 2 ou 3 AMP, et des activités divertissantes (promenades, courses, cinéma, restaurant) encadrées par plusieurs AMP.

1.2. la population accueillie

La MAS reçoit des personnes adultes handicapées dont l'état nécessite des soins constants et qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie.

Les pathologies se répartissent en trois catégories :

- Etats de polyhandicaps associant déficiences mentales, atteintes neurologiques sévères, déficits sensoriels...
- Etats de déficience mentale profonde souvent dysharmoniques
- Psychoses précoces ayant évoluées à l'âge adulte

L'établissement accueille 40 résidents à temps complet, et propose 2 places temporaires ; ces personnes sont admises sur avis de placement de la COTOREP.

Les résidents sont généralement adressés par des institutions spécialisées (Instituts Médico-Educatifs, Instituts Pré-Professionnels, Hôpitaux psychiatriques), mais certains parmi les plus âgés viennent directement de leurs familles sans avoir jamais été placés auparavant.

Les patients actuels de cette Maison d'Accueil Spécialisée sont âgés de 18 à 59 ans ; ils sont placés sous tutelle, leurs familles sont parfois fort restreintes, et plusieurs parmi eux n'en ont plus.

1.3. Les professionnels

- L'équipe médicale comprend un médecin généraliste et un médecin psychiatre.
- L'équipe paramédicale est composée d'une infirmière, d'un kinésithérapeute, de deux psychomotriciens, d'un musicothérapeute, et de 6 aides-soignants.
- L'équipe éducative est représentée par 29 Aides Médico-Psychologiques, divisés en deux groupes (matin/soir), dont 4 responsables d'encadrement d'unité.

❖ **Les rapports entre les différents soignants**

Lors de prises en charge collectives, en dehors de l'institution, les psychomotriciens font appel aux Aides Médico-Psychologiques, référant des patients, pour mener les séances. De même certaines séances de musicothérapie sont co-animées par le musicothérapeute et un psychomotricien.

Les différents encadrants d'un groupe thérapeutique sont ainsi habitués à travailler ensemble sur une longue durée.

Mener des séances à plusieurs, en particulier lorsque ce sont des professionnels différents, est très bénéfique au travail en groupe : chacun y apporte son regard et son approche spécifique. Par ailleurs, l'animation d'un groupe plusieurs soignants permet également de faciliter le travail dans la séance : un des intervenants continue à maintenir le cadre de la séance tandis qu'un autre s'occupe plus particulièrement d'un résident en difficulté.

1.4. La psychomotricité dans l'institution

La part laissée à la psychomotricité est particulièrement importante dans cette institution : les deux psychomotriciens sont à temps plein et tous les résidents sont pris en charge que ce soit en séances individuelles ou en groupes.

La salle de psychomotricité, en elle-même peu spacieuse, est plutôt adaptée à des prises en charge individuelles. Elle peut néanmoins accueillir des petits groupes. Certaines séances sont réalisées dans la salle d'activité commune ou même dans les chambres (plus grandes que la salle de psychomotricité !), et de nombreuses prises en charge sont effectuées en dehors des locaux.

Les projets thérapeutiques sont mis en place en réunion de synthèse, à partir de propositions des psychomotriciens ou des Aides Médico-Psychologiques, et après prescription du médecin psychiatre.

1.5. Type de prise en charge effectuée en tant que stagiaire

Le suivi en psychomotricité des personnes polyhandicapées est généralement très long et se poursuit sur plusieurs années. Le cadre de la séance est un élément sécurisant indispensable à leur prise en charge. Lorsqu'un psychomotricien débute celle-ci, il s'engage, a priori, à poursuivre le travail sur plusieurs années ; l'institution insiste beaucoup sur cette notion de continuité de soins pour ce type de patient.

D'un commun accord, je ne suis donc intervenue que pour des groupes dans lesquels je n'étais pas le seul encadrant, sinon la relation établie aurait été très forte pour les patients et la rupture engendrée par la fin de mon stage aurait été mal vécue.

Je vais donc vous présenter les cas de Madame C. et de Monsieur J., que j'ai pris en charge dans deux groupes distincts, en présence des psychomotriciens.

Chapitre 2 : Monsieur J.

2.1. Présentation

Monsieur J. est un jeune homme frêle de 29 ans se déplaçant en fauteuil. Il se trouve souvent près de la porte d'entrée de l'établissement, accueil qui peut surprendre car ses cris aigus envahissent rapidement les couloirs de l'institution. Son visage prend tout de suite une expression de curiosité mêlée de crainte, tandis que son regard frappe par sa présence et son insistance.

Monsieur J. est atteint d'encéphalopathie avec microcéphalie et arriération mentale profonde. Il présente par ailleurs un syndrome de West secondaire.

2.2. Anamnèse

2.2.1. Contexte familial

Monsieur J. est né le 15 décembre 1970, à 38 semaines de gestation (PN :1690 g, TN 48 cm, PCN 32 cm). L'APGAR était alors à 10, malgré un liquide amniotique en « purée de pois » et l'observation d'une souffrance fœtale.

La grossesse semble avoir été peu suivie et il y aurait eu une suspicion de rubéole maternelle.

Les séparations semblent avoir marquées son enfance : la mère, aide ménagère, a préféré confier son fils à une nourrice dès les premiers mois, et le père a quitté le domicile conjugal après sa naissance. Le divorce a été prononcé en mars 1973.

Monsieur J. a un frère de deux ans son aîné et qui est désormais son tuteur.

On note l'existence du grand-père maternel qui a longtemps été hospitalisé en psychiatrie.

La COTOREP a reconnu un taux d'incapacité de 100% à Monsieur J., et il reçoit une allocation adulte handicapé.

2.2.2. Développement psychomoteur

Nous n'avons pas de détail concernant les premiers temps du développement psychomoteur, mais des problèmes importants dans la relation sont décrits dès 4 mois (en plus de problèmes médicaux).

Le développement staturo-pondéral est correct jusqu'à 9 mois, puis le retard commence à s'installer.

L'acquisition de la station assise active est effective à 9 ans ½ (auparavant il restait allongé dans son lit toute la journée).

A 13 ans il se déplace en « youpala ».

A 14 ans, il se déplace au sol sur les fesses.

A 18 ans, il marche soutenu par un éducateur.

2.2.3. Parcours institutionnel

Monsieur J. a été placé de 16 mois à 20 ans, d'abord en hôpital pour enfants puis en IME (il semble qu'il ait eu peu de visite dans ces différentes institutions).

Admis en MAS depuis le 20.07.92. Monsieur J. ne voit pas souvent sa famille. La mère vient parfois accompagnée de l'oncle de Monsieur J., et il manifeste alors beaucoup d'émotions à chacune de ces rencontres (joie comme tristesse).

2.2.4. Antécédents médicaux

Monsieur J. présente des convulsions dès les premiers jours.

A 4 jours : hospitalisation en néo-natalogie pour dysmaturité, détresse respiratoire, et hypoglycémie fréquente.

A 11 mois : hospitalisation pour retard psychomoteur et spasmes en flexion. Il va rester hospitalisé 2 mois. Un EEG est réalisé montrant un tracé d'hypsarythmie : un traitement est alors mis en place et le tracé s'améliore.

A sa sortie de l'hôpital Monsieur J. a un traitement anticomitial. Traité au Gardéna1 et à la Dépakine de 1978 à 1987 il n'a eu aucune crise épileptique. Le traitement a été arrêté en mars 1988, Monsieur J. a alors eu quelques crises et un traitement à la Dépakine a été remis en place, depuis il n'a eu que de rares crises.

En 1980, on note une primo-infection herpétique très fébrile.

2.2.5. Prise en charge en psychomotricité

Balnéothérapie : pris en charge depuis son arrivée en MAS en 1992 : Monsieur J. est passé du plaisir à être dans l'eau, à celui d'effectuer les exercices corporels proposés (exercices de bercements passifs, de contraction/détente, et de changement de position), vers une réutilisation pour une plus grande mobilité corporelle.

Relaxation : après avoir participé à quelques séances en tant qu'invité, Monsieur J. a été intégré au groupe de relaxation à partir de novembre 1995 : il se montre sensible à l'accompagnement par la voix ou la musique et se détend facilement.

Atelier corporel (le groupe relaxation est devenu un atelier corporel en septembre 1998) : le travail s'oriente sur les mouvements et les changements de posture avec un temps de relaxation en fin de séance : Monsieur J. participe activement aux exercices proposés, et reste attentif lorsque c'est au tour des autres participants de réaliser les exercices.

Marche : depuis son arrivée dans l'institution, Monsieur J. est pris en charge de manière informelle pour un travail sur la marche en vue de susciter le plaisir à travers un élargissement de la mobilité corporelle. Depuis septembre 1999, Monsieur J. est capable de marcher sans soutien sur plusieurs mètres, avec quelques perturbations de l'équilibre.

2.3. Bilans complémentaires

- EEG (06/1988)
Foyers de pointes dans les régions occipitale droite et temporale gauche.
- BILAN ORTHOPEDIQUE(07/1988)
Petite scoliose dorso-lombaire peu évolutive.
- SYNTHESE (10/1999)
Monsieur J. participe à l'habillage et au déshabillage, il joue beaucoup avec l'eau pendant la toilette. Il mange mixé, l'alimentation est assistée, il ne présente pas de troubles de la déglutition. Incontinence sphinctérienne totale.
Monsieur J. manifeste son impatience mais accepte facilement le contact avec les différents Aides Médico-Psychologiques. Il connaît bien la maison et le personnel, et semble s'y sentir de mieux en mieux.

2.4. Bilan psychomoteur

Il s'agit d'un bilan par observation réalisé en partie dans le cadre de l'atelier corporel, et en partie dans les couloirs de l'établissement où Monsieur J. se déplace préférentiellement.

Capacités motrices : Monsieur J se déplace en fauteuil à l'aide de ses pieds, et de l'ensemble de son corps dans un mouvement de balancement du tronc et des jambes.

Lorsqu'une personne de sa connaissance et en qui il a confiance le lui propose, Monsieur J. prend beaucoup de plaisir à se lever de son fauteuil pour marcher. La marche manque d'équilibre, elle est faite d'accélération et de rattrapage, et nécessite la proximité de l'accompagnateur pour parer aux éventuelles chutes.

Monsieur J. passe seul de la position assise à la position allongée (et inversement) et se retourne seul également.

Tonus : hypertonie des membres, avec accès d'extension du tronc et de flexion des membres (associés à des trépidations), principalement dans les moments d'angoisse ou d'opposition. Mis en confiance il peut se détendre et s'allonger complètement.

Utilisation manuelle : la préhension est possible, sans préférence manuelle particulière, mais Monsieur J. semble peu s'intéresser aux objets. Lors de la prise de main, la force exercée est très importante, Monsieur J. semble s'y accrocher plutôt que la tenir.

Facultés sensorimotrices : Monsieur J. réagit à la voix par une orientation du regard et une production vocale en harmonie avec la tonalité de ma voix.

Il suit du regard les déplacements autour de lui.

Orientation spatiale : Monsieur J. se repère dans l'établissement, il marque sa préférence pour certains lieux lui permettant de porter son regard à l'extérieur : je le retrouve fréquemment auprès de deux portes vitrées en particulier (l'une d'elle est l'entrée de la Maison d'Accueil, l'autre, lui permet de voir quelles sont les personnes qui passent le portail).

Connaissances de son corps : il semble avoir une bonne appréciation de son espace corporel dans ses déplacements.

Stéréotypies : Monsieur J. présente de nombreuses stéréotypies de type verbal ou corporel :

- Monsieur J. émet des **vocalises aiguës** qui se trouvent presque toujours au-dessus de notre seuil de tolérance. Ce comportement provoque rapidement l'intervention des soignants autour de lui car c'est un bruit difficilement supportable. Il semble donc que ces cris puissent avoir un but de communication, Monsieur J. souhaitant attirer l'attention sur lui ; ainsi lorsque quelqu'un l'approche et lui parle il se calme un peu. Mais parfois, la présence d'une personne n'a pas d'effet apaisant et Monsieur J. poursuit dans la répétition de ses vocalises en se coupant des interventions extérieures.

- Monsieur J. produit des **sons gutturaux** qu'il fait varier en amplitude. Quand ils sont répétés en « sourdine », il semble qu'ils aient plutôt une valeur d'autostimulation, Monsieur J. paraît s'écouter, il fait varier lentement leur tonalité et apprécie les échos dans les couloirs, il est alors concentré sur sa tâche.

Quand ces sons dépassent une certaine amplitude, Monsieur J. prend une attitude de repli sur soi : il ramène ses jambes sur son ventre, et semble tenir en équilibre précaire dans son fauteuil. Ses yeux roulent alors dans ses orbites, il est extrêmement tendu, le monde extérieur paraît inexistant pour lui.
- Monsieur J. présente des **balancements du tronc** : ce mouvement est repris sous diverses formes par Monsieur J.. C'est un mouvement qu'il utilise pour faire avancer son fauteuil, mais il le reprend par fois dans une valeur autostimulatrice, le rythme est alors très régulier et Monsieur J. présente un visage ouvert et continue de regarder ce qui se passe autour de lui.

Ce mouvement apparaît également sous une forme beaucoup plus centrée sur lui-même, le rythme des balancements est alors très rapide, parfois les mouvements s'arrêtent brutalement, et reprennent avec la même soudaineté, le visage de Monsieur J. est alors fermé, et son attention est difficilement mobilisable.
- En accompagnement des différents comportements stéréotypés Monsieur J. présente parfois des **trépidations des membres inférieurs** : il frappe le sol de ses pieds avec beaucoup de force, voire de la violence. La tension se propage dans tout le corps et le visage se ferme.

Comportement : Monsieur J. se manifeste énormément par des vocalises bruyantes, soit pour attirer l'attention sur lui, soit parce qu'il est inquiet. Ainsi, quand je l'approche de trop près ou que je le touche, il pousse des cris angoissés.

Il fait particulièrement attention à ce qui se passe autour de lui, et observe les déplacements.

Il est très participant dans les activités proposées autour des mouvements et changements de position.

Conclusion :

Monsieur J. montre un fond tonique important qui limite peut-être ses capacités motrices et manuelles, ainsi qu'une angoisse diffuse à tout événement inhabituel.

Ses possibilités d'action sur l'environnement extérieur sont limitées, mais il reste très attentif à ce qui l'entoure, semblant rechercher le cadre sécurisant qui lui permettrait de mettre en jeu ses capacités.

Il a besoin d'être mis en confiance pour accepter la relation, ce qui peut être mis en lien avec les nombreuses séparations précoces qu'il a vécu.

Lorsque cette confiance en l'autre est établie il se montre demandeur d'exploration par le mouvement.

2.5. Projet thérapeutique

Monsieur J. sera pris en charge une fois par semaine, en groupe, pour des séances d'une heure et demi en atelier corporel, dans la continuité de ce qui lui a été proposé au cours de l'année précédente dans ce même atelier.

Le groupe se compose de cinq patients adultes polyhandicapés (âgés de 29 à 59 ans) dont une femme. Les capacités et handicaps sont très variables d'un patient à l'autre, mais seul l'un d'eux se déplace sans fauteuil.

Dans ce groupe, le travail est axé sur les activités corporelles dynamiques visant le plaisir et l'intérêt des participants, et ce dans une recherche de mouvements et une réutilisation active au quotidien des sensations ainsi découvertes.

Il s'agit pour Monsieur J., à partir d'exercices sur le mouvement et les changements de positions, ainsi que sur la prise de conscience de ses possibilités de détente, de lui proposer des sensations corporelles nouvelles toujours en lien avec ces capacités propres. Ceci dans le but d'affiner certains mouvements pour les diversifier et lui permettre d'élargir sa mobilité corporelle et donc son autonomie dans les déplacements.

2.6. *Prise en charge*

Les séances, sont composées de trois temps : l'installation, la proposition de différents exercices, un moment de relaxation en fin de séance.

Les séances ont d'abord été menées par le maître de stage, puis j'ai peu à peu pris en charge le groupe en sa présence, et ensuite seule au cours du dernier mois (pour des raisons de santé du psychomotricien).

2.6.1. L'entrée en relation par l'accompagnement de Monsieur J. lors de ses comportements stéréotypés

Monsieur J. a été inquiet par ma présence lors des deux premières séances, puis il s'est peu à peu habitué à moi, en entrant lentement en relation par la voix, puis le regard, et enfin le toucher.

Mon approche, ne serait-ce que pour l'aider à s'installer, le faisait pousser des cris angoissés et angoissants. Suivant en cela le psychomotricien qui utilise déjà cette approche calmante, je me suis mise à chanter dans le même ton que celui des cris de Monsieur J.. Il s'est montré très rapidement sensible à mon entrée dans ce jeu de voix, me regardant tandis que je chantais tout en restant à distance de lui.

A partir de ce contact par la voix, et en modulant l'intonation, Monsieur J. s'est mis à suivre les modulations que je lui proposais, et s'est apaisé peu à peu en passant d'un ton très aigu à un ton grave et calme.

Ce premier contact établi par l'intermédiaire de la voix et de ses modulations a rendu possible la mise en place d'une relation de confiance permettant aux regards de se croiser sans inquiétude, et finalement aux mains de se toucher.

A travers ces variations, les cris de Monsieur J. deviennent des chants, tandis que mes chants peuvent évoluer en phrases prononcées dans le ton de la mélodie. Ceci permet ainsi le retour à la parole pour donner sens aux échanges dans le groupe.

La production vocale, comme mode d'entrée en relation et comme mode de communication, a par la suite été régulièrement utilisée avec Monsieur J.. Celui-ci se prend au jeu des modulations de voix avec un réel plaisir, que ce soit dans le cadre de la séance ou lors d'une rencontre dans les couloirs de l'établissement.

2.6.2. Les balancements du tronc comme base du déplacement

A partir d'exercices sur les étirements dans tout le corps, la proposition a été faite de chercher à travailler sur le mouvement de bascule avant/arrière du bassin, en position assise, tout en se tenant par les mains, en cercle.

Monsieur J. s'est montré très participant, induisant le mouvement avec beaucoup d'enthousiasme et une certaine excitation (il s'agit d'un mouvement qu'il connaît bien puisque c'est, pour partie, celui dont il se sert pour avancer en fauteuil ; et c'est un mouvement qu'il reprend également sous forme d'autostimulation).

Il en augmentait la rapidité, et, se sentant suffisamment entouré et sécurisé, il pouvait même jouer avec le déséquilibre provoqué par d'amples balancements, et, de ce fait, jouer avec la peur qui en découle.

Encouragé par le plaisir développé en réalisant ce mouvement au sein du groupe, Monsieur J. a alors découvert la possibilité de se déplacer sur les fesses grâce à ces balancements.

En lançant son corps, il s'est mis à avancer et il a poursuivi le déplacement, nous lâchant les mains, pour traverser le cercle que nous faisons et, de cette façon, rejoindre la personne en face de lui. Monsieur J. a alors saisi les mains du résident près duquel il s'était approché et a continué le balancement avec beaucoup de plaisir en induisant chez l'autre résident le même mouvement.

Le patient auquel Monsieur J. a confié ses mains est un élément peu rassurant car susceptible de mouvements agressifs. Il se peut que Monsieur J. ne se soit pas vraiment rendu compte qu'il intégrait à son activité une nouvelle composante peu sécurisante, car habituellement il s'inquiète rapidement lorsqu'il n'est plus en confiance. Mais le cadre de l'atelier corporel, du groupe et de ses participants a facilité cette ouverture relationnelle et cette prise de contact avec autrui.

Le travail sur les balancements du bassin en position assise a été repris régulièrement au cours de la prise en charge. Ces mouvements suscitent toujours beaucoup d'excitation chez Monsieur J., mais, il parvient maintenant à modifier le rythme de ses balancements pour s'accorder à un tempo frappé dans les mains. Monsieur J. fait ainsi preuve d'une capacité à quitter son rythme propre pour appréhender celui d'autrui.

De la même manière qu'il entre en relation d'échanges réciproques avec la voix, il peut jouer avec son corps à suivre les variations de rythme proposées par une personne qui le met en confiance.

2.6.3. Prise de contact par le dos

Les mouvements sont repris en position allongée. Le travail porte sur la recherche des mouvements induits principalement au niveau du bassin et du dos, par le balancement des jambes de gauche à droite. Monsieur J. viendra, par ce mouvement, poser ses jambes sur celles du psychomotricien, manifestant de plus en plus une recherche active du contact corporel.

Monsieur J. viendra, par ce mouvement, poser ses jambes sur celles du psychomotricien, manifestant de plus en plus une recherche active du contact corporel.

A partir de cette prise de conscience du dos par le mouvement et les étirements, et tenant compte de cette nouvelle recherche de contact concernant Monsieur J. (recherche déjà manifestée par les autres patients du groupe) je propose un travail de contact dos à dos, en position assise.

Tout d'abord surpris, Monsieur J. cherche à savoir ce qui se passe dans son dos et se retourne pour me regarder. Je me retourne du même côté que lui pour lui parler tout en gardant le contact épaule contre épaule. Puis je lui propose de se tourner de l'autre côté, en prenant appui sur l'autre épaule, pour lui permettre de voir de voir que c'est toujours moi qui suis là assise derrière lui. Ceci permet de consolider le caractère symétrique du schéma corporel indispensable à la constitution d'une image du corps intègre.

Lorsqu'il est rassuré, je commence des mouvements d'étirements et de flexion/extension de l'axe corporel qu'il reprend rapidement sous forme de balancements avant/arrière du tronc, à la manière du travail déjà proposé en position assise.

Dans un premier temps, je me contente de suivre ses mouvements. Je maintiens le contact dos contre dos en décrivant les balancements qu'il provoque au niveau de mon tronc, ainsi que la chaleur dégagée par le frottement dos à dos. Monsieur J. a tendance à accélérer le mouvement en laissant l'excitation montée, et se déplace un peu vers l'avant. Je me déplace également pour toujours garder le contact et accompagne son mouvement par la voix pour apaiser ses cris.

Dans un second temps, je lui propose de ralentir ses mouvements en suivant un rythme frappé et en m'opposant un peu aux balancements. Monsieur J. se laisse alors guider et accepte de réduire l'ampleur et le rythme de ses balancements.

J'ai ensuite proposé un mouvement d'ondulation de la colonne vertébrale en insistant sur l'attention à porter aux sensations que j'induis. Monsieur J. se montre particulièrement à l'écoute de ce nouveau mouvement. Il ne manifeste aucune inquiétude mais plutôt une grande attention à ce qui se passe au niveau de son dos. Il se laisse aller à la détente et suit les mouvements d'ondulation sans la moindre opposition.

Une fois l'exercice terminé, il présente un grand sourire et manifeste clairement le plaisir éprouvé.

2.7. Bilan de prise en charge

Monsieur J. montre un besoin de mise en confiance important, mais lorsque le cadre rassurant est posé et que la confiance s'établit il fait preuve de capacités relationnelles évidentes.

Il est particulièrement sensible à l'accompagnement par la voix et entre avec plaisir dans la relation par ce biais.

Les mouvements stéréotypés que présente Monsieur J. sont efficacement réutilisés et diversifiés dans les exercices proposés au sein de ce groupe. Le fait de les reprendre dans un contexte différent lui permet d'affiner ses sensations et de découvrir, grâce à notre accompagnement, un mode d'ouverture sur le monde extérieur.

Dans le temps réservé à la relaxation, que je n'ai pas développé ici, Monsieur J. se laisse facilement aller à la détente en posant sa respiration.

Il est un élément important du groupe, à la fois très participant dans les activités proposées et attentif aux autres et à la verbalisation.

Le travail sur les sensations corporelles induites par le mouvement lui apporte beaucoup de plaisir et lui permet de découvrir des possibilités de déplacement qu'il pourra réutiliser.

La prise en charge dans ce groupe est donc amenée à se poursuivre en conservant la base d'exercices dynamiques bénéfiques à Monsieur J. et en axant le travail plus particulièrement sur les relations à l'intérieur du groupe et les échanges.

Chapitre 3 : Madame C.

3.1. Présentation

Madame C. m'est apparue la première fois, assise à terre en tailleur, la tête posée dans ses mains, gémissant. Puis elle a redressé son visage, à l'écoute des bruits autour d'elle, cherchant à attraper une personne qui venait de la frôler, et elle a éclaté de rire, dans un déconcertant changement d'humeur.

C'est une femme de petite taille, présentant une trisomie 21 avec un retard mental important et une cécité bilatérale acquise. Elle a 58 ans et est prise en charge au sein de la Maison d'Accueil Spécialisée depuis 7 ans et demi.

3.2. Anamnèse

3.2.1. Contexte familial

Dans un premier temps la grossesse avait été prise pour un fibrome. L'accouchement s'est réalisé à domicile, la maman a semble t-il été beaucoup malade pendant la grossesse.

Madame C. est née le 02 mars 1942, dans une famille d'agriculteurs, dernière enfant d'une fratrie de 4 filles dont l'aînée est décédée avant la naissance de Madame C.. Son père est décédé alors qu'elle avait 8 ans et sa famille a toujours eu certaines difficultés financières.

A ce jour, Madame C. n'a plus qu'une sœur et une nièce pour seuls parents.

3.2.2. Parcours institutionnel

Madame C. a vécu avec sa mère jusqu'au décès de celle-ci en janvier 1991 ; elle a ensuite été placée en Hôpital Psychiatrique pendant plusieurs mois avant d'être admise en Maison d'Accueil Spécialisée en septembre 1992. Le placement a entraîné une certaine culpabilité de la part de sa famille.

3.2.3. Développement psychomoteur et antécédents médicaux

C'est désormais sa sœur qui est sa tutrice. C'est par elle que nous avons pu avoir quelques détails sur la vie de Madame C. jusqu'à son arrivée dans l'établissement. Ainsi il semblerait que la marche ait été acquise à 4 ans, et que ce sont des électrochocs appliqués pendant l'enfance qui seraient à l'origine d'une perte totale de pilosité. Sa cécité serait apparue il y a plus d'une quinzaine d'années à la suite d'une cataracte bilatérale avec remaniement oculaire, elle aurait également eu un glaucome. A son entrée dans la première institution elle présentait une importante surcharge pondérale et un régime lui a été imposé, lui permettant d'améliorer ses capacités de déplacement.

3.2.4. Prise en charge en psychomotricité

A son entrée en MAS, Madame C. a été observée très en retrait et ne se déplaçant pas. Une prise en charge en psychomotricité a alors été proposée afin de la familiariser avec son nouvel espace de vie à travers la découverte sensorielle de l'établissement. L'accrochage relationnel a été très important et au bout d'un an, l'évolution étant suffisamment positive (elle se déplaçait seule dans les locaux) la prise en charge a peu à peu cessée.

Pendant les deux années qui ont suivi, Madame C. a continué à investir la relation aux soignants et les promenades seule ou accompagnée. Mais peu à peu un retrait a été constaté, et, en 1997, Madame C. se trouvait à nouveau dans la situation qui était la sienne en arrivant à la Maison d'Accueil Spécialisée. Un projet favorisant la mobilité, aussi bien psychique que corporelle, a alors été mis en place de septembre 1997 à juin 1998 ; mais les séances se sont déroulées dans une alternance déconcertante entre un grand enthousiasme (ouverture relationnelle, envie de découvrir) et un profond désarroi (opposition, pleurs, violence). La prise en charge a cessé au bout d'un an sans avoir pu constater de changement dans l'attitude de Madame C., et avec une remise en question de la prise en charge individuelle, ainsi que du cadre des séances (au sein de la Maison d'Accueil).

Pendant l'été 1999, il est constaté que Madame C. réinvestit énormément la relation aux soignants, qu'elle trouve à nouveau du plaisir à découvrir le monde environnant, principalement pendant les sorties et en groupe.

3.3. Bilan psychomoteur

Il s'agit d'un bilan par observation réalisé pour partie dans la salle de psychomotricité et pour partie dans la grande salle commune.

Capacités motrices : la plupart du temps Madame C. est assise en tailleur à terre. Elle passe de la position assise à la station debout sans aide. Elle se déplace peu et lentement. La marche semble la fatiguer et l'ennuyer, elle se laisse rapidement tomber à terre sans chercher à se retenir, quel que soit le lieu, et y resterait s'y je ne la sollicitais pas pour se relever. Il lui faut un certain temps avant d'accepter de se remettre debout, et tant qu'elle n'est pas prête à le faire, elle ne participe pas du tout au redressement.

Tonus : hypotonie axiale. Grande laxité des membres inférieurs, qui contraste avec une hypertonie de tous les membres (plus importante à gauche) dans les moments d'opposition à une activité.

Latéralité : Madame C. utilise préférentiellement la main gauche pour donner la main ou attraper un objet, et le pied droit comme appui pour monter les escaliers ou passer de la position assise à la station debout.

Utilisation manuelle : manipulation stéréotypée des chaussures et des chaussettes qu'elle enlève et remet à longueur de temps. Peu d'intérêt pour les objets que je lui présente, elle les prend un peu en main pour ensuite les repousser.

Facultés sensorimotrices : Madame C. réagit particulièrement à la voix en orientant le visage et en tâtonnant jusqu'à trouver la personne qui lui parle. Mais lorsque je lui présente un petit instrument de musique (bâton de pluie) dont je lui ai fait écouter le son, elle ne cherche pas à provoquer le bruit par elle-même et repousse l'instrument.

Elle réagit également par le tâtonnement lorsqu'une personne passe près d'elle en la frôlant. Lorsque je la touche, elle met sa main sur la mienne, l'approche de son visage et l'embrasse parfois.

Orientation spatiale : Madame C. se déplace peu dans l'établissement, elle reste préférentiellement dans le couloir menant à sa chambre ou dans le réfectoire.

Langage : Madame C. utilise des mots simples pour se désigner elle-même, ainsi que : « oui », « non », ou « ça y est », les mots sont toujours utilisés à propos. Elle parle peu et ne fait pas de phrases.

Connaissance du corps : les manipulations des chaussures semblent être l'ébauche d'une connaissance de l'intérieur/extérieur, soi/non-soi. Elle peut donc se chausser seule et elle participe à l'habillage quand je lui présente son manteau.

Rythme : lent dans toutes activités. Il faut lui laisser le temps de passer d'une activité à une autre, ainsi que celui de répondre à une consigne.

Stéréotypies : Madame C. présente de nombreuses stéréotypies.

- elle produit des **bruits de bouche** (sous forme d'expulsion d'air entre les lèvres) généralement associés à un mouvement de **frottement du bas du ventre** et à un léger **balancement du tronc**. C'est un mouvement qu'elle utilise de façon régulière dès qu'elle se retrouve seule, elle met ainsi en jeu différents systèmes sensoriels (vestibulaire, tactile, auditif, proprioceptif, kinesthésique) sous une forme d'autostimulation. Elle semble s'apaiser et se détendre par ce mouvement rythmé.
- elle présente des moments de **sanglots** (sans larmes) suivis par des **éclats de rire**. Ces deux types de production vocale ne semblent pas liés aux événements extérieurs, mais plutôt à l'expression de sensations internes, sans que le support émotionnel soit compréhensible pour l'observateur extérieur.

Ce type de stéréotypie suscite toujours l'intérêt de l'entourage (soit pour la consoler, soit pour lui demander de cesser ses gémissements). Il semble qu'elle mette ainsi à l'épreuve la capacité des soignants à s'intéresser à elle, et à pouvoir la consoler. Lorsqu'il n'y a aucune réaction autour d'elle, elle peut passer brusquement des sanglots aux rires, comme si elle trouvait en elle-même une capacité à se contenir. Mais le passage de l'un à l'autre est très brusque, et donne l'impression que ce qui provoquait les gémissements n'a jamais existé, c'est une véritable rupture dans le fil des émotions et du vécu.

- parfois, Madame C. **se frappe le visage de la main**, elle présente alors une expression réellement mécontente. Par moments la claque semble se justifier en réaction à un événement extérieur, en tant qu'agressivité retournée sur soi (avoir été bousculée par un autre résident par exemple) mais à d'autres moments il semble qu'il s'agisse plutôt d'un moyen de reprendre contact avec le monde extérieur en marquant ainsi la fin d'un de ses mouvements stéréotypés.
- il lui arrive de rester un long moment, **les paumes de mains appuyée sur ses yeux** se créant sans doute ainsi des sensations visuelles, les stimulations visuelles normales ayant été perdues au cours de sa cécité progressive.
- elle **enlève et remet ses chaussures** de façon très régulière, avec un rythme assez lent, les enlevant l'une après l'autre, les posant à côté d'elle, puis les reprenant et les remettant.

Elle semble se « nourrir » de cette organisation de différents mouvements qui lui permettent d'appréhender les notions de contenant/contenu, intérieur/extérieur, ainsi qu'une ébauche de connaissance corporelle soi/non-soi. A travers la répétition de ces mouvements, Madame C. remet sans cesse en jeu les rapports entre ces différentes notions.

Les stéréotypies cessent dès qu'il y a une intervention extérieure, et reprennent plus ou moins rapidement selon l'intérêt qu'elle porte à cette intervention (aucune stéréotypie pendant la durée du repas).

Comportement : Madame C. se laisse tomber sur les fesses en sanglotant et en gémissant quand ce que je lui propose ne l'intéresse pas, elle a également des mouvements agressifs et cherche à me griffer. Puis elle réclame un câlin, s'apaise par le contact tête contre tête, et peut éclater de rire quelques secondes après les sanglots.

Madame C. comprend les consignes simples, mais marque surtout un refus ou un inintérêt à les réaliser.

Conclusion :

Madame C. présente une grande ambivalence dans la relation, ses pleurs semblent faire appel à notre capacité à la réconforter et à la contenir. Sa demande affective est réelle, mais elle est difficile à contenter.

Les stéréotypies sont continues quand elle se retrouve seule, venant combler un vide de stimulations extérieures.

Bien qu'aillant des facultés motrices lui permettant un déplacement autonome, madame C. ne développe aucun mouvement tourné vers l'environnement extérieur si ce n'est l'environnement proche.

Elle a peu d'expériences corporelles positives que ce soit au niveau de la motricité ou au niveau sensoriel, et reste très passive dans la recherche de stimulations autres que ses stéréotypies.

3.4. Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique a été établi autour de trois axes issus du vécu institutionnel de Madame C. :

- La remise en question de la prise en charge antérieure, à savoir, en séance individuelle et au sein de la MAS.
- L'ouverture à la relation constatée pendant l'été 1999.
- Le plaisir pris à être dans l'eau lors des toilettes et au cours de séances ponctuelles de balnéothérapie.

Madame C. sera prise en charge une fois par semaine, pour des séances d'une demie heure, en groupe, dans une activité à l'extérieur en piscine visant la recherche de sensations et de mobilité corporelles.

Les séances sont proposées sur une durée d'un an renouvelable suivant le plaisir et l'intérêt suscités chez Madame C..

Encadré par quatre soignants (une psychomotricienne, deux Aides Médico-Psychologiques, ainsi que moi-même), le groupe se compose de trois résidents. Les deux autres patients suivent cette activité depuis quelques années, l'un présente un état de polyhandicap dû à une encéphalopathie, l'autre des troubles d'allure psychotique en lien avec une encéphalopathie précoce.

Dans un premier temps, il s'agit, par cette nouvelle activité de groupe, d'aider Madame C. à prendre du plaisir tant au niveau corporel qu'à celui de la relation à l'autre.

La découverte d'expériences relationnelles et corporelles positives sera alors le point de départ d'un travail favorisant une prise de conscience du corps et de ses possibilités ainsi qu'un élargissement du champ de ses expériences sensorimotrices (plutôt limitées aux mouvements stéréotypés) par une ouverture au monde extérieur et aux autres, à partir de la découverte et d'un environnement riche en sensations : l'eau.

3.5. Prise en charge

Au sein du groupe la prise en charge dans l'eau s'est d'abord longtemps effectuée dans un échange à deux (patient/thérapeute), puis peu à peu dans une recherche de travail en groupe.

J'ai rapidement pris en charge Madame C. avec qui la relation s'est très facilement établie dans le cadre de la piscine.

3.5.1. Découverte de l'activité et recherche de la relation maternante (Octobre/Novembre 1999)

Madame C. entre dans l'eau sans difficulté. Elle se laisse tout de suite aller, en tombant doucement en arrière, sans chercher à se retenir aux bords, ni à se rééquilibrer. Elle me fait confiance pour la porter et lui faire découvrir les mouvements du fluide sur son corps.

Sur le dos, je lui propose des balancements de droite à gauche, en verbalisant les effets de vague sur son corps provoqués par ces mouvements, quand l'eau effleure sa bouche elle redresse juste la tête mais n'essaye pas de se mettre debout.

Sur le ventre, elle redresse la tête et s'appuie avec ses mains sur mes bras. Les efforts que demandent cette position ne semblent pas lui plaire et elle se laisse glisser sur le côté dans un mouvement de rotation non contrôlé pour se retrouver à nouveau sur le dos.

Elle apprécie les déplacements passifs dans l'eau mais ne veut pas effectuer de mouvements actifs des membres.

Par moment elle se frappe le visage de la main. Je lui fait remarquer alors qu'elle n'a aucune raison d'être mécontente d'elle-même, et qu'elle a le droit de prendre ce temps pour se détendre et chercher à ressentir les sensations de l'eau sur son corps, par ailleurs je lui indique que par ce geste elle se mouille également le visage.

Ainsi, à partir d'un mouvement qu'elle utilise sous forme de stéréotypie, et qu'elle reprend dans le cadre de la piscine, je lui propose un autre sens possible d'utilisation (s'éclabousser le visage) favorisant l'ouverture sur l'environnement extérieur. Et je reprend moi-même le mouvement sous forme d'une caresse en lui mouillant le crâne.

Adossée à mon corps, Madame C. dépose sa tête sur mon épaule mais le reste de son corps reste très tonique : elle a des mouvements de trépidations des mains au-dessus de l'eau et ses jambes restent tendues, les pointes de pieds hors de l'eau. Les instants de réelle détente sont rares.

Dans l'eau, elle recherche énormément le contact, se raccroche à mon cou et m'embrasse. Je la promène alors dans la piscine, la portant contre moi, sa tête posée contre la mienne, à la manière du holding de WINNICOTT. Le mouvement est toujours accompagné de paroles de ma part, confirmant ainsi le rôle maternant qu'elle me propose (par la mise en mot du fait que ça lui fasse plaisir, tout comme à moi, de faire un câlin ; que c'est agréable d'être porté...). Je lui décrit également les mouvements de l'eau sur son corps pendant nos déplacements, et les activités des autres personnes du groupe dans la piscine avec nous ; ainsi, tout en acceptant sa demande maternante, je resitue le contexte de la relation, à la fois dans le cadre de l'activité piscine mais également dans le cadre du groupe.

3.5.2. A l'écoute des sensations corporelles (Décembre 1999/Janvier 2000)

Sur le dos, Madame C. parvient à se détendre un peu, en particulier au niveau de la nuque. Je lui masse le cou et elle dépose peu à peu sa tête dans ma main. Avec ce seul soutien, et l'accompagnement de ma voix, elle peut flotter seule. Elle garde toujours ses bras posés sur son ventre, se tenant les mains, et ses jambes restent très toniques.

Madame C. s'accroche beaucoup moins à moi, même si elle recherche toujours un petit moment au cours de la séance où elle pose sa tête contre la mienne. Il semble que la voix seule suffit désormais à la sécuriser.

Madame C. peut flotter seule à l'aide d'un support en mousse auquel elle s'accroche. Lorsqu'elle n'a plus de support, elle a tendance à basculer lentement sur le côté droit.

Je lui propose donc un travail sur le mouvement du bassin en vue de lui faire prendre conscience de ses sensations corporelles afin de rééquilibrer seule sa position.

A partir de la rotation du bassin, que je lui imprime (augmentant ainsi sa tendance naturelle), je l'invite à se rééquilibrer par le mouvement de rotation inverse. Dans ce but, je verbalise le travail du bassin, du dos, et des épaules, tout en posant mes mains sur les parties du corps à mobiliser, et je lui décris les mouvements du liquide sur le corps comme indication de sa position dans l'eau.

Lors de ce travail, Madame C. se laisse faire passivement mais reste particulièrement à l'écoute de ma voix et du toucher qui l'accompagne.

Néanmoins, l'eau de la piscine étant peu chaude, elle se refroidit rapidement ; je la sollicite donc un peu plus pour effectuer des mouvements actifs en particulier à travers la marche.

Peu à peu, elle accepte de se déplacer activement par la marche dans l'eau, mais je dois maintenir un contact entre mes pieds, les siens et le sol pour qu'elle poursuive le mouvement. Quand elle en a assez, elle se laisse tomber en avant ou en arrière sans se retenir marquant la fin de son travail actif. Elle montre ainsi le peu d'intérêt que suscite chez elle ce type d'exercice, mais par ce mouvement où elle se laisse tomber sans aucun contrôle elle révèle également un certain manque de conscience du danger, comme si j'étais la seule à pouvoir, et devoir, garantir sa sécurité (je garde toujours un contact avec elle, et elle sait que je peux intervenir rapidement).

Les comportements stéréotypés sont peu présents dès que nous nous trouvons dans l'eau ; parfois elle éclate de rires à la façon dont elle rit quand elle est dans l'autostimulation, mais il s'agit alors d'une réaction au contexte extérieur : avoir été éclaboussée par un autre patient, ou chatouillée par une Aide Médico-psychologique.

Alors que dans l'eau, Madame C. se montre calme et d'humeur égale, en dehors de ce cadre elle montre toujours des variations importantes dans ses émotions et peut se montrer agressive envers moi.

3.5.3. Travail sur l'axe corporel et l'autonomie en pataugeoire (Février 2000)

Pendant trois séances, les prises en charge se sont effectuées dans la pataugeoire de la piscine, l'eau y étant plus chaude.

Madame C. se montre tout de suite plus autonome dans la pataugeoire : assise dans l'eau, encouragée par ma voix, elle se déplace seule avec l'aide de ses mains vers moi, en reculant.

A partir du toucher du dos associé à la verbalisation, je lui propose un travail sur les sensations du dos et son contact sur le bord de la pataugeoire comme référence corporelle de la verticalité. Elle va peu à peu se poser contre le bord de la pataugeoire et placer son dos en recherchant la continuité du contact. Elle reste alors assise ainsi, les jambes tendues, adossée au rebord de la pataugeoire, utilisant ses mains pour se rééquilibrer et se maintenir en position verticale. Lorsqu'elle enlève une de ses mains pour nous toucher ou frôler la surface de l'eau, elle perd un de ses appuis et ses épaules commencent à entamer une rotation qui pourrait l'entraîner dans le déséquilibre. Elle ne semble pas y faire attention (soit qu'elle ne se rende pas compte de la perte de contact avec le support, soit qu'elle soit sécurisée par notre seule présence à ses côtés). Je lui signale alors le changement et l'encourage à retrouver son équilibre seule en redressant le dos et en utilisant l'appui de sa main. Elle parvient alors à se replacer.

Lors de ce travail, Madame C. a montré des capacités à être seule dans un environnement différent de celui qu'elle connaît (bien que toujours en lien avec les prises en charge précédentes, par la médiation de l'eau).

Dans la pataugeoire, elle ainsi pu rester assise, sans contact directe avec un soignant, et par le seul accompagnement de la voix, sans éprouver le besoin de se tourner à nouveau sur elle en se coupant du monde extérieur par le biais des stéréotypes.

A l'écoute de ce qui se passe autour d'elle (les mouvements des autres patients dans l'eau, les paroles échangées par les différents intervenants), ainsi que de ce qui passe pour elle (l'invitation à la prise de conscience de sa position, l'encouragement à la maintenir ou à en changer, les sensations des remous sur son corps), Madame C. montre du plaisir à être en activité avec plusieurs personnes, ne recherchant plus une relation uniquement duelle.

3.5.4. La notion de rupture dans la prise en charge (Mars/Avril 2000)

Les prises en charge ont cessé pendant trois semaines pour des raisons de santé de Madame C., puis de son Aide Médico-Psychologique de référence, et enfin pour des travaux dans la piscine.

A la reprise, nous retournons dans le bassin (et non plus dans la pataugeoire). Madame C. marque alors une opposition à tous mouvements actifs et cherche à nouveau le contact en s'accrochant à mon cou.

Lors d'une séance elle va même refuser pendant plusieurs minutes d'entrer dans l'eau. Assise au bord de la piscine, les jambes dans l'eau, elle me repousse quand je lui touche la main. Par contre elle accepte de poser ses pieds sur mon ventre (je suis debout dans la piscine face à elle), et par les mouvements de mon corps j'induis des sensations de pression/relâchement et de balancements au niveau des jambes en insistant sur la description du mouvement de l'eau autour d'elle.

Au bout d'un moment elle dira « ça y est » et acceptera de rentrer dans l'eau, signalant ainsi qu'elle peut passer à l'étape suivante, et donnant l'impression que ce qui se passait précédemment et qui provoquait son refus est complètement oublié, voire n'a jamais existé, mais cela uniquement à partir du moment où elle-même le décide.

La détente est obtenue moins rapidement qu'avant les différents changements. Un fond tonique persiste dans tout son corps, toujours de manière plus prononcée au niveau des membres inférieurs.

Le manque de continuité au cours des dernières séances la pose peut-être face au risque de la rupture, de la séparation, comme si j'allais arrêter la séance brutalement sans lui laisser le temps de profiter de ce moment, et peut-être même sans la prévenir.

Pour l'aider à se détendre je lui propose des mouvements d'ondulation antéro-postérieurs du corps dans l'eau. Madame C. est adossée contre moi et se laisse aller avec confiance, tout en retenant mes mains sur son ventre. Dans les premiers mouvements elle est surprise lorsque l'eau arrive au niveau de sa bouche, puis elle semble prendre conscience du rythme de l'ondulation et redresse un peu la tête lorsque l'eau monte vers son visage et éclate de rire lorsqu'elle n'a pas pu l'empêcher de toucher sa bouche.

Ce mouvement semble particulièrement apaisant pour elle, bien qu'elle garde le plus souvent ses jambes très toniques, les pointes de pieds en dehors de l'eau. Le fait qu'elle soit posée sur moi pendant ce déplacement ondulant évoque les bercements maternels rassurants, ce qui doit l'aider à se laisser aller.

Nous avons commencé lors des dernières prises en charge, un travail en groupe en fin de séance, en se donnant tous la main en ronde. Il s'agit de se mettre debout et de marcher un peu en tournant ou en chantant (l'un des patients aime particulièrement les chansons enfantines). Madame C., entourée par deux personnes rassurantes, la psychomotricienne ainsi que moi-même, se laisse rapidement porter par l'eau et passe de la position debout à la position allongée sur le ventre, se laissant flotter tout en nous tenant la main. Elle se laisse alors complètement guider par nous et semble heureuse de pouvoir « s'abandonner » en toute sérénité.

3.6. Bilan de prise en charge

Madame C. a pu établir dans le cadre de ces séances une relation particulière, non marquée par l'ambivalence qu'elle témoigne en dehors de l'eau. Le milieu aquatique semble être à l'origine chez elle d'une recherche de la sécurité maternelle dans laquelle elle s'engage complètement en ne manifestant plus aucune agressivité, et donnant à l'autre tout pouvoir sur elle.

Madame C. se montre à l'écoute du travail qui lui est proposé, pouvant se détendre pour porter plus d'attention aux mouvements de son corps dans l'eau et aux déplacements du fluide.

Les nombreuses stéréotypies présentes au quotidien disparaissent dans cette activité. Le travail sur les perceptions extérieures et les sensations corporelles sont des éléments de stimulations qui semblent assez prégnants pour lui permettre de tourner son intérêt sur l'environnement extérieur en lien avec son corps.

Même si Madame C. est restée plutôt passive jusqu'ici, il faut savoir que c'est une étape par laquelle passe souvent les personnes polyhandicapées en piscine, avant d'accepter un travail actif.

Les prises en charge en piscine ont débuté en septembre 1999 pour Madame C., mais le projet thérapeutique est établi pour se poursuivre au-delà de la première année, et par conséquent, un travail sensorimoteur plus actif pourra être proposé par la suite.

La prise en charge a dû cesser à la mi-avril et ce pour une période de plus d'un mois. Mon travail clinique avec Madame C. s'est donc arrêté assez tôt.

Dans la continuité des derniers mouvements proposés (ondulation antéro-postérieure) j'aurais souhaité mettre en place un travail sur la prise de conscience des mouvements liés à la respiration en position allongée. Il me semble que Madame C. pourrait être particulièrement sensible à cet aspect du travail qui allie la détente aux sensations de mouvements du fluide.

DISCUSSION

Le travail clinique que j'ai effectué auprès de Madame C. et de Monsieur J. s'est déroulé sur 7 mois. C'est une période très courte dans le cours d'une prise en charge de personnes polyhandicapées.

Pour ces deux patients, comme pour l'ensemble des patients suivis en psychomotricité dans le cadre de ces deux groupes, les prises en charge vont se poursuivre :

- avec Monsieur J., il s'agissait de continuer un travail déjà commencé depuis une année et auquel il prenait manifestement beaucoup de plaisir.
- dans le cas de Madame C. c'est un nouveau projet thérapeutique qui se mettait en place, et l'intérêt qu'elle a manifesté pendant cette première période de prise en charge encourage l'équipe soignante à poursuivre ce type d'activité avec elle.

Le suivi en psychomotricité des personnes polyhandicapées est amené à se prolonger sur plusieurs années (à partir du moment où le projet établi est toujours en adéquation avec les besoins et désirs du patient), et pourtant, paradoxalement, il s'agit de prises en charge qui se déroulent dans le domaine de « **l'ici et maintenant** ».

Chaque séance est vécue dans le présent, dans la relation qui s'établit, et le plaisir ressenti. Le **projet thérapeutique à long terme** reste toujours la ligne majeure du travail du psychomotricien, mais c'est dans le moment vécu que la prise en charge s'effectue.

Lors de chaque séance, le but est le **plaisir corporel** du patient, le passage d'un corps chargé d'une valeur négative à la découverte d'un vécu positif dans une ré-appropriation de son corps.

La prise en charge en psychomotricité demande toujours au psychomotricien un travail d'adaptation.

Avec les personnes polyhandicapées l'**adaptation** et la **réorganisation** est quotidienne. Le matériel clinique que nous apportent ces patients est toujours particulièrement riche et varié, différent d'une séance à l'autre.

Les séances hebdomadaires en psychomotricité sont des moments privilégiés pendant lesquels l'attention est portée sur **leurs demandes**, c'est pourquoi le choix leur est toujours laissé de participer ou non à l'activité, et d'exprimer leurs désirs au sein même du groupe.

Ainsi, en fonction de leur présence, mais aussi de tous les événements qui composent leur quotidien (crise d'épilepsie, troubles du sommeil, traitement médicamenteux changé..) et qui perturbent leur capacité de présence et d'éveil, les séances ont été parfois bien différentes de ce que j'avais prévu.

Mais à chaque séance, et à partir de ce que ces patients apportent d'eux-mêmes, de leurs problèmes tout comme de leurs envies, un travail très intéressant peut être réalisé, nécessitant certes une adaptation de notre part, mais surtout une capacité à établir une relation de confiance et une écoute de l'autre.

Dans la partie théorique, j'ai insisté sur le **manque de stimulation** des personnes polyhandicapées dès l'enfance, et sur l'importance des lésions cérébrales limitant encore leurs possibilités d'appréhender le monde de manière « normale », adaptée et autonome.

Dans le cas de prises en charge d'enfants polyhandicapés, les différents thérapeutes comptent beaucoup sur la possibilité de récupération par le biais de **la plasticité neuronale** ; c'est pourquoi tous les moyens sont maintenant mis en jeu pour stimuler ces enfants dès le plus jeune âge.

Lorsqu'il s'agit d'adulte, cette capacité de réorganisation neuronale, en vue de combler une région lésée, est peu mobilisable. Les études à ce sujet évoluent continuellement, néanmoins il est évident que plus le patient est jeune, plus les possibilités de récupération et d'apprentissage par le biais des expériences nouvelles sont réelles.

Avec une personne adulte polyhandicapée dont la lésion cérébrale remonte à l'enfance, il semble que le travail visant une récupération par la plasticité neuronale soit illusoire.

Le risque est alors de **se poser des limites** concernant l'évolution possible de ces personnes (comme la certitude que tel patient ne pourra jamais marcher seul) nous empêchant ainsi de leur permettre de saisir certaines opportunités.

Ces limites comportent bien évidemment une part importante de subjectivité, il nous faut non seulement en prendre conscience mais encore nous interroger sur leur bien-fondé.

Tout en ayant conscience des limitations fonctionnelles des patients polyhandicapés, le psychomotricien doit garder l'esprit ouvert aux possibilités d'évolution ; sans cela il ajoute encore à l'enfermement de ces personnes, mais aussi il se positionne dans une démarche négative auprès d'eux, voire dépressive.

En effet, au-delà des stimulations venant de l'extérieur, c'est la **motivation** du patient lui-même qui est à la source de ses expériences et de ses apprentissages.

C'est pourquoi le travail en psychomotricité auprès des personnes polyhandicapées est prégnant, il s'agit de susciter leur intérêt, de leur proposer des activités nouvelles, ou bien simplement d'établir avec eux une **relation** différente qui transforme leur perception d'une activité déjà connue, et donc leur relation au monde aussi bien qu'à leur corps.

Le désir des patients est un élément non quantifiable, dont le rôle est considérable dans leur rapport au monde, et à la vie-même.

Une personne dont le risque vital peut être remis en question chaque jour, et dont le corps est si peu disponible, a très peu de raisons de souhaiter vivre de nouvelles expériences. C'est sur ce manque de désir, ou plutôt cette ouverture à la possibilité d'exprimer un désir, que se joue le travail du psychomotricien. Il s'agit alors d'éveiller la curiosité, de susciter l'intérêt, et enfin de mettre en place les moyens d'accéder au plaisir corporel et relationnel.

Le choix d'une **approche basée sur la sensorimotricité**, dans mon travail auprès de personnes polyhandicapées ayant des activités stéréotypées, a été motivé par trois axes de réflexion :

- la nécessité de travailler à partir de ce que le patient propose et connaît, à savoir, des mouvements de son corps dans l'espace,
- la prise en compte de la sensorimotricité comme base du développement psychomoteur, et par conséquent comme étape indispensable à l'éveil à la conscience de soi, de son corps, et de l'environnement extérieur,
- la phase de découverte et d'ouverture au monde que représente le stade sensorimoteur selon Jean Piaget, par opposition au renfermement sur soi que représente la stéréotypie.

Les limites de cette approche sont liées d'une part aux capacités d'éveil des sujets ainsi qu'à leur motivation, et d'autre part à la conception des stéréotypies comme autostimulations.

En effet, les patients dont j'ai eu la charge dans le cadre de ces deux groupes ont des capacités de présence et d'attention évidentes ce qui n'est pas le cas de toutes les personnes polyhandicapées (les temps réservés aux prises en charge en piscine et en atelier corporel étaient respectivement de deux heures et une heure et demie). Les propositions d'exercices dans le cadre de ces deux types de prise en charge étaient variées et l'intérêt des patients enrichissait ce travail.

Dans le cas de patients ayant des capacités plus limitées, des activités basées sur le mouvement dans l'espace seraient plus difficiles à mettre en place, et peu en adéquation avec les possibilités et besoins des sujets.

La proposition en psychomotricité s'orienterait alors plutôt vers la recherche d'un vécu corporel différent, dans la détente, par le biais du toucher ainsi que celui de l'accompagnement de la voix et/ou d'un fond musical ; ou encore sur l'établissement de la relation à travers un travail sur la sensorialité permettant des échanges à partir des différents canaux sensoriels.

Sans en oublier leurs composantes défensives ou d'enfermement, j'ai principalement tenu compte, dans mon approche clinique, de l'aspect autostimulateur des stéréotypies.

Il me semble en effet que pour une personne polyhandicapée, la stimulation de son corps propre est un moyen de « s'alimenter » en sensations et de **se sentir exister** malgré un corps qui apporte peu de plaisir.

Néanmoins, si ceci me semble particulièrement vrai pour les personnes polyhandicapées qui sont limitées dans leur possibilité d'expérimenter par le mouvement, cette conception des stéréotypies n'est peut-être pas généralisable à tout sujet présentant des comportements stéréotypés.

En effet, avec Madame C. le travail sur les sensations corporelles en lien avec le mouvement a provoqué une disparition des comportements stéréotypés dans le cadre de l'activité, montrant ainsi que la découverte, accompagnée, de l'action de l'environnement extérieur sur son corps, et de celle de son corps sur le monde environnant, lui procurait des sources d'intérêt suffisamment pregnantes pour la faire quitter l'autostimulation.

Par contre, dans le cas de Monsieur J., il semble que l'explication des mouvements stéréotypés par le besoin de s'autostimuler ne soit pas suffisante. Ce patient présente en effet des retours réguliers à ses comportements stéréotypés, et ce d'une manière assez défensive, à la manière d'une lutte contre l'angoisse d'un monde extérieur peu sécurisant, incompréhensible, et incontrôlable, ce qui laisse présupposer de possibles traits psychotiques.

L'approche sensorimotrice que j'ai proposé semble donc particulièrement intéressante avec des patients polyhandicapés présentant des mouvements stéréotypés sous forme d'autostimulation, le travail consistant alors en une découverte accompagnée d'un monde extérieur difficile d'accès. Mais cette approche n'est peut-être pas la mieux adaptée aux patients psychotiques ou autistes, ayant des stéréotypies ; le travail devra d'abord porter sur la recherche de la conscience de soi par la différenciation soi/non-soi.

A partir de ces éléments de réflexion, on peut alors s'interroger sur la valeur que représentent les activités stéréotypées pour chaque patient, la compréhension qu'elles peuvent offrir sur leur relation au monde. Alors que dans l'**autostimulation**, le monde extérieur reste présent mais insuffisant à fournir des stimulations efficaces, il semble que dans les **stéréotypies**, comme elles sont décrites chez les sujets autistes, le renfermement sur soi prenne le dessus.

Je tiens à souligner le fait que je ne visais pas, dans le travail proposé, une disparition des stéréotypies car elles semblent être un moyen d'**étayage** pour ces personnes. Sans elles, il pourrait y avoir un effondrement dû à l'impossibilité d'exercer cette « parcelle d'autonomie » dont parle Andréas FRÖHLICH.

A aucun moment la disparition des comportements stéréotypés n'a pas été compensée par la proposition d'une relation structurante, et d'un affinement de la conscience de soi à travers un travail sur les perceptions corporelles.

Ces comportements stéréotypés leur permettent de se sentir exister, de se constituer en tant que personne, mais il leur manque une possibilité d'ouverture sur l'extérieur, et c'est là que j'ai estimé pouvoir avoir un rôle.

On a pu voir avec Madame C. combien un environnement relationnel maternel lui présentant de nouvelles sources de stimulations (aquatiques dans son cas), pouvait l'aider à sortir de ses autostimulations en lui apportant des possibilités d'expérimentation et de découverte de perception différentes venant de l'extérieur.

Dans le cas de Monsieur J., les stéréotypies se sont révélées être un terrain d'échange possible pouvant permettre l'ouverture relationnelle. Que ce soit par la voix ou par les mouvements de balancements du tronc, Monsieur J. prend plaisir à nous voir entrer dans son mode de relation à lui-même et au monde, pour le rejoindre, et à partir de là, nous suivre dans une ouverture aux autres. C'est ainsi qu'à partir d'un mouvement qu'il connaît sur le mode de la stéréotypie, il découvre une diversification de son utilisation.

Tout au long des séances, j'ai utilisé la mise en mots du vécu comme faisant partie intégrante du cadre de la prise en charge.

Tout en tenant compte de la déficience mentale inhérente à ce type de pathologie, la verbalisation adaptée, c'est-à-dire avec des mots simples et en lien étroit avec le dialogue tonico-émotionnel, n'est absolument pas antinomique.

La **verbalisation** que j'ai proposé au cours des séances avait en particulier trois objectifs :

- la présentation du monde extérieur dans la relation, et ce, plus particulièrement pour Madame C. qui ne bénéficie pas des informations visuelles,
- l'accès à la représentation du corps dans sa globalité par l'association faite entre la parole objectivante, le toucher, et le vécu du patient,

- l'ouverture à la diversité des **représentations** que peut avoir un même mouvement, en donnant un sens différent de celui habituellement proposé aux activités stéréotypées : une claque devient une façon de se mouiller le visage pour Madame C., le balancement se transforme en un mode de déplacement pour Monsieur J..

Les patients que j'ai eu l'occasion de prendre en charge se sont toujours montrés très attentifs à la parole ; pour eux, les mots prennent sens à travers leur utilisation dans la relation.

Les prises en charge effectuées avec ces deux patients en particulier montrent combien un travail à point de départ sensorimoteur peut permettre à des personnes polyhandicapées de sortir des stéréotypies en les réutiliser dans la relation ou en les interrompant.

Néanmoins on constate, et de façon très évidente chez Madame C., que l'ouverture se limite en général au cadre de la prise en charge. Dès que la séance est terminée, le retour aux autostimulations s'effectue.

Ceci permet néanmoins de montrer que les stéréotypies, ou les autostimulations, que l'on rencontre chez les personnes polyhandicapées sont des « palliatifs temporaires » (Michaël LOMBARD) qui peuvent céder, au moins dans le temps de la séance, par le biais de la **fonction contenante** du cadre de la prise en charge.

Cette fonction permet l'ouverture relationnelle lors des prises en charge ; mais en dehors du cadre du groupe son rôle de pare-excitation n'est pas assez soutenu et la pulsion devient plus importante, échappant aux capacités de contrôle de ces patients, qui retournent donc aux stéréotypies.

Il s'agit d'une forme assez manifeste de dépendance corporelle au cadre de la séance qui pourrait remettre en cause notre travail auprès des personnes polyhandicapées ; mais la prise en charge en psychomotricité avec ces patients vise avant tout un bien être et un plaisir corporel dans ce temps de séance qui leur est réservé.

CONCLUSION

Le travail que j'ai effectué auprès des personnes polyhandicapées demande une considérable capacité d'adaptation, mais aussi un affinement fondamental du regard clinique.

Pour chaque patient, les changements qui se produisent au cours de la prise en charge peuvent parfois passer inaperçus s'ils ne sont pas élaborés dans une réflexion après la séance. Il faut savoir saisir les fines variations dans le comportement d'une séance à l'autre, en particulier par les états de détente ou de tension qui donnent des indices sur le degré de plaisir ou d'angoisse vécu par le patient.

Dans la relation qui s'établit avec ces patients, les limitations importantes qui sont leur quotidien disparaissent rapidement pour laisser place à la personne dans sa globalité. Cette relation, entre le patient et le psychomotricien, est particulièrement marquée par la nécessaire confiance que le premier accorde au second.

L'approche sensorimotrice, dans la prise en charge en psychomotricité, avec les personnes polyhandicapées présentant des comportements stéréotypés, a permis la mise en place d'une relation à eux-mêmes, ainsi qu'au monde, différente, grâce à l'accompagnement dans la présentation des interactions entre le sujet et l'environnement extérieur.

Cette approche qui se base sur les premiers éléments constitutifs du développement psychomoteur semble en effet très prégnante avec des personnes dont les limitations corporelles et cognitives sont importantes, et dont l'image du corps est atteinte.

A travers l'exposé de ces deux prises en charge, j'ai pu montré combien les propositions structurées et structurantes de l'environnement pouvaient permettre la prise de conscience de soi et du monde extérieur, prenant le relais de la fonction assurée par l'autostimulation.

La question qui peut encore se poser est de savoir si l'autostimulation est une forme de stéréotypie, ou si la stéréotypie est un rabattement sur soi extrême de l'autostimulation.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D., 1995, Le Moi-peau, DUNOD, PARIS.
- AUCOUTURIER B., DARRAULT I., EMPINET J-L, 1984, La pratique psychomotrice. Rééducation et thérapie, DOIN, PARIS.
- BADEFORT J-P, 1995, « Interactions perceptivo-motrices : un repérage du champ d'action de la thérapie psychomotrice », Evolutions psychomotrices, N° 27, pp.20-25.
- BARAT C., BARTSHI M., BATTISTELLI F., BAUDRY C., CALVET F., MAUSSION E., MAZEAU M., MAZEROLLE M., SVENDSEN F., 1988, 2^{ème} édition augmentée, L'enfant déficient mental polyhandicapé, quelle réalité, quels projets, ESF, PARIS.
- BOISACQ-SCHEPENS N. et MEULDERS M., 1981, Neuro-psycho-physiologie, MASSON, PARIS.
- BULLINGER A., 1994, « Sensorimotricité et psychomotricité », in J. RICHARD et L. RUBIO, La thérapie psychomotrice, MASSON, PARIS.
- CARRIC J.C., 1998, Le lexique du psychomotricien, VERNAZOBRES-GREGO, PARIS.
- DORON R. et PAROT F., 1991, Dictionnaire de Psychologie, PUF, PARIS
- DUBOIS J., MITTERAND H. et DAUZAT A., 1998, Dictionnaire étymologique et historique du français, LAROUSSE-BORDAS, PARIS.
- FRÖHLICH A., 1993, La stimulation basale, SZH/SPC, DÜSSELDORF.
- LEGENDRE-BERGERON M-F., 1980, Lexique de la psychologie du développement de Jean PIAGET, Gaëtan Morin Editeur, LE LAC SAINT JEAN, Canada.
- LIVOIR-PETERSEN M-F. et AUSSILLOUX C., 1994, L'autisme cinquante ans après Kanner, ERES, RAMONVILLE, p. 43 à 58.
- LOISEAU P. et JALLON P., 1984, Les épilepsies, MASSON, PARIS.

- MARTI R., 1995, Ecouter et comprendre les enfants autistiques, ESF, PARIS.
- MERLEAU-PONTY M., 1945, Phénoménologie de la perception, GALLIMARD, PARIS.
- PIAGET J., 1936, La naissance de l'intelligence, Delachaux et Niestlé, PARIS.
- PIAGET J. et INHELDER B., 1966, La psychologie de l'enfant, PUF, PARIS.
- PIERON H., 1974, La sensation, PUF, PARIS.
- PLATEL R., 1998/1999, Eléments de physiologie des systèmes sensoriels, Cours à l'usage des étudiants de l'ISRP, PARIS
- RICHARD J. et RUBIO L., 1994, La thérapie psychomotrice, MASSON, PARIS.
- TOMKIEWICZ S., 1993, « Emergence du concept de « polyhandicapé », Evolutions Psychomotrices, N°20, pp. 3-7.
- ZRIBI G., 1994, L'accueil des personnes gravement handicapées, ENSP, RENNES.
- ZUCMAN E. et SPINGA J., 1985, Les enfants atteints de handicaps associés : les multihandicapés, CTNERHI, VANVES.

- Encyclopaedia Universalis, 1995, Tome 19, Encyclopaedia Universalis France.
- Petit Larousse 2000, 1999, LAROUSSE/HER, PARIS.