

Sommaire

Remerciements.....	3
Introduction.....	7
Partie 1 : La clinique.....	9
I. Séances de psychomotricité au sein de l'établissement.....	9
1. Présentation de la structure.....	9
2. Place de la psychomotricité dans l'établissement.....	9
3. « Toucher contenant et toucher nourrissant® » en prise en soin psychomotrice.....	10
3.1. Pourquoi les massages ?.....	10
3.2. La stimulation basale.....	11
3.3. « Contes massés® ».....	12
II. Présentation des cas cliniques.....	13
Dorian (22 ans).....	13
1. Présentation générale de Dorian.....	13
2. Anamnèse.....	13
3. L'accompagnement psychomoteur de Dorian.....	14
4. Première rencontre avec Dorian.....	16
5. Premier toucher avec Dorian.....	17
6. Problématiques et hypothèses autour de l'interaction et du toucher.....	17
7. Déroulé des séances et évolutions avec Dorian.....	18
7.1. Stimulations somatiques, vestibulaires et vibratoires.....	18
7.2. Le massage shirochampi du cou.....	19
7.3. Découverte de l'environnement et jeu.....	19
Tom (8 ans).....	20
1. Présentation générale de Tom.....	20
2. Anamnèse.....	21
3. Accompagnement psychomoteur de Tom.....	21
4. Première rencontre avec Tom.....	23
5. Premier toucher avec Tom.....	24
6. Problématiques et hypothèses autour de l'interaction et du toucher.....	25
7. Déroulé des séances et évolutions avec Tom.....	26
7.1 Stimulations somatiques, vestibulaires, vibratoires.....	26
7.2. Découverte de l'environnement et jeu.....	27
7.3. « Conte massé® ».....	28

Partie 2 : Apports théoriques.....	30
I. Le polyhandicap.....	30
1. Le handicap.....	30
2. Le polyhandicap : présentation générale.....	31
2.1. Entre paralysie cérébrale, IMC et IMOC.....	31
2.2 Histoire du polyhandicap.....	32
2.3. Définitions du polyhandicap.....	32
2.4. Clarification entre les termes plurihandicap, surhandicap et polyhandicap.....	33
2.5. Prévalence et étiologie du polyhandicap.....	34
3. La clinique du polyhandicap.....	34
3.1. La motricité.....	34
3.2 La cognition.....	35
3.3. Troubles neuro-sensoriel.....	36
3.4. Troubles du comportement.....	36
3.5. Troubles somatiques.....	37
3.6. L'épilepsie.....	37
II. L'interaction.....	38
1. L'interaction et la relation : quelques généralités et définitions.....	38
2. Construction et apport des interactions chez un enfant neurotypique.....	39
2.1. Compétences du nourrisson et interactions précoces.....	39
2.1.1. <i>Compétences du nourrisson.....</i>	39
2.1.2. <i>Interactions précoces.....</i>	39
2.2. Rôle de la fonction alpha de W. Bion dans le développement de l'enfant.....	41
2.3. La théorie de l'attachement de J. Bowlby.....	42
2.4. L'intersubjectivité dans l'interaction.....	43
2.5. Développement cognitif de l'enfant.....	44
2.6. L'interaction : un besoin vital.....	45
3. L'interaction et la relation : processus qui dysfonctionne pour les enfants en situation de polyhandicap.....	46
III. Le toucher.....	49
1. Le système peau.....	49
1.1 Description générale.....	49
1.2. Les récepteurs de la peau.....	49
1.3 Les fonctions de la peau.....	50
2. Le toucher.....	51
2.1. Définition et généralités.....	51
2.2. Le toucher dans le développement de l'enfant.....	51

2.2.1. <i>Le toucher autour de la naissance</i>	51
2.2.2. <i>Winnicott le handling et le holding</i>	52
2.2.3. <i>Le dialogue tonico-émotionnel</i>	53
2.2.4. <i>Toucher dans le développement moteur de l'enfant</i>	54
Partie 3 : La discussion.....	56
I. À partir du toucher un lien se crée.....	56
1. Proxémie et polyhandicap.....	56
2. Une rencontre et une interaction par le corps.....	57
II. Le « toucher contenant, toucher nourrissant® » dans l'interaction.....	58
1.avec soi.....	58
2.et avec l'autre.....	59
2.1. Une rencontre par le toucher.....	59
2.2. D'être touché à toucher.....	60
III. En quoi le toucher permet une ouverture sur le monde et une interaction avec l'environnement.....	62
1. Une contenance permettant une ouverture.....	62
2. Partir du toucher pour découvrir l'environnement.....	63
2.1. Le dialogue tonique dans l'étayage.....	63
2.2. Sécurité affective et exploration.....	64
3. Émergence du soi et individuation face à l'interaction par le toucher.....	64
Conclusion.....	67
Bibliographie.....	68

Introduction

Cette année, j'ai réalisé un stage long dans un EEAP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés. J'avais déjà découvert cette population lors de ma deuxième année d'étude, cette population m'avait intriguée et interpellée. Je m'étais posé de nombreuses questions sur ce que ces enfants pouvaient ressentir, comment ils percevaient le monde et ce qu'ils en comprenaient. Je n'ai pas pu achever mon stage à cause de la pandémie. Ayant eu la possibilité de redécouvrir ce milieu cette année, j'ai saisi l'occasion pour approfondir mes réflexions et mieux comprendre ces enfants.

Au début de ma deuxième année, j'ai été impressionnée par la lourdeur du handicap de ces enfants. Ils sont dans une situation de grande dépendance et paraissent alors inaccessibles de par leurs appareillages, leur manque de mouvements volontaires et de parole. Je me suis demandé comment nous pouvions accompagner ces enfants si différents de nous, si démunis, et qui semblent être enfermés dans leur corps, en séance de psychomotricité.

Avec du temps, des observations et l'accompagnement de mes maîtres de stage, j'ai réalisé que ces enfants ont des capacités, mais qu'ils ont besoin d'un étayage et d'un accompagnement de la part d'un adulte pour les utiliser. Ils ont des ressentis et une façon singulière de les exprimer.

Cette année, lors des premières séances en psychomotricité, j'ai observé qu'une approche autour du toucher avait permis de développer un lien relationnel avec l'enfant polyhandicapé. Après plusieurs séances, j'ai participé à une formation « toucher contenant, toucher nourrissant® » développée par ma maître de stage. J'ai eu alors un apport théorique qui m'a permis de faire le lien avec les séances de psychomotricité auxquelles j'assistais. Je me suis demandé comment un lien avait émergé de mon toucher et ce qu'il apportait à l'enfant polyhandicapé.

Au cours de ce mémoire nous allons suivre mon cheminement autour des questions que je me suis posées face à l'interaction et au toucher en séance de psychomotricité, avec un enfant et un jeune adulte porteurs de polyhandicap.

Comment avec le toucher contenant, toucher nourrissant® une interaction se crée-t-elle avec un enfant et un jeune adulte polyhandicapés ? Puis, comment de cette interaction par le toucher sont-ils amenés à s'ouvrir au monde et à leur environnement humain et matériel ?

Dans une première partie, nous décrirons la rencontre avec un enfant et un jeune adulte en situation de polyhandicap et nous évoquerons les interrogations que je me suis posées face à leur interaction au monde.

Dans une deuxième partie, nous éclaircirons les points théoriques qui semblent importants autour du polyhandicap, de l'interaction et du toucher.

Enfin dans une dernière partie, nous nous intéresserons aux liens entre le toucher et l'interaction, en prenant appui sur les cas cliniques. De plus, nous nous questionnerons sur l'intérêt de faire vivre aux enfants et adolescents polyhandicapés ces expériences et propositions amenant à une interaction.

Partie 1 : La clinique

I. Séances de psychomotricité au sein de l'établissement

1. Présentation de la structure

La structure où j'ai réalisé mon stage est une EEAP. Les adolescents sont accueillis jusqu'à l'âge adulte 18-20 ans où ils sont replacés en MAS (maison d'accueil spécialisé) ou autre structure qui accueille les personnes polyhandicapées à l'âge adulte. Ce changement de structure permet de marquer le passage à l'âge adulte.

Dans cet établissement soixante patients sont accueillis en externat et en internat (avec possibilité de rentrer chaque week-end ou périodes de vacances). Selon le régime choisi et leur âge, ils sont accueillis sur différents groupes. Une séparation est marquée entre les enfants et les adolescents, ce qui permet à chacun de pouvoir vivre avec des individus de la même tranche d'âge.

L'équipe pluridisciplinaire de l'EEAP est constituée du personnel médical, paramédical et éducatif : des médecins, des infirmières, des aides-soignantes, des éducateurs spécialisés, une psychomotricienne, une psychologue, une ergothérapeute, des kinésithérapeutes. Une institutrice spécialisée est aussi présente.

2. Place de la psychomotricité dans l'établissement

La psychomotricité au sein de l'établissement a pour but de poser un cadre thérapeutique. Des repères sont respectés avec une unité de temps, de lieu et de personne qui participe à une structuration psychique de la personne polyhandicapée. Freinet parle de rituels, pour lui ils sont : « des moments donnant un sens et une référence commune à ce que l'on fait et à ce que l'on dit. La mise en place de rituels va rassurer l'enfant et lui proposer un ancrage dont il a besoin. » (A. Bataille, 2019, p.97)

Les séances de psychomotricité se déroulent dans une salle qui est prévue uniquement à cet usage. Cela participe à un repérage spatial, l'unité de lieu d'une séance de psychomotricité est stable. La psychomotricienne accompagne toujours les mêmes enfants d'une année à l'autre, ce qui participe à l'unité de personne. Et enfin les séances se déroulent le même jour chaque semaine et à la même heure, si possible, ce qui contribue à

l'unité de temps.

Les rituels dans les séances procurent chez la personne en situation de polyhandicap une contenance psychique et physique. Une relation thérapeutique est possible grâce à la constance des éléments qui établissent une confiance mutuelle entre l'enfant et l'adulte.

Une salle snoezelen est aussi disponible pour les séances, elle est utilisée pour les enfants qui ont besoin d'un cadre encore plus contenant et reposant.

Dans le cadre de cette année de stage j'ai effectué 5 jours seule avec la psychomotricienne puis une deuxième stagiaire m'a rejoints jusqu'à la fin de l'année. Pour garder l'anonymat je nommerai cette autre stagiaire Emma. Les prises en charge ont alors évolué, l'arrivée d'une nouvelle personne a permis de diversifier les interactions au cours des séances de psychomotricité.

3. « Toucher contenant et toucher nourrissant® » en prise en soin psychomotrice

L'approche « toucher contenant toucher nourrissant® » développée par ma maître de stage est une approche qui lie et synthétise plusieurs médiations et méthodes, adaptées au polyhandicap et aux personnes présentant des troubles neurosensoriels. C'est la synthèse et l'adaptation d'approches telles que la stimulation basale, l'intégration neurosensorielle, la réorganisation neurofonctionnelle, mais aussi des techniques de massages ayurvédiques, dont le Shirochampi. Le massage ayurvédique est une pratique traditionnelle de la médecine indienne qui vise à favoriser le drainage du corps en améliorant la circulation sanguine. De plus pour adapter les techniques de toucher à l'âge et aux spécificités des enfants, ma maître de stage, s'inspirant de ce qu'a développé l'association MISA dans sa méthode Massage In Schools Programm, a créé des livres à partir de comptines permettant de proposer des « contes massés® ».

3.1. Pourquoi les massages ?

Les premiers massages datent d'il y a 6000 ans ce sont les massages ayurvédiques. En Inde les massages Shantala pour les bébés sont très répandus, ils se transmettent de génération en génération. Ils sont aussi importants que la nourriture ou le bain.

Aux Etats-Unis vers les années 1970 Vimala McClure introduit l'importance du massage thérapeutique, pour le bébé. Il réhabilite la communication parents / bébé, le toucher sain et respectueux.

Les massages se font ressentir dans plusieurs domaines (issu de la formation « toucher contenant, toucher nourrissant® »):

- Physiologique : Les massages améliorent les systèmes circulatoires, digestifs, hormonaux, immunitaire, lymphatique, nerveux respiratoire et vestibulaire. Ils interviennent de manière positive sur la régulation du tonus musculaire, la croissance, les connexions neuronales (les massages réguliers favorisent la croissance de la gaine de myéline), améliorent les cycles de sommeil.
- Affectif : Ils jouent sur l'amélioration des capacités d'adaptation à l'environnement, sur la réduction du niveau de stress avec une diminution de la production d'hormones de stress et une augmentation du taux d'hormones telles que l'ocytocine et la sérotonine (hormones qui procurent la détente).
- Cognitif : Les massages influent sur le développement de l'attention soutenue, sur les capacités d'adaptation, le développement du langage et des capacités d'apprentissages ainsi que sur la capacité à gérer le stress.
- Psychomoteur : Ils agissent sur la régulation de la sensibilité, sur la perception du corps, des limites corporelles, travail de l'attention conjointe et sur la capacité d'interaction.

Nous pouvons donc observer que les massages sont très bénéfiques pour le corps et pour l'esprit. Des études auprès d'enfants prématurés ont prouvé que les massages peuvent jouer un rôle dans leur développement : « Ils induisent des effets bénéfiques voire compensatoires sur le développement des enfants prématurés » (F. Lejeune, 2013, p.46).

3.2. La stimulation basale

La stimulation basale est une « approche humaniste » développée par Andréas Fröhlich dans les années 1970.

Elle a pour but de faire revivre les sensations du vécu par le bébé in-utéro, d'où l'appellation « basal » qui représente les sensations de base du développement de l'être humain. « Ces expériences de base, centrées sur le corps, lieu d'ancrage de notre construction motrice, sensorielle et psychique, sont d'ordre somatique [...], vestibulaire [...] et vibratoire. » (C. Pagano, 2020, p.27)

- Le sens somatique est vécu par le bébé par le contact direct de sa peau avec le liquide amniotique et les parois de l'utérus de la mère. Le bébé a une perception de son enveloppe corporelle. Des pressions profondes effectuées en périphérie de l'ensemble du corps permettent de faire ressentir cette sensation.
- Le sens vestibulaire représente les mouvements du bébé qui bouge dans le liquide amniotique par les déplacements de la mère. Il met en avant la perception du corps dans l'espace par le sens proprioceptif. Pour faire vivre ce sens vestibulaire, le corps de la personne est mis en mouvement par des oscillations, des balancements.
- Le sens vibratoire correspond à la voix de la mère qui est perçue sous forme de vibrations par le bébé. Ces stimulations sont reproduites par des percussions effectuées sur le corps. Elles révèlent la solidité du corps, du squelette.

Cette approche est spécialement conçue pour les personnes en situation de handicap grave. Elle offre des stimulations simples et riches pour des enfants et adultes qui n'ont pas la possibilité de ressentir leur corps par le mouvement ou par leur propre toucher.

3.3. « Contes massés® »

L'association MISA a proposé dans les crèches, les écoles maternelles et les écoles primaires un toucher autour de comptines. Le toucher se propose assis dans le dos, sur les habits, en insistant sur la demande de permission de pouvoir toucher l'autre. C'est un toucher dynamique qui permet à l'enfant de le recevoir sans s'impatienter. Les enfants se touchent entre eux ce qui permet de développer la tolérance et le respect de l'autre et de soi. Ce massage a permis de diminuer le harcèlement scolaire de 50% dans les écoles où il a été proposé. Il est proposé à partir de 8 à 10 mois avec des livres, des comptines qu'ils aiment. Tout en chantant et en parlant, des stimulations qui correspondent aux mots sont faites dans le dos. Cela peut être des balayages, des percussions, des formes évocatrices. Ma maître de stage s'en est donc inspirée pour le proposer dans les séances de psychomotricité avec les enfants polyhandicapés.

Le « toucher contenant» est alors un toucher ferme, qui rassure en permettant de ressentir les limites corporelles, l'épaisseur et le volume du corps. Les bébés et les enfants sont plus réceptifs à ce toucher de par leurs récepteurs sensoriels qui sont au même nombre que ceux de l'adulte mais concentrés sur une surface plus réduite.

Et le « toucher nourrissant » correspond à la notion d'enveloppe corporelle, avec un accompagnement de l'enfant dans un flux sensoriel, pour une meilleure compréhension du monde qui l'entoure.

C'est en se basant sur cette approche que ma maître de stage construit ses séances de psychomotricité avec les enfants et adolescents porteurs de polyhandicap.

II. Présentation des cas cliniques

Dorian (22 ans)

1. Présentation générale de Dorian

Dorian est un jeune homme de 22 ans, il a deux petites sœurs âgées de 20 ans et 17 ans et un petit frère de 15 ans. Ses parents sont d'origine roumaine, ils vivent ensemble avec leurs enfants. Dorian a une relation très fusionnelle avec ses parents, ils sont à l'écoute de leur enfant et sont investis dans son suivi.

Dorian est atteint d'une maladie chromosomique, qui entraîne divers symptômes, et qui le place dans une situation de polyhandicap. Il bénéficie alors d'une place dans cet EEAP.

Actuellement il est à l'internat de l'EEAP. Il est entré dans le centre en Mars 2003, à ses 5 ans, en externat. Les parents ont été contraints de laisser Dorian en internat à la suite d'un incident en 2013 où il s'est cassé le bras. Effectivement cette fracture a engendré des soins supplémentaires et une difficulté de manipulation de Dorian due à l'immobilisation du bras. Les parents et l'équipe se sont alors rendu compte que malgré la fracture, Dorian était moins fatigué dans la journée. Le rythme de l'internat de semaine est moins intense au vu des transports qui sont diminués. Il a donc été décidé de garder ce régime pour Dorian qui est un jeune homme fatigable.

Dorian n'a plus l'âge de rester dans ce centre, il devrait bientôt changer pour aller dans une autre structure qui accueille des adultes.

2. Anamnèse

Dorian est né à terme d'une grossesse qui s'est déroulée sans complication. À neuf jours de vie des clonies des 4 membres sont apparues. D'après le Larousse (2010) la clonie est «

une contraction brève et involontaire d'un muscle ». Souvent la clonie est signe d'une pathologie neurologique. Dorian a été vu par de nombreux médecins avant qu'un diagnostic soit posé : une maladie génétique causée par une délétion chromosomique 1p36. Cette anomalie chromosomique entraîne chez Dorian une épilepsie, une hypotonie axiale, une tétraparésie spastique et une surdité moyenne.

L'hypotonie axiale a entraîné une nécessité de maintien de la colonne vertébrale pour Dorian, une arthrodèse est alors mise en place. C'est une intervention chirurgicale qui permet de bloquer une articulation par une barre de fer pour corriger une déformation ou une posture. La tétraparésie est une atteinte des quatre membres par une diminution des possibilités des contractions des muscles. Cette atteinte nécessite chez Dorian une position en fauteuil roulant, qui présente une dépendance motrice.

Au niveau de l'épilepsie, les antiépileptiques sont inefficaces, c'est ce que l'on appelle une épilepsie pharmaco-résistante. Dorian fait alors beaucoup de crises qui sont très fatigantes et qui entraînent une perte de repères. En 2013 les crises ont diminué en fréquence et en intensité.

3. L'accompagnement psychomoteur de Dorian

En 2018 un bilan sensoriel a été réalisé avec son éducatrice référente, plusieurs aspects ont été relevés dont une hypersensorialité globale. Dorian supporte difficilement le toucher au niveau de la tête et des mains, et gère difficilement la multimodalité sensorielle. Le sens vestibulaire permet à Dorian de focaliser son regard et de calmer les mouvements parasites. Il utilise sa propre voix pour se rencontrer, se protéger, et certainement s'apaiser par les vibrations sonores que lui procure sa voix.

La même année, sa psychomotricienne actuelle a réalisé un bilan qui découle d'une observation lors de propositions motrices :

- D'un point de vue moteur, il a été observé que les mouvements des membres supérieurs qui semblent stéréotypés montrent une capacité neuromotrice à les utiliser pour entrer en interaction. Avec étayage, Dorian peut utiliser ces mouvements pour découvrir des objets et avoir une action sur l'environnement. Tout au long de l'année Dorian a montré qu'il pouvait pousser et tirer un objet avec étayage de la psychomotricienne.

- Au niveau des coordinations bimanuelles, il est encore difficile pour Dorian d'utiliser ses deux mains en même temps. Sa main gauche est plus forte dans les actions motrices surtout si elle est utilisée seule.

Suite à ces bilans, des projets thérapeutiques ont été établis. L'objectif de prise en charge est de connaître et reconnaître les modes de communication et d'interaction propres à Dorian, de lui permettre de s'ouvrir à son environnement proche physique et humain et enfin de l'accompagner dans une conscience corporelle unifiée. Une prise en charge en salle snoezelen a été mise en place pour Dorian, avec comme objectif de lui proposer des situations sensorielles issues de la stimulation basale, et une exploration sensorielle afin de créer une habituation pour diminuer son hyper sensorialité.

En septembre 2019, les modalités de prise en charge de Dorian ont évolué. Le projet a été de faire une prise en charge en salle de psychomotricité en continuant selon la même structure :

- Proposer un éveil corporel en effectuant des stimulations somatiques vestibulaires et vibratoires
- Enrichir les compétences motrices et visuo-motrices de Dorian en lui proposant des expériences sensorielles et motrices.
- Continuer à développer son intérêt à être acteur dans son environnement en le rendant conforme à ses besoins, à ses goûts, et en étayant Dorian pour qu'il développe son « savoir-faire ».

La psychomotricienne réalise un compte rendu de l'année 2019-2020 (année scolaire). On remarque chez Dorian une évolution de ses capacités psychomotrices.

Dorian est réceptif à ce qui lui est proposé. Il peut clairement indiquer ce qui l'intéresse et ce qu'il ne veut plus faire, ce qui a permis la création de supports qui correspondent à ses besoins et ses envies.

Dorian est aussi capable de tirer, pousser un objet et le suivre du regard ce qui montre une coordination oculo-manuelle possible. Les actions motrices sont plus performantes lorsque seule la main gauche est utilisée. De plus, pour concentrer son énergie et se mettre en mouvement, Dorian a besoin qu'un adulte lui donne la main.

D'un point de vue relationnel, Dorian a de plus en plus de sourires, des regards dirigés vers l'autre. Un dialogue vocal et tonique est repéré lors de jeux autour du vibratoire, du souffle et des vocalises.

Malgré une rupture de plusieurs mois des séances à cause de la crise sanitaire, la psychomotricienne remarque une grande aptitude mnésique et une constance dans la

relation.

En septembre 2020, lors du début de mon stage, les objectifs de prise en charge pour Dorian sont identiques à ceux de 2019.

4. Première rencontre avec Dorian

J'ai rencontré Dorian dès ma première journée de stage, sur son groupe de vie, en allant le chercher pour la séance. Je rencontre alors un jeune adulte qui paraît assez grand dans un fauteuil assez imposant, qui est à ce moment-là assez agité. Il émet alors des sons forts et graves, avec répétitions dont je ne sais pas l'intention dans un premier temps.

Une fois en salle de psychomotricité, la psychomotricienne débute la séance en proposant des vibrations par des percussions sur le buste de Dorian. Les sons de Dorian se sont alors rythmés, quand la psychomotricienne le stimulait il en émettait, et sinon, il s'arrêtait. Il me semblait qu'un dialogue s'instaurait entre Dorian et la psychomotricienne. L'intention que je n'avais pas saisie était alors certainement un désir de communication ou d'interaction avec son environnement ou avec lui-même. Pendant cette proposition Dorian a attrapé le bras de la psychomotricienne et lui a lancé un regard assez bref mais plutôt intense et m'a fait remarquer un sourire sur son visage. Par ces vibrations proposées il a émergé un moment d'interaction, j'avais l'impression que Dorian voulait exprimer un certain plaisir de ce qu'il ressentait.

Dans la suite de la séance nous lui avons proposé un tableau sensoriel pour qu'il le découvre avec les mains, ce qu'il a accepté. Effectivement, la psychomotricienne m'avait souligné que Dorian, il y a quelque temps de cela, refusait toutes stimulations sensorielles tant il était hypersensible. Je pensais au début qu'il ne parvenait pas à toucher réellement les objets, que ses mains étaient juste posées dessus sans aucune intention. Le tableau était devant lui mais son regard sur le côté. Ainsi, une observation plus fine m'a permis de prendre conscience qu'il explorait le tableau avec des petits mouvements de doigts. Le tableau n'était pas dans son champ visuel mais son regard était penseur, il découvrait avec le toucher principalement, ce qu'il lui était proposé.

A la suite de cette séance j'ai pris conscience que Dorian avait des compétences relationnelles et motrices mais qu'il avait besoin pour les exprimer d'un étayage important de la part de l'adulte.

5. Premier toucher avec Dorian

Lors de la deuxième séance avec Dorian, la psychomotricienne m'a invitée à lui proposer les vibrations qu'elle avait faites la semaine passée. J'ai d'abord posé ma main sur son torse en me présentant à nouveau et en verbalisant que c'était moi qui allais faire des percussions avec ma main sur son torse. Il m'a regardée sans exprimer d'émotions particulières. Malgré mon invitation, par ma propre voix, à l'amener à émettre un son lorsque je percute son corps, Dorian reste inexpressif. Puis il pose sa main sur mon bras et me repousse. Je comprends alors qu'il n'apprécie pas ma proposition et je l'arrête. La psychomotricienne verbalise ce moment en disant que j'étais une personne nouvelle et que c'était normal de ne pas accepter mon toucher directement. Elle reprend la suite de la séance en proposant un massage shirochampi au niveau du cou. Une détente est perçue dans le corps de Dorian qui me paraît se relâcher progressivement.

Puis je suis réintroduite progressivement auprès de Dorian et je lui propose des stimulations vestibulaires en partant des épaules puis en touchant le torse, les hanches, les jambes, les chevilles et les pieds. Je verbalise chaque endroit de son corps sollicité par mon toucher. Je le sens au début un peu raide puis il ébauche un sourire et se relâche petit à petit, ce qui m'amène à penser qu'il commence à accepter mon toucher. Après cette proposition Dorian s'endort, c'est un jeune homme très fatigable, ces vingt minutes d'attention ont certainement puisé dans son énergie.

6. Problématiques et hypothèses autour de l'interaction et du toucher

Dorian a des difficultés motrices et relationnelles certainement dues à la surdité, à une sensibilité par rapport aux flux sensoriels et à sa situation de polyhandicap. Il a une manière particulière d'appréhender le monde.

Au niveau du langage, Dorian n'a pas accès à la parole, il peut se faire comprendre, quand les situations qu'il vit sont agréables ou non, par des comportements moteurs, des regards et des sons. Un dialogue tonico-émotionnel se met alors en place. Le regard de Dorian est assez évocateur, il est expressif et peut fixer de manière attentive ce qui l'entoure.

La surdité moyenne engendrée par sa maladie peut interférer sur les relations qu'il entretient avec le monde. C'est une source d'information sensorielle dont il est partiellement privé et qui peut induire une coupure avec l'environnement.

Au niveau de la motricité, les mouvements volontaires de Dorian sont entravés, ce qui engendre une difficulté à découvrir les objets et faire des expériences avec son environnement. Il ne peut pas se déplacer, ce qui réduit là aussi grandement son champ de découverte. En ce qui concerne son toucher, Dorian a une hyper sensorialité. Ceci peut l'amener à éviter le toucher, à ne pas le supporter. Couplé avec des déficits moteurs importants, Dorian peut difficilement toucher les éléments de son environnement et agir dessus.

Dorian est sujet à des crises d'épilepsie, elles sont très fatigantes pour lui. Pendant un moment le contact avec la réalité est rompu, il faut un temps avant de se réadapter à la situation. Ces crises peuvent avoir comme conséquence d'empêcher un rapport continu avec le monde qui l'entoure.

Dorian est placé dans son fauteuil, il n'a pas de motricité volontaire, donc il est parfois amené à rester un long moment sans bouger. Le manque de stimulation corporelle peut alors altérer l'intégrité corporelle.

7. Déroulé des séances et évolutions avec Dorian

7.1. Stimulations somatiques, vestibulaires et vibratoires

Chaque début de séance nous utilisons avec Dorian les trois types de stimulations issues de l'approche « stimulation basale ». Dû à sa fatigabilité, ce n'est pas rare qu'à notre arrivée sur le groupe pour l'amener en salle de psychomotricité Dorian soit endormi. L'apport de ces stimulations en début de séance permet alors à Dorian de s'éveiller en douceur corporellement et psychiquement.

Nous remarquons les bénéfices de cette mise en disponibilité par les sourires que Dorian exprime lors de ce moment. Il apprécie particulièrement les stimulations vestibulaires et vibratoires. Ce sont des touchers plus dynamiques qui l'amènent dans le mouvement avec des balancements et des oscillations (vestibulaire) et à s'exprimer avec des sons (vibratoire). Par les sourires, les regards, et la voix Dorian est en interaction avec nous pendant les stimulations, un lien se crée. Lors des stimulations vibratoires, parfois Dorian attrape le bras de la psychomotricienne. Au vu de son visage apaisé qui accompagne son geste, il semble comme un signe de bien être, de reconnaissance.

Au fil des séances Dorian accepte de mieux en mieux que je réalise les trois stimulations, il s'est adapté à mon toucher, il me regarde et affiche des ébauches de sourires. Emma est

aussi introduite pour ce moment et effectue les stimulations avec Dorian. Il n'exprime aucun refus, Dorian fait preuve d'une grande adaptabilité face aux différents touchers qu'il reçoit.

Les stimulations vestibulaires et somatiques au niveau du torse me semblent être plus appréciées que les autres par Dorian. Effectivement, pendant les stimulations au niveau du tronc, on remarque une détente accrue au niveau du visage et des mains qui se posent sur les accoudoirs. De plus, en début de séance Dorian exprime beaucoup de sons, qui s'arrêtent après les stimulations.

Ce début de séance a permis d'installer un rituel de mise en corps important pour Dorian, qu'il semble apprécier et correspondre à ses besoins.

7.2. Le massage shirotchampi du cou

C'est un moment que Dorian apprécie à chaque séance, ses yeux se ferment, pour se concentrer sur le toucher qu'il reçoit, il semble très attentif. La psychomotricienne réalise le massage durant les quatre premières séances. Pour la cinquième séance, je suis invitée à proposer le massage de la nuque. Pour le massage, Dorian doit décoller le buste du dossier de son fauteuil. La psychomotricienne a donc une main sur son buste pour l'aider à se stabiliser et ne pas basculer en avant. Dorian est concentré sur ce que je propose, il ferme ses yeux et pose sa tête sur le bras de la psychomotricienne comme un signe de relâchement de tout son corps. Puis il repose son dos sur le dossier de son fauteuil, certainement pour signifier que le temps de massage est suffisant. La détente procurée par ce massage aide Dorian à être disponible pour la suite de la séance, il s'apaise, et les sons qu'il émet s'arrêtent.

7.3. Découverte de l'environnement et jeu

Enfin, nous amenons Dorian à explorer des objets. Nous plaçons Dorian face à un miroir pour qu'il puisse voir ce qu'il fait mais aussi pour apporter une contenance visuelle. Une table est devant lui pour que les objets soient au niveau de ses mains. Dorian découvre la plaque sensorielle, avec la psychomotricienne en étayage, mais il n'accepte pas longtemps cette proposition. Peut-être, est-ce le trop plein d'informations de cette plaque qui gêne Dorian. Dans les séances suivantes, nous proposons à Dorian un tapis sensoriel, doux, qu'on pose sur la table, et nous plaçons ses mains dessus. Après les avoir laissées un moment dessus, il se met à bouger les doigts comme pour explorer cette texture de lui-même. À la suite de cet éveil sensoriel, nous amenons Dorian à découvrir un instrument de

musique qui est une petite harpe en bois. La psychomotricienne étaye le bras et la main gauches de Dorian et moi le côté droit. Il découvre l'objet avec une main puis avec l'autre, car il n'a pas accès à la coordination bi-manuelle. Notre étayage de son bras et de sa main lui permet d'ébaucher des mouvements que nous amplifions pour qu'il puisse atteindre son but. Pendant que la psychomotricienne fait les mouvements avec lui, Dorian a besoin que je lui tienne la main et inversement. Cela lui permet d'avoir un appui stable et un repère spatial, il peut alors mieux se concentrer sur les gestes de son autre main.

C'est en suivant ce schéma (découverte de l'objet et étayage) que nous avons pu introduire un jeu de basket miniature. Avant d'introduire le jeu, nous proposons à Dorian un éveil de la sensibilité palmaire avec un tapis sensoriel ou avec notre propre toucher, pour que les éléments nouveaux ne soient pas intrusifs. Puis nous l'accompagnons vers une découverte de la balle et du panier de basket. Avec notre étayage aux niveaux des membres supérieurs, nous accompagnons une main sur le panier pendant que l'autre dépose la balle dedans. Quand le panier est marqué, une cloche accrochée sur le panier sonne. Dorian affiche alors un sourire sur son visage, il nous montre un intérêt à jouer à ce jeu. Il est attentif durant toute l'activité et éprouve du plaisir à jouer.

Les jeux de balles ne plaisaient pas à Dorian, mais en lui laissant le temps d'explorer, de découvrir plusieurs objets, Dorian a pu trouver un intérêt à ce jeu de basket. Tout au long de l'année, une sensibilisation à son environnement a été nécessaire pour introduire ce jeu.

Tom (8 ans)

1. Présentation générale de Tom

Tom est un garçon âgé de 8 ans et 9 mois. Il vit avec sa mère et ses deux frères, un frère jumeau, et un grand frère de 10 ans. C'est un enfant en situation de polyhandicap suite à un syndrome de Silverman (syndrome du bébé secoué) déclaré à 3 mois. Suite à cet événement les enfants ont été placés et il y a trois ans la mère a pu reprendre ses enfants. Ceci a eu pour conséquence un changement de famille et de région.

Il est accueilli en externat à L'EEAP depuis mars 2017. Tom est un petit garçon assez mince et souriant. Il est très ritualisé et a tendance à appréhender les choses et les personnes nouvelles. Mais une fois la confiance installée, il est très enjoué.

2. Anamnèse

Tom est né à 37 SA, un diagnostic in-utéro est posé de malformation de la main droite de type hypoplasie radiale (arrêt du développement du radius avant son terme), sa main est en pince de crabe avec une agénésie (absence de formation) du deuxième, troisième et quatrième doigt.

A 3 mois un traumatisme crânien avec hématome sous-dural, hémorragie intra-vitréenne et contusion hémisphérique est causé dans un contexte de syndrome de Silverman.

Au niveau orthopédique, un équin bilatéral se développe avec rétractions des chevilles. Le port d'attelles suropédieuses est indiqué jour et nuit. Une hypertonie en flexion est présente au niveau de la hanche et des genoux. Une injection de toxine botulique est mise en place pour décontracter les muscles et donc corriger les postures pathologiques.

Tom est positionné en fauteuil roulant.

Pour l'alimentation, Tom mange en texture mixée et boit de l'eau gélifiée à cause de problèmes de déglutition.

3. Accompagnement psychomoteur de Tom

Un bilan psychomoteur de Tom est réalisé en Juillet 2017, quatre personnes sont présentes ce jour-là (deux psychomotriciennes et deux stagiaires). Tom reste sur ses gardes, pendant un temps assez long, il lui faut du temps pour se poser, prendre ses repères et accepter de participer avec les personnes présentes. Il affiche un sourire mais qui peut cacher une gêne ou une inquiétude.

Au niveau relationnel, Tom est craintif malgré son sourire et sa sociabilité. Cela se traduit dans sa posture : les bras sont repliés sur son torse en cachant sa main avec la malformation. Ses jambes sont également repliées. Son corps traduit un état d'alerte qui n'est pas apaisé avec une contenance sans contact qui est proposée par les psychomotriciennes.

Pour la sphère motrice, peu d'items ont pu être évalués car il refuse tout mouvement. A gauche on peut observer une hypertonie tandis qu'à droite plutôt une légère hypotonie, mais dans l'ensemble on retrouve une incapacité à se relâcher. Les coordinations dynamiques générales sont difficilement testées au vu de la grande résistance de Tom au mouvement.

Cette difficulté pourrait être liée au psychoaffectif. Les seuls mouvements effectués par Tom montrent un recrutement moteur partiel. Il peut se mettre à quatre-pattes mais ne bouge pas ou peu, avec des petits mouvements brefs. Il peut passer de la position allongée sur le ventre à la position assise. Mais la station debout est compliquée voire impossible au vu d'un refus de poser les pieds au sol, ce, même en statique et avec aide. En station assise l'axe est maintenu mais avec un équilibre précaire car il ne peut se pencher en avant ou sur les côtés. La mise en mouvement de son corps a l'air de l'inquiéter, même rassuré et étayé il ne peut adapter sa posture et sa motricité à l'environnement.

La main droite de Tom est constamment cachée par celui-ci mais il accepte qu'elle soit touchée ou massée. En revanche, il ne l'utilise pas, même en soutien. Tous les objets proposés, quelle que soit la texture, la forme, Tom ne veut ou ne peut les toucher, son action est de les repousser de son espace de préhension.

La question de la vision se pose, elle ne paraît pas correcte. Le regard ne se pose pas et l'appréciation des distances et de la direction main / objet n'est pas fiable. Ceci pourrait expliquer ses craintes dans les déplacements.

Suite à ce bilan, un projet thérapeutique a été établi. L'objectif est de cerner les différents potentiels de Tom et de créer une interaction de confiance avec la psychomotricienne. Mais aussi l'amener à l'initiative motrice, à accepter de faire et de découvrir.

En septembre 2019, un compte rendu est réalisé par la psychomotricienne pour relater les progrès de Tom en séance de psychomotricité.

Au niveau psycho-affectif, Tom a évolué, ce qui a influé sur la motricité et l'acceptation des propositions. Tom est moins craintif concernant la nouveauté, il accepte ce qui lui est proposé grâce à l'étagage verbal, la proximité et la relation de confiance qui s'est installée avec la psychomotricienne. Il accepte les changements de positions, le quatre-pattes est tenu en appui sur les membres supérieurs mais il n'est pas encore assez à l'aise pour jouer, ou effectuer un mouvement.

Au niveau des habiletés gestuelles et motricité fine, Tom est toujours parasité par certaines stéréotypies sensorielles et gestuelles. Il utilise l'action de gratter pour entrer en contact avec tout ce qui est plastifié (pictogrammes, livres sensoriels). Les exercices sensoriels proposés pour amener à un toucher commencent à avoir un effet sur Tom qui touche un peu plus les objets mais seulement du bout des doigts. Il ne garde cependant pas beaucoup les objets avec lui et à tendance à les jeter. Il est donc envisagé de continuer ce travail autour

du toucher.

En termes de schéma corporel et topographie, un travail sur la différence entre les deux mains a été mené en prenant la silhouette des mains, en les comparant, mais aussi sur leur utilisation et les sensations qu'elles permettent de recevoir. Tom garde par moment sa main cachée mais il l'accepte mieux qu'elle soit touchée et regardée. Cependant il ne touche pas de lui-même avec cette main en première intention.

Au niveau du langage Tom parle de plus en plus, il répète les mots que nous employons, cela paraît être des écholalies mais c'est une façon pour lui d'apprendre et d'intégrer des mots. Il utilise des expressions ou des termes qui semblent n'être pas appropriés, pourtant, ils ont une correspondance avec le contexte. Par exemple, il peut dire "on y va" ou "au revoir" pour exprimer que ce qu'on lui demande est difficile ou qu'il veut arrêter la séance.

Suite à la réévaluation des compétences de Tom en 2019 d'autres objectifs sont définis pour l'année scolaire 2019-2020.

Le projet thérapeutique se compose de plusieurs points cognitifs, moteurs et relationnels :

- Suivre le développement psychomoteur et cognitif
- Investir les différents espaces
- aborder la notion de conceptualisation : reconnaissance utilisation de différents modes de communication et passer d'une communication par compréhension à une communication objectivée (langage codifié coghamo + pictogramme)

4. Première rencontre avec Tom

Tom est le premier enfant que je rencontre à l'EEAP. Pour lui, ce jour-là est la deuxième séance en psychomotricité depuis un long moment d'arrêt. Il a une posture assez fermée sur son fauteuil, avec les bras croisés et les jambes en flexion. Au sol sur le tapis, sans stimulation de la part de la psychomotricienne, Tom me semble figé, assis sur ses genoux pliés et toujours les bras croisés contre son corps. Il prend en compte ma présence par le regard, il me met dans son champ de vision. Mais je remarque qu'il reste sur ses gardes, il est méfiant d'accueillir une nouvelle personne dans la salle de psychomotricité.

Tom semble prendre du plaisir dans les propositions, il accepte, sourit et rit. Il semble beaucoup aimer les comptines. A chaque proposition, la psychomotricienne demande et attend son accord. Il est important de lui laisser du temps pour répondre, il peut ainsi anticiper les événements et manifester corporellement s'il est prêt à démarrer l'activité. Pour symboliser chaque déplacement et activité, des pictogrammes lui sont présentés

(chaussures, fauteuil, tapis, chanson, livre, balle...).

Au début de la séance, Tom a besoin d'un temps calme où il positionne son dos contre la psychomotricienne qui l'invite à se rassembler. Ensuite il est positionné allongé sur le dos. La psychomotricienne travaille ainsi les appuis pour que Tom s'ouvre au niveau de ses membres inférieurs et supérieurs. Ses bras se déplient facilement mais pour les jambes la psychomotricienne fait un massage coréen (secouement de haut en bas) pour amener à une détente. Au bout de quelques secondes les jambes se déplient. Face aux secousses Tom rit aux éclats et demande de répéter le mouvement.

Puis après quelques retournements, la psychomotricienne place Tom en position allongée sur le ventre et lui présente une balle. C'est une nouvelle balle qui n'avait pas été proposée auparavant, ce qui peut être anxiogène pour Tom. Pour garder un contact avec lui dans cette position, la psychomotricienne place son bras dans le dos de Tom le long de sa colonne vertébrale. Celui-ci touche la balle une seule fois mais nous fait comprendre qu'il ne veut plus jouer avec.

À la fin un livre lui est proposé, mais alors il est envahi par des mouvements stéréotypés (il repousse les pages du livre du dos de sa main dans des petits mouvements rapides). Il ne peut donc pas explorer ce livre de lui-même, il décide d'arrêter.

Je remarque une relation thérapeutique forte entre Tom et la psychomotricienne, de la confiance s'est installée au fil des séances. Quand une situation est trop compliquée à vivre pour Tom ou qu'il est fatigué, il demande un câlin à la psychomotricienne et veut toucher ses cheveux. Cela me fait penser à une réaction de défense, où son moyen de réassurance serait un toucher qui le contient, une personne sur qui il peut se poser.

5. Premier toucher avec Tom

Lors de la troisième séance avec Tom, la psychomotricienne m'invite à lui proposer des appuis au sol et les différentes stimulations somatiques, vestibulaires et vibratoires. J'accompagne Tom à s'allonger sur le dos, position dans laquelle il n'est pas très à l'aise dans un premier temps. Puis je pose une main sur son thorax et l'autre sur ses hanches en appuyant légèrement pour que l'arrière de son corps entre en contact avec le tapis. Directement, Tom se pose, les appuis proposés lui offrent un ancrage avec le sol. Je fais le contour de son corps avec des pressions profondes. Au niveau de ses bras et ses jambes qui sont en flexion j'appuie avec plus d'intensité et l'accompagne en ouverture. Je remarque

une légère ouverture et détente. Pendant ce temps proposé il est calme, et paraît attentif.

Puis, je lui propose des stimulations vestibulaires en le basculant de droite à gauche, au niveau du thorax, des épaules et des hanches. Tom s'exprime par des petits cris accompagnés de sourires. Pour les stimulations vibratoires je lui propose des percussions sur le thorax en émettant du son avec lui. Un jeu s'installe, il rit et demande verbalement de recommencer les percussions en disant « encore ».

En fin de séance, nous proposons à Tom un « conte massé® » sur la comptine « ah les crocodiles ». Il est assis de biais par rapport au miroir, de sorte qu'il puisse se regarder et mieux appréhender l'espace derrière lui. Il apprécie ce moment, il est concentré, me regarde et regarde son dos à l'aide du miroir.

Suite à cette expérience, je sens que Tom m'a bien intégrée dans la séance. Il accepte que je lui propose des stimulations, il me regarde et me sourit.

6. Problématiques et hypothèses autour de l'interaction et du toucher

Du fait de son hypertonie, Tom se retrouve dans une position en fermeture qui le “coupe” du monde. L'ouverture volontaire de son corps est encore fragile, ce qui pose question sur son interaction avec l'environnement.

Tom peut se déplacer sur les genoux en se tirant vers l'avant. Il a la possibilité d'aller vers les objets qu'il voudrait investir cependant, comme je l'ai décrit plus haut, il ne touche pas les objets mais les jette, les pousse ou les tapote. Tom est en difficulté s'il est amené à toucher ou tenir quelqu'un avec ses mains, il accepte seulement au niveau des cheveux et avec des personnes avec qui une relation de confiance s'est installée. Cette difficulté à toucher et être touché peut-être due à une hypersensibilité du fait d'un trouble neurosensoriel.

Tom ne touche pas non plus le sol avec ses pieds. Quand il est assis au fauteuil, les jambes sont en flexion et ses pieds ne reposent pas sur les cale-pieds, ils sont en arrière, ramenés vers lui. Lorsqu'on lui propose de le tenir en position debout, il a d'abord un réflexe de rétraction des jambes comme pour éviter tout contact avec le sol. Puis par moment il accepte de poser ses pieds et de réaliser quelques pas avec la psychomotricienne en soutien.

7. Déroulé des séances et évolutions avec Tom

Avec Tom nous commençons toujours les séances par une chanson. Elle permet de nous introduire à la séance, de nous présenter. Cela crée un rituel de début, un repère pour Tom qui peut résister le moment et les personnes qui sont avec lui pour la séance. Les paroles sont accompagnées de signes et de pictogrammes pour aider Tom à sa compréhension.

7.1 Stimulations somatiques, vestibulaires, vibratoires

Suite à la chanson, nous effectuons avec Tom des appuis au sol. Il est positionné sur le tapis allongé sur le dos et nous réalisons des pressions sur le torse et le bassin pour créer un ancrage avec le sol. Le passage de la position assise à allongée suscite souvent chez Tom une agitation et des petits cris, certainement pour exprimer une peur liée au déséquilibre qu'engendre le changement de position. Lors des appuis au sol Tom se calme, il paraît rassuré de retrouver une stabilité.

Puis, nous lui proposons les stimulations somatiques, vestibulaires et vibratoires. À presque chaque séance, Tom nous fait comprendre qu'il apprécie ce moment. Lors des pressions somatiques Tom se décontracte, il reste calme et apaisé. Par contre, les stimulations vestibulaires et les percussions l'entraînent dans beaucoup de rires et de jeux avec l'adulte. Souvent il demande verbalement à recommencer la stimulation en disant « encore ».

Tom montre cependant qu'il est sensible à la personne qui réalise les stimulations. Avec la psychomotricienne, pour qui la relation thérapeutique s'est installée depuis plusieurs années, Tom se montre confiant. Il rit avec elle et se détend lors des stimulations, un jeu se crée autour des balancements vestibulaires et des percussions vibratoires qui sont accompagnées de vocalises. Avec moi, petit à petit, il se montre moins méfiant, et se laisse accompagner dans le relâchement et la détente. J'essaie de le rassurer verbalement et d'avoir un toucher le plus contenant possible pour qu'il se sente en sécurité. Mais la séance où Emma est arrivée, Tom refuse que je lui fasse les appuis au sol. Il résiste à mes propositions et demande la psychomotricienne en l'appelant. Il semble perturbé par la présence de Emma qu'il ne connaît pas, et se rassure alors, en demandant une contenance à la personne de confiance.

De semaine en semaine, la méfiance de Tom se dissipe et Emma et moi-même pouvons entrer dans un jeu avec Tom pendant ces propositions. Il lui a fallu un temps pour s'habituer à notre présence mais nous a finalement bien intégrées dans la séance.

Après les stimulations, nous proposons à Tom un massage coréen des jambes que j'ai décrit plus haut. Ces premiers temps de mise en corps permettent à Tom qui est souvent en flexion de se relâcher et d'avoir une posture en ouverture. Cela lui permet, pour la suite de la séance, d'aller vers les objets que nous lui proposons.

7.2. Découverte de l'environnement et jeu

Suite à cette mise en corps, nous amenons Tom à la découverte de son environnement matériel. Pour cela nous le mettons dans la position quatre-pattes avec un boudin au niveau de son torse pour rendre la position plus confortable durant l'exploration des objets. Il répartit son poids sur ses membres supérieurs et inférieurs lors de cette position et accepte de la tenir assez longtemps. Nous proposons à Tom de jouer avec une voiture, mais il semble assez figé dans sa position, et pousse des petits cris lorsque la psychomotricienne essaye de le mettre en mouvement pour avancer vers la voiture.

Puis, assis à une table nous présentons à Tom un crocodile en carton, il est pour lui très difficile de le toucher, il le regarde sans bouger. Même avec nos stimulations verbales, Tom ne s'aventure pas à explorer ce nouvel objet, la psychomotricienne l'accompagne dans ce geste mais il montre son refus en chantant la chanson de la fin de la séance.

Plusieurs séances après, nous réessayons de faire explorer la voiture à Tom mais cette fois, dans une position à quatre-pattes sans le boudin. La psychomotricienne se place à côté de lui avec une main au niveau du thorax et l'autre au niveau des hanches pour aider Tom à maintenir la position. Pour l'encourager à se déplacer, nous chantons une chanson qui incite à la mise en mouvement. Tom arrive alors à trouver assez de stabilité et d'assurance pour avancer en réalisant des petits mouvements, l'un après l'autre, vers la voiture. Il réussit alors à libérer le poids de son corps de la main gauche pour pousser la voiture. Il rit face à cette situation et je lui renvoie la voiture. Cependant cette activité lui demande beaucoup d'efforts et il nous montre qu'il veut arrêter.

Puis à la table Tom accepte, cette fois, de toucher le crocodile avec l'étayage de la psychomotricienne qui l'accompagne physiquement et verbalement dans ses gestes.

Nous remarquons alors un réel progrès dans l'acceptation du toucher des objets. Tom accepte de toucher les nouveaux objets de plus en plus longtemps et y prend du plaisir.

Lors d'une des dernières séances, autour de la découverte de la voiture, Tom est en position quatre-pattes et arrive à jouer plus longtemps avec la voiture. Il la lance dans une direction

avec la main gauche, puis avec la main droite. La psychomotricienne qui est présente en étayage dans la position de quatre-pattes, ressent à ce moment une détente de Tom qu'elle perçoit par un relâchement tonique. C'est difficile pour lui mais il paraît heureux de pouvoir jouer à la voiture avec Emma et moi.

7.3. « Conte massé® »

Depuis le début de l'année, en fin de séance nous proposons à Tom un « conte massé® ». D'abord nous l'avons réalisé avec une comptine qu'il apprécie beaucoup, sur les crocodiles dont j'ai parlé plus haut. Tom est très réceptif à ce moment, il se concentre et se regarde dans le miroir. Il penche son corps vers l'avant comme pour créer une ouverture de son dos et se mettre à disposition pour recevoir les sensations. Nous avons installé Tom assis sur un boudin les jambes de chaque côté lors de cette proposition. Mais la difficulté de stabilité sur le boudin engendrait chez Tom un inconfort qu'il exprimait en demandant des câlins sans attendre la fin de la comptine. Nous avons alors décidé de l'installer à même le sol pour diminuer les sources d'informations sensorielles.

Après plusieurs séances sur cette même comptine, nous avons décidé d'en introduire une autre : « l'araignée Gipsy ». Pour celle-là, un livre est à disposition pour Tom, l'objectif étant qu'il le regarde et qu'il tourne les pages en même temps que les paroles de la chanson. Au niveau de la disposition, je suis dans son dos et je réalise les gestes correspondant à cette comptine. Emma est face à lui, elle reproduit ces mêmes gestes, et la psychomotricienne est à côté de lui pour l'accompagner dans la lecture du livre. Pour commencer, je demande à Tom la permission de pouvoir toucher son dos. Il est d'abord attentif à ce qu'il se passe dans son dos. Mais pour la lecture du livre Tom tourne les pages plus vite que les paroles. Il veut aussi s'emparer du livre et quand il le fait, c'est pour réaliser des mouvements stéréotypés avec. Grâce à l'étayage de la psychomotricienne Tom a pu attendre pour tourner les pages en rythme mais il s'impatiente vite face à cette situation.

La séance suivante, la psychomotricienne et Emma échangent de rôle. D'abord, Tom est concentré sur les mouvements que je réalise dans son dos, il apprécie ce moment. Puis, Emma l'accompagne dans le livre, Tom réussit à attendre pour tourner les pages mais il le fait avec le dos de la main en tapotant dessus pour la faire basculer. Il n'utilise pas une prise en pince pour réaliser ce geste. De plus, nous ne pensons pas que Tom soit concentré sur les images, ses yeux sont posés dessus mais avec un regard absent.

Au fil des séances, Tom accepte que le livre reste posé devant lui et accepte la frustration

liée à l'attente de tourner les pages. Il paraît toujours plus attentif et concentré sur les gestes qui sont effectués dans son dos, et continue de nous demander verbalement de recommencer la chanson. Il semble beaucoup apprécier les stimulations corporelles liées à nos gestes.

La fin de la séance est toujours animée par la chanson du départ, qui est comme celle du début, accompagnée de gestes pour aider Tom à la compréhension. Ces chansons rythment la séance, elles aident Tom à se repérer dans le temps, et instaurent un rituel.

Nous avons vu ici l'illustration clinique d'un enfant et d'un jeune que j'ai suivis tout au long de mon stage. Ils ont tous deux une approche particulière au niveau de l'interaction et du toucher. Nous allons donc dans la partie suivante, éclaircir certains points théoriques. D'abord, autour du polyhandicap pour mieux comprendre cette population. Puis au niveau de l'interaction et du toucher pour voir en quoi ces deux notions sont importantes au bon développement de l'enfant.

Partie 2 : Apports théoriques

I. Le polyhandicap

1. Le handicap

Avant de définir et de parler du polyhandicap, il semble intéressant d'éclairer le terme de handicap. C'est un terme courant qui peut parfois avoir une connotation négative. Ce n'est que récemment que les personnes handicapées sont considérées par la loi. D'après Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr/>), une première définition législative apparaît alors dans la loi du 30 juin 1975 : « Constitue un handicap le fait pour une personne de se trouver de façon durable limitée dans ses activités ou restreinte dans sa participation à la vie en société, en raison de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielle, mentale ou psychique. »

En effet, la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées est la première à prendre en compte les difficultés d'intégration des personnes en situation de handicap en facilitant les déplacements et les accessibilités des lieux publics. D'après Légifrance, l'article 54 donne aussi le droit aux personnes handicapées de bénéficier d'une aide financière : « Les aides personnelles aux personnes handicapées pourront être prises en charge au titre de l'action sanitaire et sociale des caisses gestionnaires de l'allocation aux handicapés adultes. Ces aides personnelles pourront notamment avoir pour objet d'adapter définitivement le logement aux besoins spécifiques des handicapés de ressources modestes ».

La loi du 11 février 2005 va plus loin en intégrant les personnes handicapées comme des citoyens et en prônant l'égalité des droits et des chances. Le handicap y est défini dans l'article 2 : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ». (Légifrance)

Auparavant les personnes handicapées étaient considérées comme différentes, elles étaient rejetées. Les mentalités changent progressivement autour du handicap ce qui permet une meilleure intégration de cette partie de la population.

Le polyhandicap n'a donc pas été pris en compte avant cette première avancée sur le handicap.

2. Le polyhandicap : présentation générale

La vision du polyhandicap a aussi beaucoup évolué depuis ces quarante dernières années. Une éthique s'est construite pour cette population qui était laissée à l'écart. « Jusqu'à 1986, ces personnes étaient encore appelées "grabataires". Peu de professionnels éducatifs avaient le souci de chercher ce qui pouvait les intéresser, puisqu'elles étaient considérées comme "inéducables". » (A. Bataille, 2019, p.12).

Des appellations « arriérés profonds », « encéphalopathes » à la considération des personnes en situation de polyhandicap nous allons voir comment ces notions ont évolué.

2.1. Entre paralysie cérébrale, IMC et IMOC.

Avant d'aborder la définition du polyhandicap, nous allons éclairer les appellations de paralysies cérébrales, IMC et IMOC.

D'après le site Paralysie cérébrale France (<https://www.paralysiecerebralefrance.fr>) :

- La *paralysie cérébrale* provient de lésions dans le cerveau qui provoquent des troubles du mouvement, de la posture mais aussi des difficultés cognitives ou sensorielles. Ce terme est utilisé pour désigner l'ensemble de ces troubles et regroupe IMC, polyhandicap, IMOC.
- L'*IMC* (infirmité motrice cérébrale) désigne des troubles moteurs parfois accompagnés de troubles sensoriels mais sans déficience intellectuelle. Ce terme est défini par le professeur Guy Tardieu en 1955. .
- *IMOC* (infirmité motrice d'origine cérébrale) diffère d'IMC par une déficience intellectuelle légère à modérée.

Le polyhandicap est défini comme la forme la plus sévère de la paralysie cérébrale incluant une déficience intellectuelle de sévère à profonde.

Les appellations IMC et IMOC ne sont plus utilisées, on parle maintenant de paralysie cérébrale.

2.2 Histoire du polyhandicap

Dans les années 1960 la rééducation des personnes IMC commence à se développer. Les IMC et les encéphalopathes sont clairement distingués les uns des autres. Jusqu'en 1964 il y avait un refus de la part des médecins de prendre en soins les encéphalopathes et la sécurité sociale ne remboursait aucun soin.

En 1964 fut créé le CESAP le Comité d'Etude et de soins aux Arriérés Profonds par Elisabeth Zucman et deux de ses collègues. Les arriérés profonds étaient caractérisés par un retard intellectuel moyen soit un QI (quotient intellectuel) inférieur ou égal à 50. C'est la première organisation à prendre en compte ce groupe de personnes qui étaient rejetées et laissées de côté car jugées trop déficientes et sans capacités pour pouvoir évoluer. (E. Zucman, 2016).

Cette vision des « arriérés profonds » continue d'évoluer avec la première utilisation du mot polyhandicap par Elisabeth Zucman qui l'emploie en 1969 dans l'article « La guidance parentale » pour la revue *Réadaptation*. Un souci éthique a poussé la création d'un mot pour définir ces personnes.

Puis la création en 1974 du Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) donne une définition du polyhandicap et prend en considération cette population. Ce centre consiste à faire des recherches appliquées, centrées sur la personne handicapée et l'entourage, un accord et une transparence de tous les résultats sont appliqués. (E. Zucman, 2016).

C'est ainsi que commence à se développer une éthique de prise en soin et de vie autour de la personne polyhandicapée.

2.3. Définitions du polyhandicap

La première définition dans la loi qui se trouve dans l'annexe 24ter au décret n°89-798 du 27 octobre 1989, d'après le site Légifrance. Le polyhandicap est décrit comme : « un handicap grave à expressions multiples qui associe une déficience motrice avec une déficience intellectuelle sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perceptions d'expression et de relation. »

Une nouvelle définition du terme polyhandicap est proposée dans le décret n°2017-982 du 9

mai 2017 : les personnes en situation de polyhandicap « présentent un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement qui a pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficience motrice, perceptive, cognitive, de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Et une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter de manière transitoire ou durable des signes de la série autistique ». (Légifrance).

C'est une preuve de la considération de la part de la société et de l'Etat du statut de polyhandicap.

Dans la deuxième définition on ne retrouve pas de degré de déficience intellectuelle. Effectivement il a été jugé que la déficience mentale était trop compliquée à évaluer chez des personnes ne pouvant pas bien s'exprimer et se faire comprendre. Les enfants polyhandicapés ont souvent, même de très grosses atteintes et n'ont aucun moyen de communication, ni d'action sur le monde, alors le monde ne les comprend pas. Mais cela ne veut pas dire pour autant que ces personnes ne comprennent pas, et qu'elles n'ont aucune capacité cognitive. Si on donnait les moyens de s'exprimer et d'autres méthodes de communication à ces personnes peut être alors nous nous rendrions compte de leurs réelles capacités.

2.4. Clarification entre les termes plurihandicap, surhandicap et polyhandicap

Durant mon année de stage en polyhandicap, mon entourage m'a souvent demandé la différence entre le polyhandicap, le surhandicap, le plurihandicap.

Je trouve alors intéressant, avant de continuer, d'aborder une différenciation entre ces notions.

- D'après le site Centre de Ressources Multihandicap (<http://www.crmh.fr/crmh/cms/10/accueil.dhtml>), le plurihandicap est l'association de plusieurs déficiences qui ont le même degré de gravité. On ne peut donc pas déterminer de déficience principale. C'est le hasard qui réunit les différentes atteintes.

- Le surhandicap désigne une apparition d'une complication à la suite d'un handicap déjà existant.

2.5. Prévalence et étiologie du polyhandicap

Prévalence du polyhandicap entre 0,7 et 1,28 %, soit 880 nouveaux cas d'enfants polyhandicapés par an en France.

Les causes du polyhandicap sont variées et dans 30% des cas sont inconnues. Les plus fréquentes sont les lésions cérébrales congénitales. Elles peuvent être fixées (génétiques, infectieux, malformations, vasculaires) et s'expriment en début de la première année de vie. Elles représentent 80 à 90% des cas. Ce sont des causes prénatales et périnatales. Ou évolutives (maladies métaboliques, héréro-dégénérative) qui représentent environ 5% des cas. Enfin la lésion cérébrale peut être acquise, donc postnatale, de manière infectieuse, accidentelle ou vasculaire et 10% des personnes polyhandicapées sont concernées. (G. Ponsot, 2017).

3. La clinique du polyhandicap

Les conséquences du polyhandicap sont multiples et variées selon la forme d'atteinte et les personnes mais on retrouve une symptomatologie commune.

3.1. La motricité

La déficience motrice est une des principales atteintes chez les personnes polyhandicapées. Elle se caractérise par une difficulté à se mouvoir, à se déplacer et à exécuter des activités de la vie quotidienne.

Le handicap moteur est un grand facteur de dépendance pour les polyhandicapés, les atteintes motrices sont souvent très importantes. Le mouvement volontaire est entravé ce qui empêche l'enfant polyhandicapé de découvrir le monde dans de bonnes conditions.

Les personnes polyhandicapées sont sujettes à des troubles du tonus qui varient en intensité en fonction de l'atteinte, mais d'une manière générale, ces troubles impactent la posture. Le tonus peut se définir comme un état de légère tension permanente des muscles au repos. On distingue trois types de tonus : le tonus de repos, le tonus postural et le tonus d'action.

Nous allons voir les principales atteintes du tonus et du mouvement.

- L'hypertonie est une élévation anormale du tonus musculaire qui place les muscles en grande tension. Il y a plusieurs types d'hypertonie dont l'hypertonie spastique.

L'hypertonie spastique est causée par une lésion du système pyramidal (support de la motricité volontaire). Il y a donc une exagération du réflexe médullaire, les muscles concernés sont constamment en tension ce qui génère le plus souvent des troubles de la posture.

- L'hypotonie est une faible tension musculaire.
- La dystonie est l'apparition de contractions involontaires de certains muscles ou groupes musculaires.

D'autres troubles moteurs existent, comme les paralysies, mais nous n'allons pas les approfondir ici.

La personne polyhandicapée présente, de par une atteinte centrale, des dysfonctionnements du tonus, souvent majeurs. Ces troubles vont avoir des répercussions importantes tant sur le développement psychomoteur que sur le développement postural et entraînent très souvent des complications orthopédiques. Du fait de la restriction motrice l'enfant aura un retard ou une absence d'acquisition des stades du développement, ce qui entraînera une incapacité d'agir sur son environnement, de le connaître et de le comprendre.

Les complications orthopédiques, dues à la déficience tonique, sont assez fréquentes. On retrouve des déformations osseuses, scolioses pathologiques par exemple ou articulaires, avec des luxations. Ces déformations nécessitent un appareillage lourd (arthrodèses, fauteuil coque, corset, attelles), elles sont douloureuses pour ces enfants et peuvent impacter le pronostic vital.

3.2 La cognition

Au niveau cognitif, il y a une déficience intellectuelle (DI) qui est définie par l'OMS (organisation mondiale de la santé) : « On entend par déficiences intellectuelles la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement ».

Un niveau de déficience intellectuelle peut-être évalué par un test du QI. Une personne est considérée comme DI quand son QI est inférieur à 70.

- La forme la moins évoluée est la DI légère ayant un QI compris entre 50 et 69.

- DI modérée QI compris entre 35 et 49
- DI grave où le QI est compris entre 20 et 34
- DI sévère la forme la plus profonde le QI est inférieur à 20.

Comme je l'ai mentionné plus haut, il est difficile de réaliser un test de QI pour un enfant avec polyhandicap et donc d'évaluer l'ampleur de sa déficience intellectuelle. Souvent il y a une grande atteinte et la personne n'est qu'à un stade précoce dans le développement de l'enfant. Malgré ce décalage entre l'âge réel et l'âge du développement psychomoteur il reste important d'adapter la prise en soins et les activités proposées à l'âge réel de la personne.

La déficience intellectuelle entraîne chez les personnes en situation de polyhandicap un retard ou une absence de langage, une désorientation spatio-temporelle, des difficultés mnésiques, des troubles émotionnels comme une alexithymie (difficultés à identifier, différencier et exprimer les émotions).

3.3. Troubles neuro-sensoriel

Les atteintes sensorielles les plus répandues sont la vision, l'audition et le toucher. Les troubles visuels sont beaucoup plus fréquents que les troubles auditifs. Des appareillages existent pour les troubles de l'audition et les troubles visuels sont corrigés au mieux par des lunettes, mais ces déficiences peuvent altérer de façon conséquente la perception de l'environnement. De plus, quand la vue ou l'ouïe sont lésées, le toucher est en soutien à ces deux sens, mais dans le domaine du polyhandicap les déficiences tactiles sont aussi présentes. Le sens du toucher est plus difficile à évaluer une hypo ou hyper-sensorialité sont possibles.

3.4. Troubles du comportement

Des troubles du comportement peuvent être présents tels que de l'auto-agressivité, une anorexie, une suragitation motrice, avec des manifestations vocales, des stéréotypies. L'autostimulation est très présente chez les personnes polyhandicapées. Elles peuvent parfois prendre la forme de balancements, de stimulations verbales, de frottements ou alors de gestes agressifs comme des griffures, des cognements d'une partie de leur corps sur une autre partie ou sur un objet. Ce comportement peut signifier un désir de stimulation corporelle pour avoir un sentiment continu d'exister, et avoir besoin de sentir son corps unifié. Ces personnes n'ont pas les moyens pour développer une autre stratégie que l'auto-stimulation pour se procurer ces sensations.

Par exemple pour Dorian, on observe une autostimulation au niveau vibratoire, il émet des sons répétitifs et graves, certainement pour ressentir son corps vibrer, comme un besoin de se sentir exister corporellement.

3.5. Troubles somatiques

Au niveau somatique, on retrouve des atteintes notamment digestives avec des troubles de la déglutition, des reflux gastro-oesophagiens, mais aussi des troubles du transit. Ces troubles peuvent entraîner une dénutrition et l'obligation d'avoir recours à des appareillages tels que la nutrition entérale avec une gastrostomie.

Le système respiratoire est aussi fragile au niveau broncho-pulmonaire, on peut retrouver des phénomènes de fausses routes.

3.6. L'épilepsie

Il est fréquent que les personnes polyhandicapées soient confrontées à de l'épilepsie. C'est une maladie neurologique qui se caractérise par des crises épileptiques lors desquelles il y a une activation anormale d'un groupe de neurones du cerveau. Les crises peuvent être plus ou moins douloureuses et fatigantes. Elles se caractérisent par des absences, parfois des convulsions avec des secousses et contractions musculaires. Ces crises apparaissent comme une coupure dans la relation entre la personne polyhandicapée et son corps, mais aussi entre celle-ci et l'environnement. Le temps, l'espace, les sensations sont brutalement coupées et il faut un temps avant de reprendre contact avec le monde.

Elles peuvent être traitées par des médicaments mais certaines formes sont pharmacorésistantes.

Toutes ces atteintes motrices, sensorielles et cognitives sont à l'origine de la très grande dépendance de la personne avec polyhandicap. Pour entrer en interaction avec son entourage matériel ou humain, la personne avec polyhandicap a besoin d'un étayage constant. Elle dépend de l'adulte tant pour les gestes de la vie quotidienne que pour s'exprimer. Nous allons donc poursuivre cette partie théorique en développant la notion d'interaction.

II. L'interaction

Les interactions sont présentes tout au long de notre vie de la conception du foetus à la mort. Elles sont importantes voire indispensables pour permettre à l'être humain d'exister et de se développer.

Le but de cette partie est de comprendre ce que sont les interactions, comment elles se développent chez l'enfant neurotypique et en quoi elles vont être modifiées chez un enfant polyhandicapé.

1. L'interaction et la relation : quelques généralités et définitions

Il semble important dans un premier temps de définir et différencier les mots utilisés dans le langage courant pour signifier un lien ou un contact entre deux personnes.

L'interaction est une notion qui peut faire référence à un lien physique ou verbal entre deux personnes. D'après le dictionnaire le Larousse (2010), l'interaction est « l'influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes. »

Il y a ici un concept de réciprocité, deux êtres ou deux éléments doivent être impliqués pour parler d'interaction. Ils ont une action l'un sur l'autre et peuvent se modifier suite aux réponses apportées.

L'être humain est aussi en relation avec ses pairs et son environnement. Le Larousse (2010) explique la relation comme étant un « état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport : relation de cause à effet » ou bien un « lien d'interdépendance, d'interaction, d'analogie, etc. » Nous entendrons la relation comme un processus abouti d'une interaction, avec un caractère prolongé dans le temps.

Pour ces deux termes les deux sujets sont acteurs et récepteurs et le processus est bidirectionnel.

Dans une relation, la communication est un moyen par lequel deux personnes s'échangent des informations. Pour E.Cataix-Nègre la communication « consiste en transferts d'informations de toutes formes et par n'importe quel canal disponible. Elle se joue avec un ensemble de mécanismes dans l'échange interindividuel, en faisant intervenir le langage (oral souvent) mais aussi tout un ensemble de comportements non verbaux régulés éventuellement par la présence de l'autre, plus ou moins consciemment (gestualité, tonalité de la voix, distance interpersonnelle...). » (Cataix-Nègre, 2017, p.12).

Nous allons maintenant aborder la mise en place de ses interactions chez un enfant ne présentant aucune pathologie.

2. Construction et apport des interactions chez un enfant neurotypique

2.1. Compétences du nourrisson et interactions précoces

2.1.1. Compétences du nourrisson

Les interactions entre le bébé et sa mère se mettent en place dès la vie intra-utérine. Des études ont montré que le bébé répond au toucher sur le ventre de la mère, il est sensible à ses états, réagit aux sons, aux voix. Mélanie Klein est la première dans les années 1930 à considérer que le bébé est doté de compétences psychiques et relationnelles. Le bébé répond à des stimuli sensoriels et moteurs, il peut aussi exprimer avec son corps ce qu'il ressent de plus ou moins agréable par la détente ou le recrutement tonique de ses muscles. Il a aussi accès à une dimension émotionnelle et relationnelle.

« Le bébé, derrière une mosaïque de compétences, est avant tout une “chair” qui, dès sa naissance, a la possibilité d’être sujet à part entière de l’interaction » (S.Bertrand, 2011, p.360). Le bébé va interagir avec les personnes qui s’occupent de lui et créer des liens.

« Le corps du bébé fait aussi de celui-ci un être fondamentalement en lien avec l’autre. Ceci s’observe au travers des compétences néonatales d’imitation et de ses capacités de synchronisation interactive, par ce corps qui reconnaît et préfère l’odeur de sa mère, duquel émerge ce regard dont l’intensité invite à l’échange, en bref, par cette chair qui vit, réagit et se tend de manière différentielle vers l’autre. » (S.Bertrand, 2011, p.361).

2.1.2. Interactions précoces

Les interactions précoces peuvent être définies comme des échanges ou des liens qui se créent entre la figure maternelle et le bébé dès sa naissance. L’interaction se crée à partir des regards, de la voix, la parole mais aussi du toucher, du contact physique. Elle se répartit selon trois niveaux d’après les travaux de Lebovici (1989) : le niveau comportemental, affectif et fantasmatique. (S.Stoléru & S.Lebovici, 2004).

- Les interactions **comportementales ou réelles** correspondent aux échanges directs qui s’observent entre la mère et le bébé. Elles s’effectuent par le moyen de trois canaux, le corps, la vue et la parole.

• Les interactions corporelles sont celles qui s’organisent par le toucher, le portage, Winnicott (1975) parle du *handling* : comment le bébé est soigné, mobilisé par la mère. Et du

holding : le portage psychique et physique du bébé. On retrouve aussi le dialogue tonique abordé par Ajuriaguerra (1970) qui représente un accordage postural et tonique entre un enfant et sa mère. (S. Stoléru & S. Lebovici, 2004).

- Les interactions visuelles, « dialogue œil à œil » (S. Stoléru & S. Lebovici, 2004, p.322) permettent au nourrisson de communiquer avec sa mère par ce canal sensoriel. C'est un lien très important, « C'est souvent lorsqu'elle prend conscience du regard que lui adresse son bébé que la mère le reconnaît en tant que personne. » (S. Stoléru & S. Lebovici, 2004, p.322)
 - Les interactions vocales par le bébé ce sont des cris et des pleurs qui vont s'organiser au cours du développement. « Les cris constituent certainement le principal mode de communication par lequel le jeune nourrisson exprime ses besoins. » (S. Lebovici & S. Stoléru, 2003, p.161). Ils ont donc un rôle important pour le bébé. La mère parle à son bébé avec une intonation, un rythme et une prosodie qui donne un indice sur la nature de l'information. Le bébé peut ressentir l'intention des paroles de sa mère alors même qu'il ne comprend pas nécessairement les mots.
- Les interactions **affectives** relèvent des émotions qui sont partagées entre la mère et son bébé, par le biais d'une interprétation du comportement du bébé face à une situation. Comme nous l'avons vu, le bébé s'exprime par des cris et des pleurs mais une autre modalité intervient à deux mois : le sourire réponse. « L'apparition du sourire social semble jouer un rôle très enrichissant dans l'interaction en induisant chez les parents le sentiment d'être reconnus et valorisés par l'enfant ; celui-ci paraît "entraîner" les parents dans "l'état de grâce" qu'il semble alors connaître. » (S. Stoléru & S. Lebovici, 2004, p.327). Un « accordage affectif » (D. Stern, 2003) se met en place entre la mère et son bébé.
- Les interactions **fantasmatiques** font appel aux souvenirs que la mère a vécus en présence du bébé. En effet la mère en s'occupant du bébé pense « l'enfant imaginaire et l'enfant fantasmatique : l'enfant imaginaire est celui qui naît avec son désir de grossesse [...] l'enfant fantasmatique est celui du désir de maternité, du désir de l'enfant » (S. Stoléru & S. Lebovici, 2004, p.335). Ce sont donc des représentations inconscientes que la mère a de son bébé, de l'enfant imaginaire (qu'elle s'imaginait avant sa naissance) et de l'enfant fantasmatique qui se confrontent à l'enfant réel. Ces représentations s'inscrivent dans les soins maternels et sont ressenties par le bébé.

Les interactions précoces entre le bébé et sa mère sont alors le reflet d'une activité

psychique du tout petit et d'une intégration progressive du monde qui l'entoure. Nous allons maintenant voir comment elles participent au développement psychique et moteur de l'enfant.

2.2. Rôle de la fonction alpha de W. Bion dans le développement de l'enfant

La construction psychique du bébé se fait par la perception de sensations qu'il intègre et qu'il associe à des émotions. C'est ainsi que se construisent les sensations et les sentiments. Pour pouvoir associer ses expériences sensorielles et les situations de la vie quotidienne à des émotions, il faut que la mère mette en mots les potentielles sensations que le bébé ressent et lui explique ce qui se passe dans son corps.

Ce concept est abordé par Bion (1962) avec un mécanisme qu'il nomme la fonction alpha. Il correspond à une mentalisation des impressions et des expériences sensorielles ou corporelles que vit le nourrisson. Par la verbalisation de la mère l'enfant va pouvoir assimiler ces éléments, qui deviendront éléments alpha : ils sont organisés et réutilisables. Le bébé peut être confronté à des vécus violents qui, mis en mots par la mère, prennent une forme intégrable et supportable.

D'après Bion les éléments non intégrés, appelés éléments bêta, ne sont pas assimilés par le psychisme, une accumulation de ces éléments serait caractéristique de la structure psychotique.

Les expériences et les ressentis que le nourrisson va vivre vont prendre sens lorsque la mère apportera des mots sur le vécu de l'enfant. C'est donc avec ces interactions mère/bébé que le psychisme du nourrisson va se construire et qu'il pourra construire sa pensée.

La mère va aider son bébé à développer sa capacité à penser par ses propres expériences et ressentis : « Le petit enfant ne peut développer cette capacité que s'il rencontre la fonction maternelle de la rêverie qui lui permet de développer sa propre rêverie. » (C. Bronstein & A.-L. Hacker, 2012, p.772).

De ce fait la mère apporte à son bébé une contenance psychique : « La contenance est la capacité d'un objet à recevoir les identifications projectives d'une autre personne, à en faire l'expérience et à s'en servir en tant que communication, à les transformer et à les renvoyer au sujet sous une forme modifiée. » (C. Bronstein & A.-L. Hacker, 2012, p.769).

2.3. La théorie de l'attachement de J. Bowlby

John Bowlby est le fondateur de la théorie de l'attachement (1969), il la développe en commençant par s'intéresser aux conséquences de la séparation entre l'enfant et sa mère. L'attachement est considéré comme un besoin vital : « Bowlby insiste bien sur le fait que l'attachement est un besoin primaire qui [...] est essentiel à la survie de l'espèce. » (R.Dugravier et A-S. Barbey-Mintz, 2015).

L'attachement est décrit par Nicole Guedeney comme : « une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes » (2011, p.5). Durant son développement un bébé va repérer une figure d'attachement à laquelle il associe une fonction protectrice et de soins nourriciers appelée le *“caregiving role”*. Cette fonction est assurée par le *“caregiver”* qui peut être la mère, le père, ou tout proche s'occupant physiquement et psychiquement du bébé. (S.Tereno et al., 2007). L'attachement est un lien qui se construit durant la première année de vie du bébé et qui reste présent toute la vie. Les figures d'attachement se modifient, évoluent et deviennent plus ou moins importantes.

L'attachement est un « système motivationnel » (N. Guedeney, 2011, p.7) ce sont un ensemble de comportements mis en œuvre dans le but d'obtenir une réponse. « Pour l'attachement, il s'agirait d'aller chercher la proximité d'un adulte. » (N. Guedeney, 2011, p.7). Le bébé dispose de comportements innés permettant d'attirer l'attention de son *caregiver* : les pleurs, les cris, les sourires, le grasping (réflexe d'agrippement), la succion. Petit à petit, ces comportements primaires vont être dirigés vers la figure d'attachement, puis ils vont se modifier dans le but d'une réponse précise de son environnement. On touche ici la notion de l'intentionnalité des comportements de l'enfant qui se construit par essais/erreurs.

John Bowlby décrit des comportements favorisant le développement de l'investissement psychique de la mère nécessaire à l'attachement : « l'échange de sourires, de signaux sensoriels et moteurs pendant l'allaitement, la solidité du portage, la chaleur du contact, le toucher et la caresse » (C. Anzieu-Premmereur, 2011).

L'attachement permet au bébé d'avoir un repère stable et lui apporte un environnement sûr. C'est par l'attachement sûr que le bébé va pouvoir développer un processus de séparation et ce, pour faire ses propres expériences : « Il existe une véritable balance dynamique entre les comportements d'attachement et les comportements d'exploration : ce n'est que quand ses besoins de proximité sont satisfaits que l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieur. » (R. Dugravier & A.-S. Barbey-Mintz,

2015). Le bébé cherche d'abord une proximité constante avec la figure d'attachement et une réassurance de sa part. Une fois cette dimension acquise, l'enfant peut s'éloigner de cette figure pour explorer son environnement.

Si l'attachement est insécurisé l'enfant aura des comportements d'évitement ou de résistances en ne cherchant pas de réconfort auprès d'autrui et en supportant difficilement les moments de séparation. (R. Dugravier & A.-S. Barbey-Mintz, 2015).

2.4. L'intersubjectivité dans l'interaction

Les interactions sont des échanges réciproques, pour qu'ils aient lieu, l'intersubjectivité est nécessaire. C'est une capacité de l'être humain décrite par Trevarthen comme innée, d'après une étude, les nouveau-nés adaptent certaines réponses en fonction des tentatives de communication de leur mère.

Tout d'abord la subjectivité est considérée comme une « conscience individuelle intentionnelle » (C. Trevarthen & K.J. Aitken, 2003, p.315), c'est-à-dire une conscience de soi, de ses capacités, de ses limites corporelles, puis une conscience de l'autre en tant qu'être différencié du moi.

Pour que l'intersubjectivité se mette en place il faut que le nourrisson puisse « adapter ou ajuster son contrôle subjectif à la subjectivité des autres » (C. Trevarthen & K.J. Aitken, 2003, p.315). Trevarthen et Hubley (1978) définissent l'intersubjectivité comme étant « une recherche délibérée du partage d'expériences sur les événements et les choses » (Stern, 2003, p.169). Le nourrisson doit pouvoir montrer à l'autre qu'il maîtrise ses actions et qu'il a intégré les potentielles conséquences qu'elles peuvent avoir sur l'autre. C'est un partage d'expériences vécu entre deux personnes, mais aussi un partage des intentions.

Deux types d'intersubjectivité sont décrites par Trevarthen :

- L'intersubjectivité primaire se développe de 0 à 6 mois, elle est centrée sur la relation mère / enfant, sur la capacité de l'enfant à accéder au vécu subjectif de celle-ci. « Le développement de cette capacité dépend de la qualité de l'accordage des interactions dans la relation entre le nourrisson et ceux qui s'occupent de lui » (H. Hargaden, 2009, p.8). Le rythme des échanges, les imitations réciproques, les gestes, jouent dans la construction de l'intersubjectivité primaire.

- L'intersubjectivité secondaire se construit aux alentours de 6 à 12 mois, et représente l'intégration d'un troisième élément : « Non seulement le nourrisson comprend l'intention de sa mère mais, sur la base de cette compréhension et du sens partagés, il peut à présent y inclure le partage des sensations et des sentiments liés à un troisième terme » (H. Hargaden, 2009, p.11). L'enfant peut alors comprendre le concept de partage d'un objet dans le vécu de deux personnes, il porte son attention à l'objet et à la mère. C'est le principe de l'attention conjointe.

L'intersubjectivité est liée à l'interaction, l'une ne peut pas avoir lieu sans l'autre : « elle consiste, pour une part, en des expériences éprouvées par l'individu, notamment dans les situations d'interaction ou de rencontre avec autrui, et, pour une autre part, en des processus objectifs d'interactions mentales entre l'individu et autrui » (N. Georgieff, 2014, p.51). Pour que l'intersubjectivité soit mise en jeu il faut que le sujet soit en interaction avec les personnes et les objets de son environnement et qu'il puisse montrer sa compréhension par une réponse adaptée.

2.5. Développement cognitif de l'enfant

Le développement cognitif de l'enfant a été étudié par de nombreux auteurs dont Jean Piaget. Il est à l'origine de la théorie constructiviste de la cognition selon laquelle l'enfant se développe par quatre stades. (M. Perraudeau, 2001).

- Le stade de l'intelligence sensori-motrice 0 à 2 ans : période où la perception de l'environnement est primaire, la représentation est absente et l'intelligence nécessite la présence d'un objet ou d'une personne.
- Le stade de l'intelligence préopératoire ou de l'intelligence symbolique 2 à 7 ans : c'est le développement du symbolisme, un objet peut être représenté mentalement par l'enfant. On observe une mise en place de jeu symbolique, l'apparition du langage, des imitations différenciées et du dessin.
- Le stade des opérations concrètes (intelligence opératoire) 7 à 12 ans : la réversibilité de la pensée est acquise par l'enfant, il peut classer, accède à la notion d'invariants mais ne peut opérer que sur du concret (impossible pour lui de raisonner dans l'abstrait).
- La période des opérations formelles 12 à 16 ans : possibilité de faire des hypothèses, de raisonner dans l'abstrait, de déduire des informations. Mise en place du raisonnement

hypothético-déductif, détachement du réel.

Ces étapes s'intègrent progressivement chez l'enfant : « Pour Piaget, les stades ne se succèdent pas linéairement, ils ne s'emboîtent pas davantage. Ils procèdent d'un niveau inférieur au niveau supérieur. Il y a [...] reconstruction, à partir de nouveaux schèmes, de conduites acquises progressivement. » (M. Perraudeau, 2001, p.62).

La pensée de l'enfant se construit par l'action qui se mentalise progressivement. « Piaget fait la démonstration que l'intelligence se construit au fur et à mesure dans l'action, le mouvement, l'imitation. [...] " C'est de l'action que procède la pensée". » (C. Potel, 2019, p.38).

Pour passer d'un stade à l'autre du développement, une interaction permanente entre le sujet et son environnement est nécessaire. Par l'interaction, l'enfant développe des schèmes moteurs (ensemble organisé de mouvements qui forment une action) qui vont lui permettre d'acquérir une motricité de plus en plus complexe et fine. Effectivement si l'enfant ne peut pas faire d'expérience motrice avec son environnement il ne parviendra pas à mettre en place ces schèmes moteurs. Cette intégration fonctionne par essai/erreur des mouvements, s'il n'y a pas d'essai le mouvement n'est pas intégré. Et donc s'il n'y a pas d'activité ni d'interaction, l'enfant ne parviendra pas à se construire psychiquement.

2.6. L'interaction : un besoin vital

Comme nous venons de l'évoquer, l'interaction est en lien avec le développement de l'enfant, elle est nécessaire à sa construction psychique et motrice. Au-delà de ce lien, l'interaction est aussi un besoin fondamental pour la survie des êtres humains.

Le bébé a besoin de quelqu'un pour s'occuper de lui : « Un bébé, ça n'existe pas. [...] Lorsqu'on me montre un bébé, ... on me montre certainement aussi quelqu'un qui s'occupe de lui, ou au moins un landau auquel sont rivés les yeux et les oreilles de quelqu'un. On se retrouve en présence d'un couple "nourrisson-nourrice" » (Harrus-Révidi, 2006, p.20). Le bébé seul n'existe pas, il a besoin que la mère prenne soin de lui physiquement et moralement. Le bébé a besoin d'affection de la part d'un adulte pour vivre.

Spitz en 1945 prouve que si un enfant est privé de sa mère lors des soins hospitaliers il est en danger. D'après C. Potel : « il ne suffit pas de nourrir, laver et soigner, il faut aussi aimer, porter, bercer, câliner ». (2019, p.37) Spitz met en avant que les soins affectifs sont

nécessaires chez les enfants hospitalisés pour ne pas que les enfants « dépérissent » (C. Potel, 2019, p.37). Une carence de ces soins est appelée syndrome d'hospitalisme.

L'être humain a besoin de relations pour exister et pour se développer.

3. L'interaction : processus qui dysfonctionne pour les enfants en situation de polyhandicap

L'enfant avec polyhandicap présente une déficience intellectuelle et une déficience motrice qui entrave grandement les interactions avec son environnement. La déficience intellectuelle empêche l'enfant de se développer au rythme des stades développés par Piaget (Inhelder). En polyhandicap, l'enfant est psychiquement considéré comme étant au stade sensori-moteur car il est atteint d'une déficience intellectuelle sévère. C'est-à-dire qu'il n'a ni accès à une représentation mentale des objets ni à une structuration de la pensée. Il est dans la perception de son environnement. (A. Poublan-Belle, 2020).

Cette déficience intellectuelle entraîne des troubles du langage. Pour les parents d'enfants handicapés, la parole est souvent attendue dans l'espoir qu'elle atténue le handicap. D'après D. Vaginay : « Les premières paroles sont attendues avec une impatience démesurée et généralement, elles sont très mal reconnues. Elles sont rares, mal prononcées et, paradoxalement, permettent de mesurer l'écart qui sépare le développement de l'enfant polyhandicapé de celui de l'enfant normal. » (2018, p.82). Ce décalage, entre les attendus de la parole et ce qu'il en est réellement, provoque chez les parents une grande déception. « Les parents vont confondre aptitudes à parler et capacité à communiquer, ce qui va se traduire par une mauvaise compréhension de l'enfant. » (D. Vaginay, 2018, p.82). Les interactions précoces entre la mère et l'enfant se trouvent alors altérées.

Ceci pose question au sujet de l'intersubjectivité. Avec un déficit d'intellectualisation de l'action et de compréhension des intentions de la mère, l'enfant aura des difficultés à anticiper les actions de la mère et à mettre en place une réponse adaptée. Effectivement « la déficience intellectuelle produit une espèce de caricature du fonctionnement en grossissant tout : les apprentissages sont plus lents, plus longs, plus frustes, les expressions sont restreintes, les émotions et les sentiments mal nuancés » (D. Vaginay, 2018, p.186). Dans la déficience intellectuelle c'est le « fonctionnement adaptatif » (Vaginay, 2018) qui est touché. Donc le bébé avec polyhandicap ne va pas mettre en lien les intentions de la mère avec les affects associés pour construire une réponse adaptée. Ce qui laisse supposer une difficulté dans la mise en place de l'intersubjectivité chez l'enfant avec polyhandicap.

La déficience motrice est aussi un grand handicap dans le développement des interactions, l'enfant polyhandicapé ne peut pas adapter ses postures et ses mouvements pour se faire comprendre, les interactions comportementales seront biaisées. Il peut donc difficilement aller à la découverte de son environnement.

Couplé à la déficience intellectuelle, les interactions avec l'environnement ne seront pas très enrichissantes pour l'enfant avec polyhandicap. D'après D. Vaginay : « La personne déficiente ne recherche pas de stratégie alternative, [...] elle procède peu par essai-erreur et assimile mal les expériences, qu'elle peut donc renouveler longuement à l'identique sans en tirer de conclusions constructives. » (2018, p.187).

On retrouve aussi des difficultés d'attachement entre la mère et l'enfant polyhandicapé dues aux représentations que les parents se font du bébé après l'annonce du handicap. « L'annonce du handicap est la plupart du temps le début d'une profonde perturbation familiale. C'est le moment où la famille doit se séparer de l'enfant imaginaire, en bonne santé, au développement normal, pour faire place à leur enfant réel qui a des problèmes d'éveil, de santé... » (A. Bataille, 2019, p.25). L'humanisation du bébé par les parents pour D. Vaginay est liée aux processus d'attachement parents/enfant. Pour un enfant handicapé elle peut être défective et donc entraîner un attachement insécurisé « elle occasionne des troubles des interactions, en raison des affects dépressifs et de l'angoisse qui débordent les parents, les troubles de l'attachement parents-enfant semblent inévitables. » (F. Michel, 2009, p.36). J. Roy souligne que le handicap mental entraîne une mise en place « ralenti » des liens d'attachement. Dans la littérature anglo-saxonne les enfants handicapés mentaux sont considérés comme plus susceptibles de développer un attachement insécurisé. (F. Michel, 2009).

Chez un enfant avec polyhandicap la déficience motrice peut aussi jouer un rôle dans la mise en place des liens d'attachement parents/enfant. Effectivement les réflexes de succion et d'agrippement observés chez le nourrisson neurotypique seront entravés chez un enfant polyhandicapé. Or comme nous l'avons vu plus haut, ce sont des comportements qui aident à la construction de liens d'attachement.

L'interaction intervient donc développement psychique et moteur de l'enfant. Elle est présente dès la naissance et permet de mettre en place des liens d'attachement entre l'enfant et sa mère. Elle joue aussi un rôle dans le développement de l'intersubjectivité. C'est un besoin fondamental pour un être humain. Chez les personnes polyhandicapées nous avons vu qu'elle ne se met pas en place de la même façon que pour un enfant neurotypique. Nous allons donc, dans la partie suivante, développer une notion qui pourrait être un moyen d'interaction adapté pour les personnes en situation de polyhandicap.

III. Le toucher

Comme je l'ai décrit, les personnes en situation de polyhandicap sont dépendantes dans les actes de la vie du quotidien et ont besoin d'un étayage de l'adulte. C'est pourquoi le toucher est au centre de l'accompagnement dans le polyhandicap. Que ce soit dans chaque acte de soin, ou encore en thérapie, le toucher est indispensable et inévitable.

1. Le système peau

1.1 Description générale

« La peau, c'est l'emballage du corps » (C.Potel, 2019, p.53) (parole d'enfant). La peau est l'interface entre l'intérieur et l'extérieur. C'est l'organe de notre corps qui est en première ligne de rencontre avec le dehors, l'environnement. C'est avec elle que nous pouvons toucher l'environnement et c'est par elle que nous en recevons ses informations.

C'est un organe qui s'étend sur environ une surface de 1,8m² chez un adulte, un des plus imposants et des plus lourds du corps humain : il représente 18% du poids de notre corps. La peau est composée de plusieurs couches :

- l'épiderme, la couche la plus superficielle, elle est assez fine et est constituée de cellules qui se renouvellent (environ tous les mois). Elle est directement en contact avec l'extérieur.
- le derme, couche solide qui permet l'ancrage de l'épiderme. Elle est constituée à 80% d'eau et permet l'hydratation de la peau. C'est la couche la plus épaisse.
- l'hypoderme, couche la plus profonde, est composée principalement de masse graisseuse. Elle est un isolant et a une structure en forme d'éponge pour permettre aux vaisseaux sanguins d'irriguer le derme.

1.2. Les récepteurs de la peau

La peau est composée de nombreux récepteurs sensoriels, que l'on estime à 50 pour 10cm², qui peuvent capter des stimuli différents selon leur type.

- Les thermorécepteurs sont sensibles à la température.
- Les nocicepteurs sont activés lors d'un stimulus douloureux : un pincement, une piqûre et des températures extrêmes
- Les mécanorécepteurs sont divisés en 5 :
 - ➔ corpuscules de Vater-Pacini et Golgi-Mazzoni captent principalement les vibrations mais aussi la pression.
 - ➔ corpuscules de Meissner répondent rapidement aux stimuli tactiles (contact,

pression).

→ corpuscules de Merkel et corpuscules de Ruffini sont sensibles à l'éirement et la pression.

Les récepteurs sensoriels de la peau nous permettent de convertir un stimulus en induction électrique qui va se propager dans un neurone sensoriel pour apporter l'information au cerveau qui va l'analyser et donner une réponse adaptée. In utero ces récepteurs sont déjà actifs et permettent au foetus de s'adapter aux différents stimuli. « La peau est équipée pour répondre à tous ces stimuli avec une efficacité extraordinaire ». (A. Montagu 1979).

1.3 Les fonctions de la peau

Pour Ashley Montagu quatre notions se dégagent, la peau :

- protège des éléments extérieurs et permet d'éviter les intrusions.

Quand la peau est ouverte, nous sommes vulnérables aux éléments extérieurs. « De tous les organes des sens c'est le plus vital : on peut vivre aveugle, sourd, privé de goût et d'odorat. Sans l'intégrité de la majeure partie de la peau, on ne survit pas ». (D. Anzieu, 2006, p.35).

- est un organe sensoriel.

Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, la peau est un organe sensoriel complet qui nous renseigne sur les stimuli extérieurs. Elle est le lieu d'échange entre l'intérieur et l'extérieur de notre corps. Par la peau nous percevons le monde.

- régule la température corporelle.

- réalise des fonctions métaboliques.

La peau participe dans le métabolisme des réserves de graisses, de sel et d'eau.

La peau assure donc des fonctions physiologiques essentielles au bon fonctionnement de l'organisme. C'est un organe nécessaire à l'adaptation de l'organisme à son environnement.

La peau assure aussi une fonction de contenance, elle contient les organes, les muscles, le squelette à l'intérieur du corps. Nous développerons cet aspect contenant dans la partie qui relève du toucher.

2. Le toucher

2.1. Définition et généralités

Le toucher est un des sens de notre organisme, il est défini par le Larousse (2010) par l'action de « mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur, etc. » ou encore « être, entrer en contact physique avec quelque chose, quelqu'un. » Ici nous observons le caractère physique du toucher qui est induit principalement par nos doigts, nos mains, parties du corps qui engagent le plus souvent cette action de toucher. Mais la peau est l'organe du toucher, l'ensemble de la peau peut apprécier ce sens.

Dans notre société, le toucher est souvent en proie à l'interdit. « Le toucher, parmi tous les sens, apparaît comme le plus réprimé, du moins dans notre société occidentale. » (J. Savatofski, 2016, p.11). Dans notre éducation on nous apprend à respecter les distances entre les personnes, à ne pas toucher ce qui ne nous appartient pas. Le toucher peut avoir une connotation sexuelle qui accentue cet interdit.

Cependant le toucher est étudié par de nombreux auteurs pour ses bienfaits et son rôle dans le développement de l'enfant. Différents types de toucher existent, ils n'ont pas la même fonction selon l'intention qui les motive. Le toucher implique une dimension de « réciprocité : on ne peut toucher l'autre sans être touché soi-même par cet autre (au sens propre et figuré) » (C. Pagano 2020, p.182). Le contact physique entre deux personnes engage une intimité des deux personnes. « De tous nos sens, le toucher est le plus personnel » (E.T. Hall, 1971, p.85).

2.2. Le toucher dans le développement de l'enfant

2.2.1. Le toucher autour de la naissance

Le toucher est le premier des sens à apparaître chez l'embryon humain. « Les terminaisons nerveuses des récepteurs cutanés sont présentes dès 8-9 SA dans la région orale et péri-orale, ce qui induit que les fœtus avortés manifestent des réponses motrices à l'effleurement de la lèvre supérieure. » (F. Jeune et E. Gentaz, 2013, p.36). Donc avant les autres sens le toucher est déjà en éveil.

« En grandissant, le fœtus peut percevoir le liquide amniotique qui l'entoure ce qui va lui donner une première impression d'enveloppe. » (A. Mailharrin, 2015, p.11). Les mouvements

de la mère et les vibrations induites par sa voix sont aussi perçus par le fœtus. Les récepteurs de la peau sont déjà sensibles à ces stimuli.

À la naissance, le bébé est soumis à un changement d'environnement, le contact qu'il avait avec l'intérieur du ventre de la mère se rompt. Pour pallier à cela, il est aidé par l'adulte qui va de suite l'envelopper dans des couvertures et le mettre au contact de la mère. Des études de F.S. Hammett (1921-1922) prouvent que les animaux ont un comportement semblable à celui-ci. « Les mamans lèches leurs bébés à la naissance, le contact avec ceux-ci est nécessaire à leur survie. » (A. Montagu 1979 p.39)

2.2.2. Winnicott le handling et le holding

Les interactions corporelles entre la mère et le bébé sont importantes pour la structuration du corps et de l'esprit pour ce dernier. Le holding et le handling sont deux notions décrites par Winnicott (1962).

Le *holding* représente la façon dont le bébé est porté, la façon dont la mère tient le bébé et lui apporte les soins. Ce terme vient de l'anglais *hold* qui signifie tenir. Anzieu raccroche le holding à une fonction du Moi-Peau : la maintenance. En tenant physiquement l'enfant, en le portant, la mère lui apporte une maintenance psychique. Elle apporte une base de maintien solide et sécurisante qui permet au bébé de se sentir unifié et rassuré. « L'enfant en retire un sentiment de continuité d'être. C'est sur la base de cette continuité d'être que le potentiel inné de chaque enfant se développe selon sa propre ligne. » (C. Boukobza, 2003, p.65). Ce sentiment de continuité d'exister permet à l'enfant dans un second temps de se différencier d'autrui, s'il se sent exister alors il est indépendant de l'autre.

Le *handling* quant à lui, correspond à la manière dont le bébé est manipulé par sa mère, comment les soins dont il a besoin lui sont apportés. Selon D. Anzieu cette fonction correspond à la fonction contenante du Moi-Peau. Les soins donnés par la mère vont permettre à l'enfant de ressentir les limites de son corps. Dans les toilettes, le nourrissage, l'habillage, le bébé va ressentir des stimuli tactiles. La peau est perçue par le bébé comme un « sac » dans lequel il est emballé. Par cette fonction contenante le processus d'individuation va aussi pouvoir se développer. En effet, une construction du Moi émerge des sensations externes qui sont intégrées. « Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoce de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (D. Anzieu, 2006, p.61). Ce sont donc, ces interactions corporelles, ce

contact entre la mère et l'enfant qui vont permettre à l'enfant de se construire corporellement et psychiquement.

La construction du Moi implique une différenciation entre le Moi et autrui, qui permet le processus d'individuation. Seulement pour pouvoir être différencié d'autrui il faut pouvoir contenir ce que l'on est à l'intérieur de notre corps. C'est pour cela que la fonction contenante de la peau est importante.

2.2.3. Le dialogue tonico-émotionnel

Le contact peau contre peau entre la mère et l'enfant permet un accordage tonico-émotionnel des deux personnes avec une notion développée par J. De Ajuriaguerra (1977) : le dialogue tonico-émotionnel. La notion de dialogue tonique est abordée pour la première fois en 1930 par Wallon. Pour J. De Ajuriaguerra c'est « un reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité de transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge ». (M-S. Bachollet et D. Marcelli, 2010 p.14). Ce terme englobe les contacts peau à peau de la mère et de son bébé.

Le corps est le seul moyen de communication du nourrisson, il va alors s'exprimer par son tonus, ses cris, et ses mouvements, ils seront interprétés par la mère qui va ajuster ses réponses en fonction du comportement. Inversement, dans les bras de sa mère, le bébé est capable de percevoir la tonicité du corps de la mère, sa voix, le rythme de ses mouvements et ses mimiques. Si le comportement de la mère évoque du stress ou de la colère, alors le bébé va ressentir les tensions et les expressions de cette émotion et son corps s'accordera à ce qu'il percevra. Nous observerons des événements similaires pour un comportement apaisé.

Il est relaté ici une réciprocité des échanges corporels. Un dialogue qui passe par le corps s'installe entre la mère et le bébé. Ceci permet au bébé de percevoir plusieurs états corporels qui sont en lien avec des émotions, et donc de les différencier. Les émotions ressenties par le bébé sont étayées par la mère, ce qui le rassure. Un bébé qui pleure sera mis au contact physique avec la mère, porté, cajolé, réconforté.

On peut donc dire que ce dialogue corporel joue un rôle dans la construction psychique du bébé, surtout au niveau affectif.

2.2.4. Toucher dans le développement moteur de l'enfant.

L'enfant « touche à tout » pour découvrir le monde qui l'entoure. Nous avons évoqué plus haut avec Piaget et le stade sensori-moteur, le toucher pour découvrir. L'enfant passe par le sensoriel pour développer sa motricité. Au début, le bébé va porter les objets à sa bouche, c'est le premier lieu d'exploration. Puis sa motricité fine va se développer et il pourra enrichir ses expériences tactiles tout en découvrant les particularités des objets. (J-J. Ghedighian-Courier, 2006). Il a besoin de passer par le toucher pour percevoir les relations spatiales, les distances, la profondeur, la hauteur, les formes et les textures. « L'enfant construit la réalité du monde extérieur, sa forme, sa configuration, son espace, les images qui en émergent et leur environnement à partir des éléments de construction qui lui sont fournis par son expérience, par la perception de tous ses sens, mais toujours avec la suprématie du toucher qui évalue, mesure, classe et met en relation ces sensations les unes avec les autres ». (A. Montagu, 1979, p.150).

Le bébé dans une première intention va explorer les objets par la zone orale, avant d'utiliser le toucher. « Au début, il aura tendance à les porter à sa bouche, comme lorsque toucher et goûter ne faisaient qu'un, mais très vite la mobilité de ses doigts et l'habileté de ses mains le dirigeront vers une pluralité d'expériences. » (J-J. Ghedighian-Courier, 2006, p.21).

Pour Y. Hatwell le regard entre aussi en jeu dans cette exploration « la motricité est au service de la perception pour exécuter des mouvements exploratoires. » (2003, p.89) C'est une « perception à distance » qui permet de motiver l'enfant à se déplacer pour toucher les objets et donc les découvrir. L'acquisition de la coordination visuo-manielle est importante pour la découverte de l'environnement du bébé.

« Au fur et à mesure que l'enfant découvre les multiples possibilités que lui offre la mobilité - le plaisir de bouger et d'entrer en contact avec tout ce qui sollicite sa curiosité -, ses besoins de réassurance diminuent. » (J-J. Ghedighian-Courier, 2006). Effectivement, l'enfant qui d'abord demande de l'attention, une certaine proximité avec la figure d'attachement, va progressivement acquérir une autonomie, et ce par le plaisir de découvrir par les expériences motrices.

Les impressions tactiles sont donc importantes dans le rapport de l'enfant à découvrir le monde. Mais elles jouent aussi un rôle dans la sécurité affective.

Nous avons dans cette partie développer la notion de toucher qui est, comme l'interaction, une composante importante de la construction psychique et motrice de l'enfant. C'est par ce sens que se développe un sentiment d'unité corporelle, une contenance physique et une maintenance psychique.

Nous avons montré que le polyhandicap engendre de grandes difficultés motrices, cognitives et interactionnelles. Nous allons maintenant lier, dans une dernière partie, les aspects cliniques autour du « toucher contenant, toucher nourrissant® » à l'interaction, en nous appuyant sur les points théoriques que nous avons développés.

Partie 3 : La discussion

Nous allons développer dans cette partie les aspects du toucher en lien avec l'interaction. Nous allons voir comment à partir du « toucher contenant toucher nourrissant® » une interaction peut en découler en séance de psychomotricité. Mais nous allons aussi aborder en quoi cette interaction par le toucher peut amener à une ouverture au monde et à l'environnement matériel.

I. À partir du toucher un lien se crée

1. Proxémie et polyhandicap

L'accompagnement de la personne avec polyhandicap nous renvoie constamment au concept de proxémie. La dépendance qu'implique le polyhandicap nécessite un toucher de l'adulte et des soignants dans les soins et les actes de la vie quotidienne. La proxémie est un terme employé par E.T Hall « pour désigner l'ensemble des observations et des théories concernant l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique » (1971, p.13).

Edward T. Hall (1996) décrit un code de la proxémie illustrant les espaces et les distances de rencontre. Il évoque quatre grands types de distance dans lesquelles se distinguent le mode proche et le mode éloigné :

- La distance intime évoque une proximité corporelle, où tous les signaux du corps peuvent être perçus par l'autre (odeur, chaleur, respiration). En mode proche, elle correspond au contact physique entre les deux personnes, elle est souvent utilisée pour la lutte ou les actes sexuels, la parole n'a pas lieu à cette distance. En mode éloigné (15 - 40 cm), les parties intimes ne sont pas en contact, et le silence laisse place au murmure. Une distance intime entre deux inconnus serait ressentie pour intrusive. Cette distance implique une relation de confiance entre les deux individus.

- La distance personnelle proche (45 à 75 cm) et lointaine (75 à 125 cm), sépare deux individus « sans-contact ». C'est une distance élaborée par une sphère imaginaire que l'on établit autour de nous, une sphère protectrice à l'inconnu. Les détails du corps de la personne sont perçus mais les odeurs, respiration et chaleur sont moins perceptibles. La

hauteur de la voix peut être basse, seulement destinée à la personne à qui l'on s'adresse.

- La distance sociale en mode proche (1.20 à 2.10m) et en mode lointain (2.10 à 3.60m) est utilisée pour les rapports entre professionnels au travail, la hauteur de la voix est normale et le sujet est entier dans notre champ de vision. Il n'est plus à portée de bras, le toucher est complètement exclu de cette distance.
- La distance publique proche (3.60 à 7.50m) et lointaine (au-delà de 7.5 m) n'engage plus un rapport de deux personnes mais d'une à plusieurs personnes. La voix porte beaucoup plus, on retrouve cette distance lors de discours formels, avec l'orateur qui est positionné de préférence debout. (Hall, 1971)

Le toucher engage une certaine proximité, les corps doivent se rapprocher. Toucher une personne et être touché implique l'entrée dans une distance intime. « La petite sphère protectrice, ou bulle, qu'un organisme créerait autour de lui pour s'isoler des autres » (E.T. Hall, 1971, p.150) propre à la distance personnelle doit être rompue. « Nous sommes donc dans une proximité corporelle qui nécessite une confiance mutuelle, et qui met en jeu les sens des deux personnes et donc un échange corporel. » (M. Aycaguer p.53). Le toucher implique une intimité, c'est un sens « personnel » (E.T. Hall, 1971).

Lors de ma troisième séance avec Dorian, il m'avait repoussée pendant que je réalisais les stimulations vestibulaires issues de l'approche de « stimulation basale ». C'était peut-être pour lui trop intrusif. Il ne me connaissait pas, ne reconnaissait pas mon toucher et a pu en s'exprimant avec son corps me faire comprendre son mal être. Il a certainement distingué que mon toucher n'était pas semblable à celui de la psychomotricienne qu'il connaissait

2. Une rencontre et une interaction par le corps

Dès la naissance, le toucher est une source d'information, de communication et de relation sans laquelle le bébé ne pourrait se développer psychiquement et physiquement de façon sûre. « Tout cela se communique à l'enfant par la peau, dans les premiers mois de sa vie, et se renforce progressivement, à mesure que l'enfant grandit, par la nourriture, par les contacts visuels et sonores. » (A. Montagu, 1979, p.132). L'enfant rencontre le monde par le toucher, à la naissance il est pris dans les bras, il est nourri et bercé. Une relation se crée entre la mère et l'enfant par le toucher.

Les codes sociaux (surtout Français) donnent une dimension de rencontre au toucher. Il permet d'entrer en contact avec une personne, d'amorcer l'interaction. « Nous communiquons par le toucher, dès la première rencontre par la poignée de main, l'accolade ou la "bise". Le toucher intervient dans nos relations selon le degré d'intimité que nous avons avec l'autre ». (E. Cataix-Nègre, 2017, p.9).

Pour J. Savatofski le toucher apparaît indispensable et « permettant une communication plus authentique et non plus seulement verbale » (p.3). Le toucher : « c'est souvent même le dernier moyen de communication avec les personnes en fin de vie, mais aussi avec toutes celles qui souffrent ou qui ne peuvent communiquer par la parole » (J. Savatofski, 2016, p.11). Le toucher est ici abordé comme un moyen d'entrer en communication avec une personne qui n'en serait pas capable verbalement, et donc de créer une relation avec celle-ci.

Les personnes en situation de polyhandicap possèdent le toucher comme canal sensoriel étant le plus fiable. Elles n'ont pas accès au langage verbal, et c'est donc par le toucher qu'une interaction peut être amenée.

II. Le « toucher contenant, toucher nourrissant® » dans l'interaction...

1. ...avec soi...

Les personnes porteuses de polyhandicap ont souvent une perception biaisée de leur intégrité corporelle. Le manque de stimulation du corps dû à un déficit moteur entraîne une altération de l'intégrité des limites corporelles et de la conscience d'un corps unifié. Une personne qui est amenée à rester immobile pendant un long moment perçoit moins précisément les limites de son corps. C'est avec le mouvement que nous ressentons notre corps. « Les petits changements de position, de pression et d'équilibre nous signalent toujours où se trouve notre corps dans l'espace et nous permettent de conserver notre unité corporelle par le mouvement » (C. Pagano, 2020, p.135).

Dorian est amené à vivre des moments d'immobilité durant sa journée étant donné sa position assise au fauteuil et son manque de motricité volontaire. C'est pourquoi les stimulations issues du « toucher contenant, toucher nourrissant® » aident Dorian à prendre conscience de son corps, de ses limites. Le corps paraît comme unifié et ressenti comme un tout. Dorian est, comme je le décrivais, très réceptif à ces stimulations, il esquisse des

sourires et paraît apaisé après les propositions. Les gestes et les techniques issus de l'approche en stimulation basale semblent lui permettre de renouer les sensations avec son propre corps.

Les appuis au sol et les pressions profondes que nous proposons pour Tom amènent un calme chez lui. Ces appuis permettent à Tom d'avoir son corps qui repose sur le sol, un point d'ancrage. Cette sensation amène à percevoir le volume du corps, et les limites corporelles. Tom ressent alors tout son corps.

Ici nous retrouvons le besoin de contenance psychique de Dorian et de Tom, qui passe par un toucher, pour éprouver une réassurance corporelle. C'est une « maintenance » du psychisme (D. Anzieu, 2006) qui fait référence au *holding* maternel : « la mère qui garantit au bébé son unité corporelle, notamment par le contact de ses mains sur la peau, ainsi que par le portage, va permettre à l'enfant de faire l'expérience de sa solidité et de son unité. » (C. Potel, 2017, p.38). Cet éprouvé de maintenance psychique donné par les appuis et les stimulations amène un sentiment de continuité d'exister à cet enfant et ce jeune en situation de polyhandicap. Dorian et Tom ont besoin d'un portage psychique qui est apporté par le toucher de la psychomotricienne pour retrouver une relation avec leur propre corps.

2. ...et avec l'autre

2.1. Une rencontre par le toucher

Dans la « stimulation basale » le toucher est au centre de la rencontre (C. Pagano, 2020). Avant de commencer les stimulations, un toucher « signifiant » est amené sur une partie du corps, il fait partie des temps de rencontre expliqué par C. Pagano. : « les trois temps de la rencontre (un toucher signifiant, un début et une fin) est un principe de base (non protocole ou une règle) car chaque personne est singulière (une personne acceptera comme premier contact un toucher sur l'épaule alors qu'une autre préfèrera un contact sur la cuisse) » (2020, p.183). Le toucher est propre à chacun et Dorian comme Tom ressentent les différences entre le toucher de la psychomotricienne, celui d'Emma et le mien. Ces stimulations somatiques, vestibulaires et vibratoires, nous ont permis avec Emma de pouvoir entrer en interaction avec Tom et Dorian.

Dorian n'a pas accès à la parole et il présente une surdité moyenne qui le rend moins sensible à nos voix. Le toucher devient alors un moyen d'interaction privilégié chez Dorian. C'est par ce canal sensoriel que nous avons pu, Emma et moi-même, créer une interaction

chez Dorian. Les stimulations amènent des regards, des sourires, Dorian peut parfois attraper le bras de la psychomotricienne. C'est un geste qui montre une réelle interaction, il découle du toucher de la psychomotricienne sur Dorian. Lors des percussions, Dorian s'exprime par sa voix et un dialogue peut s'instaurer, il répond à nos stimulations. Ces interactions avec Emma ou avec moi, sont apparues après plusieurs séances. Dorian ne nous connaissait pas, il a dû s'adapter à notre toucher. A la fin de l'année Dorian semble nous avoir intégrées dans les séances de psychomotricité. Ce processus d'intégration a été accompagné par le toucher.

Dans le cas de Tom, qui est un garçon plutôt méfiant envers les nouvelles personnes, un temps d'adaptation est aussi nécessaire avant de nous intégrer, Emma et moi. C'est par le toucher qu'une relation de confiance a pu s'installer avec Tom. De séances en séances, il était de plus en plus réceptif à ce que je proposais. À présent, lors des stimulations vestibulaires et vibratoires, un jeu peut s'installer entre Tom et moi, il rit, il fait des sons avec sa bouche lors des percussions. Il accepte le toucher que je lui propose et y répond de façon adaptée.

Il me semble que ces stimulations ont été une approche qui correspond aux différents modes de fonctionnement de Dorian et de Tom. Elles ont permis de nous intégrer à la séance de psychomotricité et d'entrer en interaction avec cet enfant et ce jeune en situation de polyhandicap.

Les « contes massés® » ont aussi joué un rôle dans l'interaction avec Tom. Pendant cette proposition, nous remarquons que la posture de Tom change, son dos est disponible pour recevoir des stimulations. De plus, son regard concentré montre qu'il est attentif et concentré sur ses sensations. Lors de la chanson « ah les crocodiles », pour représenter le Nil, je place deux doigts de chaque côté de la colonne vertébrale. Je pars du haut de son dos et je redescends doucement jusqu'à la zone sacro-iliaque. Ce mouvement a de suite procuré chez Tom un redressement de sa colonne vertébrale. Mon toucher a apporté des modifications dans son corps.

2.2. D'être touché à toucher

Tom a montré pendant cette année une réelle évolution lors des propositions que nous avons mises en place autour de l'acceptation de toucher l'autre. Nous avions pour objectif de l'emmener à nous toucher par les « contes massés® » en les réalisant sur notre dos. Nous n'avons cependant pas eu le temps ni les conditions pour mettre en place cette

évolution de l'activité. Cependant une activité d'aïkido, que nous avons pratiquée trois fois au cours de l'année, a permis de noter une progression de Tom.

En milieu d'année (le 14 janvier), nous avons introduit une activité d'aïkido. Pour réaliser cette activité une personne se place derrière Tom sur genoux levés en étayage pour que Tom tienne dans cette position. Une autre personne est aussi genoux levés en face de Tom. La personne en face de Tom lui tient les poignets. Le but est que, dans un mouvement de bras, Tom se défasse de cette emprise pour faire basculer la personne en face sur le côté, et qu'elle tombe au tapis. Une fois les deux côtés réalisés, les rôles s'inversent. Cette activité est amenée pour inciter au toucher. Tom s'est habitué à recevoir notre toucher et maintenant c'est à lui de nous toucher. Lorsqu'on se fait tomber, on insiste sur le fait qu'on ne lâche pas les prises. Tom doit nous tenir les poignets et on doit rester en contact avec lui. Une fois au sol celui qui a fait tomber l'autre l'aide à se redresser. Dans cette activité le toucher est bienveillant, nous amenons Tom dans une ouverture de ses bras pour réaliser l'action de faire tomber. Il apprend à se réceptionner dans sa chute et à pousser l'autre tout en l'accompagnant. Le but est l'acceptation dans l'action de tenir l'autre et d'être tenu dans le mouvement.

La première fois que nous réalisons cette activité Tom découvre les mouvements. La position à genoux levés est difficile pour lui, il éprouve aussi une difficulté à aller vers la personne qu'il doit faire tomber. Son visage est plutôt crispé mais il n'exprime pas de mal être. Pour cette première fois, c'était Emma et la psychomotricienne qui ont réalisé l'activité avec Tom.

Un mois plus tard nous recommençons cette même activité avec Emma en étayage et moi en face de Tom. La position de genoux levés est mieux acceptée, Tom se laisse tomber au sol de manière plus fluide. Cependant il demande plusieurs fois à la psychomotricienne une réassurance et une contenance en demandant verbalement des câlins. Il me semble que cette activité met Tom en difficulté au niveau de l'équilibre, mais aussi du toucher. Aussi lors de cette séance la psychomotricienne ne participait pas à l'activité, ce qui l'a peut-être perturbé.

La troisième et dernière fois que nous avons proposé cette activité à Tom, il attrape mes poignets sans l'aide de Emma qui est en étayage dans son dos. Il referme volontairement ses doigts sur mes poignets, chose qu'il ne faisait pas auparavant. De plus, Emma ressent une intention de sa part dans son geste pour me faire tomber au sol. Il va vers moi et accepte mieux le déséquilibre. Tom se détend au fur et à mesure des essais, il rit avec nous.

À travers cette activité, nous ressentons les bienfaits du travail effectué tout au long de l'année autour du toucher : les appuis au sol, les stimulations issues de l'approche "stimulation basale" et les « contes massés® ». Tom s'ouvre aux autres, il réussit à accepter d'aller vers l'autre et de le toucher.

III. En quoi le toucher permet une ouverture sur le monde et une interaction avec l'environnement.

1. Une contenance permettant une ouverture

Dorian utilise souvent sa voix en exprimant des sons réguliers et plutôt forts. Les vibrations liées à ces sons semblent apporter à Dorian une stimulation, par laquelle il ressent tout son torse. Lors des stimulations, nous avions remarqué que Dorian préférait celles au niveau du tronc. Nous pensons que c'est la contenance offerte par les propositions qui apaisent Dorian. L'intégration des limites corporelles et la prise de conscience de son unité corporelle lui permet de relâcher cette auto-stimulation vocale et donc de pouvoir s'ouvrir aux autres informations sensorielles de son environnement.

Tom a une posture de regroupement, ce qui l'incite à un repliement sur lui-même. Tom n'adopte pas seul une ouverture de son corps. Pour être dans une ouverture corporelle, Tom a besoin d'un étayage de l'adulte. Avec les appuis et les stimulations que nous lui proposons, Tom se relâche, ses jambes se déplient, ses bras s'allongent le long de son corps. Toute sa posture est plus détendue et plus ouverte à l'environnement. Cette ouverture corporelle permet aussi une ouverture psychique. La contenance apportée lors de ces stimulations permet à Tom d'avoir une sensation sûre au niveau corporel et donc il peut s'ouvrir à l'environnement.

« Proposer de vivre des expériences au quotidien dans ces trois domaines de manière structurée, simple et répétée, permet aux personnes en situation de polyhandicap de "s'ouvrir" à un monde signifiant, rassurant, sécurisant et compréhensible, qui leur donnent une place de sujet à part entière. » (C. Pagano, 2020, p.54). Cette contenance physique des limites est abordée par le *handling* maternel qui permet la perception de l'intégrité de l'enveloppe corporelle. La réassurance physique du corps vécu comme unifié permet à Dorian et Tom de pouvoir aller explorer leur environnement.

2. Partir du toucher pour découvrir l'environnement

2.1. Le dialogue tonique dans l'étayage

Tout au long de l'année nous avons fait découvrir à Dorian des textures, des jeux, des objets. Pour explorer, agir et interagir avec le monde qui l'entoure, Dorian a besoin d'un étayage physique et verbal. C'est avec notre toucher, un appui au niveau de la main et du bras que nous pouvons l'aider dans cette découverte de son environnement. Pour l'aider du mieux possible, nous devons percevoir les recrutements toniques aussi minimes qu'ils soient, pour étayer le mouvement que Dorian ébauche. Nous pouvons ainsi amplifier le geste et lui permettre d'atteindre son objectif. En montrant à Dorian qu'il est capable de découvrir et d'agir sur son environnement, il a pu prendre confiance en lui et ouvrir son champ d'intérêt.

Pour Tom, les jeux d'exploration d'objets et d'activités motrices nécessitent aussi un étayage de notre part. De la même façon que celle décrite avec Dorian, nous l'amenons à réaliser les gestes qu'il souhaite effectuer dans son environnement.

Le dialogue tonique (Ajuriaguerra) intervient grandement dans l'étayage de la personne avec polyhandicap. Des échanges se font à travers le corps et nous permettent d'accompagner l'enfant dans son vécu corporel. Comme nous l'avons abordé dans la partie théorique, il est présent entre le nourrisson et sa mère : « La notion de dialogue tonique, due à Wallon et développée par Ajuriaguerra [1962]. Elle désigne l'ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la manière dont le bébé y répond ; il y a ainsi une véritable interaction entre les postures des partenaires et donc entre le tonus musculaire de chacun d'eux. » (S. Stoléru & S. Lebovici, 2004, p.321).

« Le dialogue tonico-émotionnel est alors la capacité d'échange de la mère, activée et renforcée par la capacité d'échange du bébé. » (E. Mothe, 2015, p.21). Il donne des indications sur le vécu corporel de l'autre et permet un accordage tonique entre les deux personnes.

Pour étayer les activités motrices de Dorian et de Tom, une interaction par le toucher intervient via le dialogue tonique.

2.2. Sécurité affective et exploration

Nous observons un besoin de contenance chez Dorian lors de l'exploration de son environnement. Quand une main est actrice l'autre a besoin d'être maintenue par le thérapeute. C'est un besoin d'ancrage psychique, le toucher à l'autre permet de trouver une stabilité pour pouvoir explorer.

Lors d'une exploration des objets, j'ai remarqué que Tom avait besoin d'être dans une position stable et confortable, mais surtout d'être rassuré par les personnes autour de lui. Il éprouve une certaine méfiance envers les nouveaux objets et a besoin d'être en interaction avec une personne de confiance pour les découvrir. Notre étayage est nécessaire pour qu'il soit en relation avec l'environnement. Il a besoin d'être stable dans ses appuis et affectivement sûre pour explorer les objets autour de lui. Nous pouvons le remarquer dans la position quatre-pattes où Tom se retrouve en difficulté. Le maintien physique de la psychomotricienne lui est indispensable dans cette position qui lui paraît instable.

Nous rejoignons ici la notion de contenance de W. Bion qui est mise en place par la fonction de la mère qui contient et rend assimilable les expériences de son bébé. Ici la psychomotricienne étaye verbalement et physiquement les mouvements de Dorian et Tom, ce qui joue un rôle de contenance au niveau psychique. Ce soutien est exprimé par la recherche d'un contact peau contre peau.

Ce contact par le toucher est retrouvé dans les liens d'attachement parents-bébé de Bowlby, le bébé cherche d'abord une proximité et une sécurité affective envers la figure d'attachement. Puis quand les bases de l'attachement sont assez solides, l'enfant peut s'en défaire pour explorer son environnement. C'est ici le schéma retrouvé, où Dorian et Tom ont encore besoin de cette interaction et de cette contenance apportée par l'adulte, avant de pouvoir explorer seul l'environnement.

3. Émergence du soi et individuation face à l'interaction par le toucher

En vivant des expériences corporelles, l'enfant va pouvoir trouver une réassurance affective et corporelle. La contenance, le nourrissage sensoriel du corps par des stimulations et les interactions apportées vont contribuer en une construction du Moi.

Stern parle d'un sens du soi émergent puis d'un sens du soi noyau :

- Le sens d'un soi émergent apparaît à partir de 2 mois : « le nourrisson fait l'expérience de l'émergence d'une organisation » (Stern, 2003, p.68). À partir d'apprentissages une organisation se met en place en commençant par le corps. Le nourrisson a ainsi les capacités pour se construire en tant qu'individu.
- Le sens d'un soi noyau s'observe vers 2, 3 mois. Le nourrisson traverse une phase d'indifférenciation, puis de différenciation par rapport à l'autre, une relation « duelle » est installée entre lui et sa mère. « Cet état d'unité duelle est postulé comme le fond à partir duquel le nourrisson se sépare et s'individualise progressivement pour arriver à un sens de soi et de l'autre. » (Stern, 2003, p.97).

Effectivement, l'enfant fait d'abord l'expérience d'une relation de « symbiose » avant de pouvoir se détacher et d'acquérir ainsi une autonomie. « A partir de ces sentiments intérieurisés, l'enfant peut intégrer et différencier ce qui est de son monde interne du monde externe. Par-delà, l'enfant peut commencer à exister même en l'absence d'autrui. Il peut alors partir à l'exploration de son environnement et de soi-même. Le détachement, l'individuation et la prise d'autonomie deviennent envisageables. » (A. Drouet, 2015, p.13). L'enfant se construit autour du toucher et des relations avec l'autre. C'est par ce sens qu'il s'ouvre à son environnement.

C'est ce que l'on recherche à faire vivre à un enfant avec polyhandicap : des sensations corporelles sécurisantes dans le but d'acquérir une certaine autonomie de pensée. Cette autonomie est difficile à acquérir, un étayage du thérapeute sera toujours indispensable. Mais les progrès de ces enfants et adolescents sont possibles et un sentiment d'individuation est amené.

Lorsque Tom parle de lui-même c'est uniquement à la troisième personne. Il n'a pas accès au « moi » ni au « je ». Nous l'avons amené par des comptines autour du « moi je », « toi tu » à utiliser ce pronom personnel qui est un tournant dans l'intégration d'une individuation chez l'enfant. Les paroles des comptines sont accompagnées de gestes correspondant aux mots. Par exemple pour « je suis là » Tom devait nous toucher ou nous le touchions pour désigner la présence de l'autre. Un jour en fin de séance, suite à une question que nous posons à Tom : « Qui c'est le champion ? » Il nous répond « c'est moi ».

Le travail autour de cette individuation est à continuer pour Tom, mais ce premier signe semble montrer que le processus d'intégration du Moi commence pour lui. De par toutes les propositions autour du toucher, des comptines et de l'incitation à aller vers l'autre, Tom se construit progressivement.

Le « toucher contenant, toucher nourrissant® » se trouve être une approche qui correspond aux besoins des personnes polyhandicapées. Elle permet de les ramener à des sensations corporelles rassurantes et unifiantes, tout en les incitant à s'ouvrir à leur monde environnant. Pour Dorian les auto-stimulations se calment, et il s'intéresse aux activités proposées tout en y prenant plaisir.

Pour Tom, il est amené à interagir par le toucher avec les personnes de son entourage et dans une construction identitaire par une individuation.

Conclusion

À travers ce mémoire, je me suis questionnée sur l'importance de l'interaction par le toucher dans la prise en charge psychomotrice de la personne polyhandicapée. Nous avons montré que ces deux notions sont grandement impliquées dans le développement de l'enfant. Elles permettent une construction harmonieuse du physique et du psychisme d'un individu.

Les personnes porteuses de polyhandicap ont de nombreuses difficultés à entrer en interaction avec leur environnement physique et humain. Le toucher se trouve au centre de leur accompagnement, c'est pourquoi il est important de l'utiliser en séance de psychomotricité.

Dorian et Tom ont des profils assez différents mais le toucher est pour eux un moyen d'interaction avec lequel ils ont pu évoluer. Nous avons mis en évidence que le « toucher contenant, toucher nourrissant® » est une approche qui correspond aux besoins de cet enfant et de ce jeune adulte en situation de polyhandicap. Pour Dorian comme pour Tom, elle a permis de créer une relation humaine et avec leur environnement. Le contact physique m'a permis de les découvrir et d'apprendre à les connaître. De même, ils ont accepté, grâce au toucher, de me découvrir et de m'intégrer dans les séances de psychomotricité.

Cela n'a pas toujours été facile d'être au contact de ces personnes démunies. Les évolutions sont longues et complexes. Parfois, je ne me suis pas sentie à la hauteur pour les accompagner, tant l'interaction est difficile à créer. Au fil des séances, j'ai appris l'importance de la répétition de cette approche autour du toucher. Même si une réponse adaptée de ces personnes n'est pas toujours présente, elle contribue au bien-être de la personne.

Ce stage m'a aidée à comprendre cette population et à porter un autre regard sur la personne polyhandicapée. J'ai pu interagir avec elle, dans le but d'apporter un bien-être physique et psychique. J'ai acquis des pistes et des outils pour me construire en tant que future psychomotricienne et enrichir « mon savoir-faire » et « mon savoir-être » en tant que future thérapeute.

Bibliographie

Anzieu, D. (2006). *Le moi-peau*. Dunod.

Anzieu-Premmereur, C. (2011). Fondements maternels de la vie psychique. *Revue française de psychanalyse*, 75(5), 1449-1488. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2011-5-page-1449.htm>

Aycaguer, M. (2018). *Les enjeux du toucher, dans le cadre de la psychomotricité auprès des adultes en situation de polyhandicap*. [Mémoire, Université de Bordeaux]. Dumas.

Bachollet, M-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, (49), 14-19. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-4-page-14.htm>

Bataille, A. (2019). *Pour les enfants polyhandicapés une pédagogie innovante*. Erès.

Bertrand, S. (2011). Incidence du développement de la conscience parentale de l'autre-bébé" durant la grossesse sur la qualité des interactions précoce (0-3 mois). *La psychiatrie de l'enfant*, 54, 355-432. <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2011-2-page-355.htm>

Boukobza, C. (2003), La clinique du holding illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-heron*, (173), 64-71. <https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2003-2-page-64.htm>

Bronstein, C., Hacker, A-L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3):769 à 778. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2012-3-page-769.htm>

Cataix-Nègre, É. (2017). *Communiquer autrement: accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage* (2e édi.). De Boeck Supérieur.

Drouet, A. (2015). *Se mouvoir dans la relation pour devenir soi. Le mouvement comme soutien à l'individuation. Son apport dans la pratique psychomotrice auprès de l'enfant polyhandicapé*. [Mémoire, Université de Bordeaux]. Dumas.

Dugravier, R. Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, (66), 14-22. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-2-page-14.htm>

Georgieff, N. (2014). Intersubjectivité : une perspective développementale. *Enfance & Psy*, (62), 50-56. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2014-1-page-50.htm>

Ghedighian-Courier, J-J. (2006). Le toucher, un sens aux multiples avatars. *Les*

Cahiers jungiens de psychanalyse, (118), 17-28. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-jungiens-de-psychanalyse-2006-2-page-17.htm>

Guedeney N. (2011). *L'attachement, un lien vital*. Fabert.

Hall, ET. (1971). *La dimension cachée*. Ed. du Seuil.

Hargaden, H., Fenton, B., Grégoire, J. (2009). Théorie de l'intersubjectivité et transactions non-verbales. *Actualités en analyse transactionnelle*, (131), 1-27. <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analysetransactionnelle-2009-3-page-1.htm>

Hatwell, Y. (2003). Le développement perceptivo-moteur de l'enfant aveugle. *Enfance*, 55, 88 -94. <https://www.cairn.info/revue-enfance1-2003-1-page-88.htm>

Larousse. (2010). Clonie. Dans *Le dictionnaire Larousse*.

Larousse. (2010). Interaction. Dans *Le dictionnaire Larousse*.

Larousse. (2010). Relation. Dans *Le dictionnaire Larousse*.

Larousse. (2010). Toucher. Dans *Le dictionnaire Larousse*.

Lebovici, Serge, et Stoléru, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste : Les interactions précoces*. Bayard.

Lejeune, F. Gentaz, E. (2013). Le toucher chez les enfants prématurés. *Enfance*, (1), 33-48. <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2013-1-page-33.htm>

Mailharrin, A. (2015). *Psychomotricité et polyhandicap : L'apport du toucher à travers l'accompagnement de la personne polyhandicapée*. [Mémoire, Université de Bordeaux]. Dumas.

Michel, F. (2009). Chapitre 3. L'attachement des personnes handicapées mentales. Dans *Handicap mental : crime ou châtiment ?* (pp. 93-111). PUF. <https://www.cairn.info/handicap-mental-crime-ou-chatiment--9782130573319.htm>

Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher Un premier langage*. Ed. du Seuil.

Mothe, E. (2015). « *Je peux me porter ? » Portage et contenance en Thérapie Psychomotrice*. [Mémoire, Université de Bordeaux]. Dumas..

Pagano, C. (2020). *La stimulation basale : à l'écoute des personnes en situation de handicap sévère*. Erès.

Perraudeau, M. (2001). Piaget aujourd'hui : Réponses à une controverse. Bordas.

Ponsot, G. (2017). La personne polyhandicapée. *Laennec*, 19-63.
<https://www.cairn.info/revue-laennec-2017-2-page-19.htm>

Potel, C. (2017). *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*. Erès.

Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.

Poublan-Belle, A. (2020). *Des êtres en devenir. Place de la psychomotricité dans le développement intellectuel de l'enfant déficient intellectuel*. [Mémoire, Université de Bordeaux]. Dumas.

Savatofski, J. (2016). *Le toucher massage* (3e éd.). Lamarre.

Stern, D. (2003). *Le monde interpersonnel du nourrisson* (4e éd.). Presses Universitaires de France - PUF

Stoléru, S., & Lebovici, S. (2004). 22. L'interaction parent-nourrisson. Quadrige, 319-339. <https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-del---page-319.htm>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188.
<https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>

Trevarthen, C., & Aitken, K.J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 15, 309-428. <https://www.cairn.info/revue-devenir-2003-4-page-309.htm>

Vaginay, D. (2018). *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Erès.

Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne* (J. Kalamanovitch, M. Michelin, & L. Rosaz, Trad.). Payot et Rivage

Zucman, E. (2016). *Auprès de la personne polyhandicapée : Une éthique de liberté partagée*. Erès.

Résumé

Le toucher et l'interaction sont deux grandes notions présentes dans le développement de l'enfant. La personne en situation de polyhandicap se trouve en difficulté au niveau moteur, cognitif et relationnel, créer une interaction ne va pas de soi. Les déficiences qu'elle engendre sont importantes et la personne se retrouve en état de grande dépendance. Le toucher est alors au centre de son accompagnement quotidien.

Dans ce mémoire, nous allons développer une approche autour du toucher, que j'ai pratiqué dans mon stage en EEAP, avec un enfant et une jeune adulte en situation de polyhandicap. Nous nous questionnerons sur les aspects du toucher qui permettent une entrée en interaction avec l'environnement humain et matériel auprès de cette population.

Mots clefs : Polyhandicap, interaction, toucher, contenance, psychomotricité, stimulation basale.

Summary

Touch and interaction are two great concepts present in child development. Person experiencing multiple disabilities has motor, cognitive and relational difficulties, it's hard to create an interaction. The impairments it causes are significant and the person is in a state of great dependence. Touch is then at the center of its daily support.

In this thesis, we are going to develop an approach around touch, which I practiced in my EEAP training, with a child and a young adult with multiple disabilities. We will question about aspects of touch which allow an entry into interaction with the human and material environment for this population.

Keywords : polyhandicap (disability), interaction, touch, capacity, psychomotricity, basal stimuli.