



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Jacques LUAUTÉ

Comment vous sentez-vous ?

Les propositions sensorielles en psychomotricité comme soutien à la régulation tonico-émotionnelle d'une personne adulte polyhandicapée

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Gaélane PIOLAT

Mai 2024 (Session 1)

N°1863

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Docteur Jacques LUAUTÉ

Comment vous sentez-vous ?

Les propositions sensorielles en psychomotricité comme soutien à la régulation tonico-émotionnelle d'une personne adulte polyhandicapée

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Gaélane PIOLAT

Mai 2024 (Session 1)

N°1863

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Philippe CHEVALIER

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. Gilles RODE**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –
Lyon Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Présidente **Pr. Carole BURILLON**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

UFR Faculté des sciences
Directrice **Mme Sylvie VIGUIER**

Département de Génie électrique et des
procédés
Directrice **Mme Sophie CAVASSILA**

Département Informatique
Directrice **Mme Saida BOUAKAZ
BRONDEL**

Département Mécanique
Administrateur provisoire
Directeur **Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

U.F.R. d'Odontologie
Directeur **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **Mr Guillaume BODET**

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1
(IUT)
Directeur **Mr Michel MASSENZIO**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Mr Christian ROBERT**

Observatoire de Lyon
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

Institut National Supérieur du Professorat
et de l'éducation (INSPé)
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA
RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Elodie ROYER

Coordinatrice Recherche

Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

TABLES DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| TABLES DES MATIÈRES..... | |
| LEXIQUE..... | |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PARTIE CLINIQUE | |
| 1. Présentation de la structure..... | 2 |
| 1.1. Cadre du stage et description de la structure..... | 2 |
| 1.2. Description des différentes équipes de professionnels | 2 |
| 2. Présentation de M.B..... | 3 |
| 2.1. Anamnèse | 3 |
| 2.2. Bilans paramédicaux | 4 |
| 2.3. Bilan psychomoteur..... | 5 |
| 2.3.1 Historique du suivi | 5 |
| 2.3.2 Bilan psychomoteur | 5 |
| 2.3.3 Projet thérapeutique | 7 |
| 2.4. M.B dans son quotidien..... | 7 |
| 3. Séances de psychomotricité..... | 9 |
| 3.1. Première rencontre..... | 9 |
| 3.2. Des propositions sensorielles..... | 11 |
| 3.2.1 Dans la salle de psychomotricité | 11 |
| 3.2.2 Avec l'eau..... | 17 |
| PARTIE THÉORIQUE | |
| 1. La régulation tonique..... | 22 |
| 1.1. Définition | 22 |
| 1.2. Développement du tonus | 22 |
| 1.2.1 Dialogue tonico-émotionnel | 23 |
| 1.2.2 Les fonctions du dialogue tonique | 24 |
| 1.3. Les principaux troubles du tonus..... | 25 |
| 2. La sensorialité | 25 |
| 2.1. Le traitement de l'information | 25 |
| 2.2. Développement des sens..... | 26 |
| 2.3. Les différents systèmes sensoriels | 27 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.4. | Zoom sur les systèmes tactiles et proprioceptifs | 28 |
| 2.5. | Troubles de la sensorialité | 28 |
| 2.6. | L'équilibre sensori-tonique | 29 |
| 3. | Polyhandicap | 30 |
| 3.1. | Définition | 30 |
| 3.2. | Étiologie | 31 |
| 3.3. | Impact du polyhandicap | 32 |
| 3.3.1 | Atteintes motrices | 32 |
| 3.3.2 | Une vulnérabilité physique | 33 |
| 3.3.3 | Atteintes intellectuelles | 35 |
| 3.3.4 | Troubles sensoriels | 35 |
| 3.3.5 | Comportements-problèmes | 36 |
| | PARTIE THÉORICO-CLINIQUE | 23 |
| 1. | La régulation tonique | 37 |
| 1.1. | Les flux sensoriels..... | 37 |
| 1.2. | La respiration | 40 |
| 1.3. | Une détente musculaire | 41 |
| 1.4. | Des propositions sensorielles contenantantes | 42 |
| 1.4.1 | Contenance par l'eau | 43 |
| 1.4.2 | Contenance par le massage..... | 44 |
| 1.5. | Ressentir la proprioception pour se réguler..... | 46 |
| 2. | Du dialogue tonico-émotionnel à la régulation tonico-émotionnelle..... | 48 |
| 2.1. | Entre émotion et tonus | 48 |
| 2.2. | Un dialogue tonico-émotionnel qui donne accès aux représentations | 51 |
| 2.3. | L'alliance thérapeutique | 53 |
| 2.3.1 | L'importance du relationnel | 53 |
| 2.3.2 | Un milieu sécurisant | 55 |
| | CONCLUSION | 57 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | |
| | TABLE DES ANNEXES | |

LEXIQUE

AMP : Aides-Médico-Psychologiques

APA : Activités Physiques Adaptées

CEM : Centre d'Éducation Motrice

DI : Déficience Intellectuelle

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FV : Foyer de Vie

HAS : Haute Autorité de Santé

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

SAJ : Service d'Accueil de Jour

SCPE : Surveillance of Cerebral Palsy in Europe

QI : Quotient Intellect

INTRODUCTION

Lors de mon premier jour de stage avec des résidents polyhandicapés, j'ai éprouvé une sensation d'étrangeté extrêmement forte. Je trouvais que tout le monde se comportait comme si tout était parfaitement normal, alors que je me sentais en décalage, comme dans un autre monde. Même si je m'y attendais, j'ai été sidérée par les corps déformés, les cris, les odeurs fortes qui me suivaient même après mon stage. Mes premières rencontres avec les patients se sont ressemblé tout en étant différentes à chaque fois, dans un mélange de fascination, de choc, de curiosité et de dégoût. Il a été nécessaire que j'apprenne à connaître ces personnes pour pouvoir ensuite être dans une relation de soin avec elles et pouvoir apprivoiser ces émotions fortes.

J'ai rapidement été intriguée puis touchée par M.B, son histoire et sa vie sur l'unité. Après ma première rencontre avec lui, ma maître de stage m'a dit « Tu sais, c'est lui que tu entends crier dehors constamment ». Pourquoi passait-il autant de temps dehors à hurler, qu'exprimait-il ? J'ai été captivée par ses agissements, mobilisée par ma volonté de le comprendre. À la recherche de LA vérité, j'ai rapidement formulé de nombreuses hypothèses sur son fonctionnement psychomoteur qui me paraissaient toutes invérifiables. Comment construire un projet de soin quand on ne peut pas avoir de certitudes ? Comment comprendre ce résident alors qu'il est non verbal et qu'il n'y a pas de moyen de communication alternatif existant pour signifier ne serait-ce que « oui » ou « non » ? J'ai été brusquée par son agitation, heurtée de voir que des professionnels s'adressaient sèchement à lui et perdaient patience, désolée quand il se mordait. Comment revaloriser ses capacités et appuyer ses besoins auprès de l'équipe ? Par quel moyen l'apaiser et l'amener à se réguler toniquement ? J'ai été rapidement impliquée dans le suivi de ce résident. Ma maître de stage proposait des massages des mains et des pieds, que j'ai d'abord continués en reprenant le suivi. À la suite des séances observées puis menées, du bilan psychomoteur et de mes observations, je me suis intéressée aux propositions sensorielles et à leur impact sur le tonus.

Je me suis alors demandé : « **Comment les propositions sensorielles peuvent-elles soutenir la régulation tonico-émotionnelle chez une personne polyhandicapée ?** »

Pour répondre à cette problématique, cet écrit débutera par une première partie clinique, dans laquelle je présenterai le contexte du suivi psychomoteur, M.B et les éléments psychomoteurs que j'ai pu observer de ce résident. Une seconde partie théorique portera sur le tonus, la sensorialité et le polyhandicap, dans le but de définir les soubassements essentiels à ma réflexion théorico-clinique. Cette dernière partira de la régulation tonique et du dialogue tonico-émotionnel pour parvenir à la régulation tonico-émotionnelle.

PARTIE CLINIQUE

1. Présentation de la structure

1.1. Cadre du stage et description de la structure

Je suis en stage tous les mardis dans une structure accueillant un public adulte porteur de handicap. Cette structure est un lieu de soins et de vie, elle comporte une partie résidence avec trois services de MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) et FV (Foyer de Vie). Il y a également un SAJ (Service d'Accueil de Jour). Deux maîtres de stage m'accueillent, je les nommerai Lucie et Aline pour respecter l'anonymat. J'accompagne Lucie tous les mardis matin tandis que l'après-midi je suis en alternance avec Aline ou Lucie. Les matins sont consacrés à une séance individuelle en salle de psychomotricité et une séance de groupe en salle Snoezelen. L'après-midi consiste en une séance de balnéothérapie avec deux résidents ou de bains thérapeutiques individuels. Les résidents bénéficient de cette médiation une semaine sur deux.

La partie résidence de la structure est divisée en quatre unités. Chaque unité se compose d'une pièce de vie entourée des 13 chambres des résidents de l'unité. Chaque résident peut circuler librement dans les différentes unités. Ces dernières sont mixtes et accueillent des résidents du FV, du FAM et de la MAS. Les résidents ont ainsi des capacités cognitives et motrices différentes et ne présentent pas tous le même degré de dépendance, qui peut être faible à sévère.

Dans le cadre de mon stage, je participe uniquement à des séances pour des résidents de la MAS ou du FAM. En séance, je suis amenée à recevoir des résidents présentant un polyhandicap. Ils ont une déficience intellectuelle sévère à profonde, des capacités motrices, cognitives et émotionnelles limitées ainsi qu'une grande dépendance.

1.2. Description des différentes équipes de professionnels

L'équipe professionnelle est pluridisciplinaire, divisée en plusieurs équipes :

- L'équipe médicale constituée du médecin, des infirmiers et des aides-soignants
- L'équipe paramédicale constituée d'une ergothérapeute, de kinésithérapeutes, de deux psychomotriciennes, d'une orthophoniste, d'une psychologue, d'une enseignante APA et d'une art thérapeute

- L'équipe éducative constituée d'éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs, des AES (Accompagnant Éducatif et Social) et des AMP (Aide médico-psychologique)
- L'équipe de direction

Une équipe éducative est présente par unité. Toutes les autres équipes de professionnels interviennent sur l'ensemble des unités.

2. Présentation de M.B

Mon cas clinique va porter sur M.B, un résident polyhandicapé âgé de 43 ans, arrivé dans l'établissement en 2010. Il a une paralysie cérébrale, une déficience intellectuelle profonde et une grande dépendance. Il se déplace principalement en fauteuil roulant, mais peut marcher avec l'aide d'un professionnel. Il est non verbal, s'exprime par des cris, des gestes ainsi que des expressions du visage.

Je le rencontre en suivi de façon hebdomadaire avec Lucie le mardi matin. Après avoir pris une place d'observatrice à la première séance, je suis amenée à participer dès la séance suivante. Au fur et à mesure de l'avancée du stage, ma place évolue dans ce suivi. Fin novembre, je commence à entreprendre les séances en salle de psychomotricité seule, dans lesquelles je réalise un bilan psychomoteur ainsi qu'un bilan sensoriel ESAA. En février 2024, je décide de continuer le suivi psychomoteur en bains thérapeutiques.

2.1. Anamnèse

M.B est né en 1980, il est âgé de 43 ans. Dans son dossier médical, il est indiqué que M.B a une paralysie cérébrale dans un contexte de méningite avec abcès cérébral en période néonatale. M.B a passé les quatre premiers mois de sa vie dans une couveuse. Il avait presque tout le temps ses doigts en bouche, ce qu'il n'a jamais cessé de faire.

Les parents de M. B étant divorcés, il passe alternativement un week-end chez son père et chez sa mère. Il a également un frère et une sœur, tous deux plus âgés que lui. Il est entré dans l'institution en 2010 et était auparavant dans un Centre d'Éducation Motrice (CEM).

Au niveau de son parcours médical, M.B a subi une intervention neurochirurgicale précoce avec pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale. Par la suite, sont apparues des crises d'épilepsie. Il a ainsi un syndrome pyramidal, une hémiparésie gauche entraînant une déficience motrice au niveau des membres inférieurs et supérieurs gauches et un champ

visuel réduit. M.B a une spasticité bilatérale plus marquée du côté gauche, liée à son hémiparésie gauche. Au niveau moteur, il se déplace seul en fauteuil roulant manuel mais peut aussi marcher à l'aide d'un cadre de marche en étant accompagné d'un professionnel.

M.B a subi, étant enfant, une ablation de la troisième phalange du quatrième doigt de la main gauche. La raison de celle-ci reste inconnue. En 2019, il a eu un changement de valve ventriculo-péritonéale qui aurait entraîné, selon l'équipe paramédicale et éducative, un changement de son comportement. M.B, qui était auparavant apathique et pouvait rester assis à une table pendant des heures, est maintenant une personne plutôt agitée présentant des troubles du comportement avec auto-agressivité. Il y aurait une augmentation significative de son périmètre de déplacement depuis cette intervention. Pour pallier ces troubles, un traitement médicamenteux antipsychotique par *Risperidone* (Risperdal) a été introduit en janvier 2024 en supplément de son traitement antiépileptique habituel.

Selon son équipe éducative, M.B dort peu car son voisin de chambre crie. Ils se répondent alors en écho pendant la nuit. M.B se réveille très tôt et crie dès qu'il est réveillé. Il enlève systématiquement son tee-shirt et le jette au sol ainsi que les draps de son lit. Dès qu'il est levé pour le petit-déjeuner, M.B cherche à se rendre dehors et est agité. Les seules choses qui l'apaisent sont d'aller dehors ou de marcher avec un professionnel. M.B est également agité pendant les temps de repas. Les temps de rasage et de brossage de dents sont compliqués.

Son projet personnalisé a été réévalué en avril 2024, les objectifs principaux sont de favoriser son autonomie, sa participation à des activités et de développer des outils pour communiquer et soutenir son repérage spatio-temporel.

2.2. Bilans paramédicaux

Un bilan orthophonique datant de mars 2011 met en évidence que M.B réagit plus aux intonations qu'aux mots prononcés. Il utilise différents moyens de communication : respiration (inspiration, expiration forcée), cris, regards, sourires. Ses « oui/non » ne sont pas fiables, il a une compréhension et expression très limitées. Ce bilan conclut qu'une prise en charge ne serait pas forcément bénéfique car il ne peut pas accéder aux moyens de communication alternatifs. M.B n'a pas bénéficié de prise en charge orthophonique depuis ce bilan.

M.B a un suivi régulier en kinésithérapie basé sur l'étirement de ses membres inférieurs, le travail de son équilibre assis, des exercices de coordination et de maintien de la marche

avec aide. L'écrit le plus récent est un compte-rendu d'un bilan kinésithérapique datant de 2013. Il met en évidence une rétractation des hanches en flexion des deux côtés, un flexum des genoux, une flexion plantaire, une faiblesse globale des deux moyens fessiers et des muscles releveurs des chevilles. Ses deux quadriceps sont faibles à cause de la rétraction de ses muscles ischios-jambiers, ce qui entraîne un flexum irréductible à l'étirement.

Un bilan orthopédique de janvier 2023 explique que M.B porte des chaussures orthopédiques, il n'a plus d'attelles antéropostérieures depuis un an. De plus, il n'a pas de déformations orthopédiques notables.

L'ergothérapeute de la structure explique qu'il y a eu en 2023 un essai de fauteuil roulant manuel avec double main courante à droite. M.B progressait bien mais l'idée a été abandonnée, ses parents ayant préféré le renouvellement avec un fauteuil roulant manuel classique.

2.3. Bilan psychomoteur

2.3.1 Historique du suivi

M.B a eu un suivi psychomoteur de septembre 2010 à décembre 2016, mais aucun bilan psychomoteur n'a été effectué à cette période. Les notes sur les suivis précédents relatent notamment une expression orale débordante (cris, gestuelle désorganisée ou éclatée), l'expression d'une certaine timidité (mimiques, postures plus refermées, une évolution dans la conscience de son corps avec des regards dans le miroir et un jeu partagé autour de l'exploration possible.

Le suivi actuel avec ma maître de stage a commencé en janvier 2023 mais n'est régulier que depuis septembre. M.B a été adressé en psychomotricité en raison de demandes de l'équipe éducative qui observait une agitation psychomotrice ainsi que des troubles du comportement.

2.3.2 Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur de M.B a été réalisé sur quatre séances de fin novembre 2023 à début janvier 2024. Il a été intégré à ces séances des propositions sensorielles dans le but d'apaiser son agitation psychomotrice.

Le compte-rendu du bilan psychomoteur met en évidence une forte agitation psychomotrice se traduisant par des cris réguliers, des mouvements brusques, un recrutement tonique

élevé et régulièrement des balancements avant-arrière de son fauteuil. De plus, M.B met constamment ses doigts en bouche, en appuyant fortement contre ses dents et se ronge les ongles. Cette agitation motrice semble avoir une composante tonico-émotionnelle, notamment lorsqu'il est frustré ou surpris. Il peut alors se mordre, crier, frapper ou jeter des objets. M.B semble ainsi montrer des difficultés de régulation tonico-émotionnelle notamment lors de ces crises.

Sur le plan relationnel, M.B est en grande recherche de liens relationnels, il a besoin d'être vu, reconnu et encouragé. Très sensible à son environnement, M.B a également tendance à disperser son attention vers les bruits ou les personnes autour de lui. Bien que M.B soit non verbal, il réussit à se faire comprendre et présente des capacités de compréhension dans les activités de la vie quotidienne. Je distingue différents types de cris qui semblent varier significativement en fonction de son intention et de ses émotions et semblent donc avoir valeur de communication ou d'expression. La présence de réponses différées est remarquée.

Sur le plan moteur, M.B présente une hypertonie spastique bilatérale, plus marquée du côté gauche. Il est cependant capable de se relâcher légèrement, surtout au niveau de ses membres supérieurs, lors d'activités sensorielles. M.B peut se déplacer avec un cadre de marche en étant accompagné d'un professionnel et peut tenir en équilibre statique unipodal avec appui. Il peut passer de la position assise en W en position quatre pattes et se déplace au sol dans cette position. La coordination oculo-manuelle est difficile et ses gestes sont maladroits. M.B s'intéresse aux objets et les manipule. Des gestes fins sont possibles ainsi qu'une certaine coordination bimanuelle. En étant assis, il montre des tactiques motrices pour la préhension.

En ce qui concerne ses représentations du corps, M.B est capable de se reconnaître dans le miroir et cela entraîne des réactions de joie. Au vu de ses difficultés motrices et langagières, la somatognosie est difficilement évaluable. M.B ne parvient pas à toucher sur demande des parties du corps sur un dessin ou sur lui-même, face à un miroir ou non.

Sur le plan spatio-temporel, M.B connaît une légère partie de son espace extérieur puisqu'il sort souvent dehors au même endroit. Il ne semble pas perdu dans son unité et parvient seul à trouver le chemin pour aller dehors. Son espace droit est plus investi que le gauche, ce qui est en lien avec son hémiparésie. Sa compréhension du temps est immature. La fin de séance de psychomotricité est difficile et source de frustration pour M.B.

Par la suite, un bilan sensoriel ESAA (Évaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme) a été effectué en janvier 2024 afin de creuser le fonctionnement de M.B autour de la sensorialité. Bien que M.B ne présente pas de Troubles du Spectre Autistique (TSA), effectuer un profil sensoriel est recommandé par la HAS (Haute Autorité de Santé) pour les personnes adultes non verbales, notamment dans le cas du polyhandicap. Son but est d'évaluer la réactivité de la personne adulte testée pour chaque sens. Elle se réalise sous deux passations : directe et indirecte. Le compte-rendu de ce bilan ESAA est en cours.

2.3.3 Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique est basé essentiellement sur l'apaisement de l'agitation psychomotrice de M.B, par un travail de régulation tonico-émotionnelle. Un premier objectif est d'améliorer son bien-être et sa qualité de vie. Un second objectif est de soutenir l'élaboration du schéma corporel de M.B en lui proposant un espace pour ressentir des sensations proprioceptives, de manière à réduire ses automutilations et favoriser une meilleure prise de conscience corporelle.

Moyens :

- Proposer des temps réguliers d'activités sensorielles qui permettent à M.B de ressentir des sensations proprioceptives (massage, temps de serpent vibrant, bain thérapeutique...)
- Induire un état de relaxation pour abaisser son état de vigilance et son tonus
- Mise en place d'un rituel de fin de séance avec un air de musique jouée devant lui à la flûte traversière
- Proposer à M.B un accompagnement à la marche quand il en a besoin

2.4. M.B dans son quotidien

M. B a une séance de kinésithérapie par semaine ainsi qu'une séance de psychomotricité. Il participe à deux groupes « marche » par semaine, assurés par sa kinésithérapeute et l'enseignante APA. En début d'année scolaire, il faisait de la boccia avec l'enseignante APA. Depuis janvier, il se rend maintenant à la piscine avec elle. Il pratique également l'équitation avec une association une fois par mois.

Je passe un certain temps dans l'unité de vie de M.B. En effet, dans le cadre de mon stage, j'effectue des temps exceptionnels d'observation de cette unité lors desquels je dois me

focaliser sur l'adaptation de l'environnement aux particularités sensorielles des résidents. J'observe également ce qu'il s'y passe quand je vais chercher les résidents avant les séances, quand je les ramène et quand je propose des temps de transition à M.B.

Lorsqu'il fait beau, M.B passe la majeure partie de son temps à l'extérieur. Il reste cependant proche de son unité de vie. Je peux l'observer depuis la fenêtre de la salle de psychomotricité. Il se rend seul dehors, assis sur son fauteuil roulant, mais je ne l'ai jamais vu rentrer seul à l'intérieur, bien qu'il en soit capable. Une fois dehors, il peut être extrêmement agité, réalisant des mouvements avant-arrière avec son fauteuil, en hurlant. Ses cris résonnent dans les unités et dans la salle de psychomotricité tous les jours, comme un fond sonore. À ce moment-là, son sourire a totalement disparu. Il peut également être plus calme, tout en se balançant d'avant en arrière avec son fauteuil et peut exprimer des cris de joie en souriant. Il reste cependant très bruyant.

Quand il fait froid ou qu'il pleut, M.B cherche tout de même à se rendre à l'extérieur. Les professionnels de son unité utilisent alors quotidiennement une contention pour éviter qu'il ne tombe malade et car les voisins se plaignent du bruit le matin. M.B est positionné sur un fauteuil fixe de son unité à partir duquel il ne peut pas se lever seul, afin qu'il ne puisse plus se déplacer. Il se pousse alors en arrière avec ses pieds, ce qui fait reculer sa chaise. Il appelle les professionnels par des cris et des regards. Ces derniers le laissent seul et après quelques minutes, le tonus de M.B redescend. Il met ses doigts en bouche et son regard se perd dans le vide. Il n'émet alors plus aucun bruit et entre dans un état passif. Il peut rester assis pendant des heures. À chaque fois qu'un professionnel passe devant lui, il sort de cette passivité en l'appelant et en tendant sa main vers lui, qui entraîne tout son bras jusqu'à l'épaule. Les professionnels l'ignorent et au bout d'un certain temps, il s'agite, crie en se mordant la main. Il tape ce qu'il a autour de lui et se repousse avec ses pieds.

Des temps de jeu lui sont parfois proposés l'après-midi. Il peut alors rester longtemps au sol, seul, assis par terre à jouer aux Lego. Au bout d'un certain temps, il s'agite et crie d'agacement, il semblerait qu'il ait envie de se relever. Il jette par conséquent tous les Lego au loin, crie, et peut se mordre la main. Il peut aussi chercher à se relever sans y parvenir.

Le 9 janvier 2024, j'ai pu observer un temps de repas du midi. M.B est assis à une table avec un autre résident. Une AES est assise entre eux et les aide. Je m'assois deux mètres plus loin. M.B attrape son assiette avec sa main droite et l'agite en poussant un long râle. L'AES lui énonce que le repas arrive. Il saisit ensuite sa tasse et la jette en criant, d'un ton plus sourd cette fois. Il semble que cela soit de l'impatience. Lorsque son entrée arrive, M.B se calme aussitôt. Il mange seul avec des adaptations : un tour d'assiette, une ventouse

pour maintenir l'assiette et une tasse en plastique. Il a besoin de l'anse pour attraper la tasse. Il peut tenir une fourchette ou une cuillère de la main droite, en prise palmaire avec le pouce en bas et les autres doigts en haut. Une fois qu'il l'a mise en bouche, il abaisse son bras et son petit doigt droit se lève. Il me regarde et me sourit en exprimant un « Hm ». En même temps, son bras s'élève légèrement de quelques centimètres, comme un sursaut.

Je m'éloigne un peu plus, de façon à pouvoir observer aussi les autres résidents. Après chaque bouchée, il tourne la tête vers moi. Si je ne le regarde pas, il me hèle. Si je le regarde, il se contente de m'adresser un grand sourire et continue de manger.

M.B met ainsi à mal les équipes par son agitation, ses cris répétés et son besoin d'attention. De nombreux professionnels se retrouvent épuisés et peuvent perdre patience avec lui. Certains professionnels lui demandent alors de se taire, ce qui ne fonctionne pas.

3. Séances de psychomotricité

3.1. Première rencontre

Je suis avec ma maîtresse de stage Lucie. C'est le premier résident que je rencontre lors de ma deuxième journée de stage. Nous allons chercher M.B, dans son unité de vie pour l'amener vers la salle de psychomotricité. Lucie me le montre au loin, il est assis sur un fauteuil, immobile. Le haut de son dos est légèrement arrondi. Il est vêtu d'un survêtement gris de sport et d'un tee-shirt vert foncé, dévoilant son corps plutôt maigre. Des cheveux courts poivre et sel encadrent le haut de son visage arrondi, ses yeux bruns paraissent éteints. Il se ronge les ongles. Il n'a pas de déformation notable de son visage, contrairement à de nombreux autres résidents. Lorsque nous sommes suffisamment près pour qu'il puisse nous voir, son visage s'anime d'un sourire, légèrement asymétrique. Il lui manque deux incisives. Il nous interpelle alors en nous regardant, en criant et en tendant le bras droit vers nous. Puis, il amène le bout de ses doigts à la bouche. Il est difficile de voir s'il les mordille ou s'il se ronge les ongles. Son visage alterne entre deux expressions. Un sourire, bouche fermée, qui apparaît un instant puis s'enlève en quelques secondes. Les muscles de son visage se crispent à ce moment-là, déformant son visage en une expression sévère asymétrique. Ses yeux bruns me regardent, puis aussitôt se fixent ailleurs. Son visage me fait penser à celui d'un personnage connu pour faire rire les autres par des grimaces. Je lui trouve alors un côté sympathique. Une forte odeur se dégage de lui mais qui étonnamment ne semble pas particulièrement me déranger.

Lucie lui dit bonjour, puis je me mets à sa hauteur et je me présente à lui. Il tend alors son bras droit vers moi en exprimant un cri et amène ses doigts à sa bouche pour se les mordre. Il semble répéter ce mouvement. Est-ce une volonté de communiquer ou un mouvement de régulation qui le calme ? Son sourire est-il volontaire ? Lucie lui dit que nous allons aller en séance. Elle lui propose un appui avec ses mains, M.B s'avance de son fauteuil, met son poids du corps en avant. Il pose ses mains sur celles de Lucie et pousse sur ses jambes pour se mettre debout. Il se tourne alors en effectuant de petits pas, de façon à pouvoir s'asseoir sur son fauteuil roulant manuel. Il s'installe ensuite sur ce dernier, en étant toujours en appui sur les mains de Lucie.

Une fois le transfert effectué, il est capable de se positionner seul au fond du fauteuil, en appuyant ses mains sur les accoudoirs. Il parvient ensuite à se déplacer en utilisant uniquement son bras droit. Sa main droite attrape la poignée de la roue, il tire dessus ce qui le fait avancer mais aussi tourner légèrement vers la gauche. Il réajuste alors en allant en arrière, ce qui le remet dans l'axe. Ce déplacement est laborieux et semble l'agacer. Une fois arrivés à la salle de psychomotricité, Lucie me prévient que la séance va être exceptionnellement courte. Elle me demande de me positionner en observation. Elle s'assoit alors sur un tabouret roulant sur sa droite, proche de M.B. Je suis positionnée à sa gauche, face à lui mais plus éloignée. Il continue ses bruits réguliers et se mord constamment les ongles et le bout des doigts. Il ne cesse de me regarder et de faire ses cris avec son bras droit qui avance vers moi, bien que je sois sur sa gauche. Lucie continue la séance, comme si de rien n'était. À ce moment-là, je pense qu'il ne peut pas s'empêcher de crier et d'avancer son bras en avant et je me sens impressionnée par la lourdeur de son handicap.

Lucie prend des gants et lui propose un temps de conscience corporelle en lui massant les mains l'une après l'autre, en commençant par la droite. Elle se positionne du côté qui est massé, je suis face à lui mais plus éloignée. Il me regarde presque l'entièreté de la séance, en restant plutôt calme. Son poignet droit est coupé à de nombreuses reprises, je me demande s'il se mord lui-même ou si c'est son fauteuil qui le blesse.

Lors du massage, il est extrêmement calme, ses cris s'atténuent. Il n'amène plus ses doigts à la bouche, il semble apaisé et contenu. À un moment de la séance, je fais un léger mouvement du bras vers la table pour prendre mon carnet de notes, il se met aussitôt à s'agiter et à refaire des cris, je repose alors mon carnet. Il me semble alors très attentif à l'environnement.

Lucie m'a dit mettre des gants car il a une très grande sensibilité tactile et qu'au début des séances avec elle, il acceptait uniquement le contact sur ses pieds.

3.2. Des propositions sensorielles

3.2.1 Dans la salle de psychomotricité

- **Séance du 24 octobre 2023 :**

En début de séance, je propose à M.B le temps de massage des mains fait habituellement par Lucie, dans un but d'apaisement. Je m'assois près de lui, il a sa main droite en bouche et je lui demande de me donner sa main plusieurs fois. Au bout d'un certain moment, il me tend sa main droite. Sa main est crispée, je remarque que ses ongles sont rongés et extrêmement courts, moins de 5mm. Tout doucement, il la pose dans ma main puis la retire vivement, la ramène à sa bouche plusieurs fois avant de la déposer de nouveau. Il regarde Lucie. Je me pose alors de nombreuses questions : Est-ce une réponse différée à ma demande ? Une difficulté de sa part d'accepter que je propose le massage cette fois-ci ? Une particularité sensorielle tactile qui montrerait un besoin de s'habituer au contact de la peau avant de commencer le massage ?

Je commence le massage, sa main est glacée. Je sens presque instantanément un relâchement tonique important de tout son bras droit. Sa main crispée par l'hypertonie se réchauffe, devient malléable et peut se relâcher. Ses cris cessent et il ne met plus ses doigts à la bouche. Il me regarde, sourit et fait de nombreuses expirations forcées. Je le regarde aussi, comme pour le contenir. Lors du massage, j'observe qu'il a tendance à bloquer sa respiration. Je respire alors fortement et profondément avec lui, pour l'inciter à respirer. Il se met alors à expirer d'un coup, je l'encourage et il respire plus fort, bien que sa respiration ne devienne pas régulière pour autant. Quand je lui demande de me donner son autre main, il me tend de nouveau sa main droite. Puis, j'insiste plusieurs fois et il finit par me donner sa main gauche. Je remarque aussitôt sur le haut de sa main gauche une zone grande de plusieurs centimètres où sa peau est rouge, presque à vif. Je devine que c'est l'endroit où il se mord quand il est extrêmement agité. Je commence à masser sa main gauche et je remarque un relâchement possible de tout son bras, bien que plus difficile. Pour terminer le massage, je lui rassemble ses deux mains. Cela entraîne un enjouement important chez lui : il a un recrutement tonique de tout son corps, sourit, regarde ses mains, me regarde et crie de joie. Il tend ensuite ses jambes, Lucie interprète qu'il est en demande d'un massage des pieds et le verbalise. Je passe alors à un massage des pieds, de la même façon en massant d'abord le pied droit puis le gauche en finissant par un rassemblement. Ses pieds

sont également froids et déformés, mais lors du massage je peux les repositionner. J'observe que le relâchement est moins important dans ses membres inférieurs que dans les membres supérieurs. Il semble à certains moments chatouilleux alors que j'exerce une pression assez forte. La baisse de son tonus semble persister le long de la séance, ainsi que son émotion de joie et son état de calme. Il ramène toutefois de nouveau ses mains à la bouche et ses cris réguliers reprennent.

Lors de la fin de cette séance, Lucie lui propose de choisir entre un serpent vibrant orange et un autre objet sensoriel, en les présentant devant lui. Son choix est immédiat, il regarde le serpent vibrant, sourit davantage, crie et l'attrape de la main droite. Je me dis alors qu'il a sûrement déjà dû l'utiliser et qu'il semble savoir la sensation que cet objet procure. Après un premier temps où il pose ses deux mains sur le serpent vibrant, Lucie lui place autour du cou tout en maintenant les extrémités du serpent vibrant dans les mains de M.B. La pose du serpent autour de son cou provoque d'abord un sursaut et un recrutement tonique, puis un immense sourire apparaît en même temps que son tonus se relâche. Il cesse de pousser ses cris réguliers et d'amener ses mains à la bouche. Il soulève le serpent vibrant comme pour l'enlever puis le remet. Est-ce que ces sensations commençaient à être désagréables ou est-ce qu'il a voulu l'enlever puis s'est ravisé ? Les vibrations de ce serpent posé de part et d'autre de son corps pourraient lui permettre de sentir et de relier ses deux hémicorps et donc de créer un sentiment d'unité globale. Cependant, à la fin de la séance, quand nous passons le seuil de la porte, son tonus augmente. Il devient agité, fait des mouvements brusques de la tête et commence à crier de plus en plus fort. Arrivés devant l'ascenseur, il se mord à plusieurs reprises. Je me sens alors démunie et presque coupable de le ramener sur son unité de vie encore plus agité qu'il ne l'était avant la séance. Les fins de séances difficiles comme celle-ci se répètent et sont fréquentes, avec une augmentation de l'agitation de M.B. Celle-ci se majore notamment en arrivant devant l'ascenseur et le retour sur l'unité de vie se fait parfois en crise.

Les temps de massage des mains puis des pieds ont été repris presque à chaque séance en salle, dans le but de maintenir la continuité avec le suivi de Lucie. C'est un moyen très efficace d'apaiser M.B et d'abaisser son tonus élevé, ses cris et ses gestes de doigts à la bouche. À chacun de ces temps de massage, il semble réagir de la même façon. Il est ainsi capable de relâchement et d'apaiser cette agitation psychomotrice.

- **Séance du 21 novembre 2023 :**

C'est la première séance que je dirige entièrement. J'avais prévu d'aider M.B à s'installer sur des tapis, pour voir sa façon de se déplacer au sol et de lui proposer différents objets,

dans le but d'observer sa relation aux objets et certaines particularités sensorielles. Accompagnée de Lucie, nous allons le chercher dans son unité. Il est très calme, assis dans un fauteuil fixe, les mains en bouche. Il est isolé du reste des résidents et exprime de légers cris en nous voyant. Une éducatrice nous explique qu'il est douloureux au niveau du sacrum. Il se rend à la séance en marchant : je me positionne face à lui en tendant mes deux avant-bras. C'est la première fois que je l'accompagne lors d'une marche. Il s'appuie fortement sur mes mains en les serrant. Je trouve cette façon d'accompagner assez inconfortable et Lucie me conseille de proposer mes mains à plat, pour qu'il les pose simplement par-dessus les miennes, sans les serrer. Elle m'aide à nous repositionner, et M.B a maintenant ses mains sur les miennes. Il s'appuie bien moins que précédemment et davantage de sa main gauche. Son polygone de sustentation est légèrement plus large que son bassin, ses pas sont courts et ses pieds en inversion. Il bloque sa respiration et sourit, il est en tonus pneumatique haut. Sa tête tourne de gauche à droite, il ne regarde pas devant lui. Quand il croise mon regard, il sourit davantage et expire d'un coup à plusieurs reprises. Le haut de son dos est crispé et légèrement voûté. Nous croisons des professionnels dans le couloir, il les hèle jusqu'à ce qu'ils le regardent et le saluent. À un instant, Lucie essaye d'appuyer sur les épaules de M.B avec ses mains, lui permettant de mieux sentir ses épaules. Ses pas deviennent plus grands et le haut de son corps moins tonique. Le toucher de Lucie semble alors aider M.B à se réguler toniquement. Je ressens une fatigue progressive de sa part avec un appui encore plus fort de sa main gauche, ce qui le fait pencher sur la gauche. Ses pas sont plus petits, je lui demande s'il veut s'asseoir et il jette un regard en arrière, en direction de son fauteuil, pour me le signifier.

Une fois arrivés à la salle de psychomotricité, Lucie m'aide lors du transfert au sol. Nous essayons d'abord de lui demander de s'appuyer sur une chaise avec ses mains, son buste est penché vers l'avant. Nous lui demandons de plier les jambes. Il soulève alors son pied droit du sol de quelques centimètres et maintient sa jambe droite en l'air en la pliant. Il crie en même temps. Il ne parvient pas à plier les deux jambes pour aller au sol. Lucie se positionne alors derrière lui, passe ses bras sous ses épaules et recule. M.B se retrouve alors assis au sol, les jambes en avant. Il se repositionne immédiatement en s'allongeant en arrière sur le dos et ne repose pas sa tête au sol. Cette position décubitus dorsale semble être douloureuse pour lui. Il est totalement crispé et crie de douleur. Après aide, il passe en position assise en W, les pieds rentrés vers l'intérieur, le dos droit. Il ne crie plus et sourit, me regarde.

Je me positionne face à lui et je dispose des instruments de musique autour de lui, mais assez éloignés pour qu'il ne puisse pas les attraper sans se déplacer. Il observe autour de

lui et se déplace vers les objets à 4 pattes, avec les pieds toujours orientés vers l'intérieur. Une fois proche d'un objet, il se met sur les genoux à la verticale et repasse en position assise. Il saisit d'abord de la main droite une maraca et la jette, puis prend une bouteille sensorielle visuelle et la fait rouler hors du tapis. Il prend ensuite un tissu en plumes et le jette. Apprécie-t-il particulièrement de jeter des objets ? Montre-t-il un désintérêt de ces objets ? Les jeter pourrait être pour lui un moyen de marquer son opposition et de s'affirmer.

Je prends une maraca et l'agite. Cela attire son attention, je la pose devant lui. Il tend le bras et l'attrape. Il la fait ensuite passer d'une main à l'autre, puis il la secoue. Un grand sourire apparaît sur son visage. Il regarde dans le vide, comme s'il était très concentré. Il expire fortement plusieurs fois en souriant, il est détendu. Je remarque qu'il ne crie plus et secoue la maraca à la fréquence de ses cris habituels. Il se stoppe alors, cherche mon regard et me hèle « Eh ». Je lui exprime qu'il parvient à agiter la maraca. Il se tourne également de nombreuses fois vers Lucie, en reprenant ses cris, jusqu'à ce qu'elle le félicite et m'encourage à faire de même. M.B semble préférer une maraca qui procure davantage de vibration à sa main car il la garde plus longtemps en main. Alors qu'il est en pleine exploration de cet objet, M.B s'interrompt d'un coup. Il regarde en direction de la porte et hèle. Je m'interroge d'abord sur les raisons de son arrêt, puis j'entends qu'un résident passe dans le couloir et se déplace avec une canne, ce qui produit un léger bruit de tapement sur le sol. Je verbalise qu'il y a une personne qui passe près de notre salle et il me regarde, puis reprend alors son exploration des objets. Au cours de cette séance, à chaque fois qu'il entend un bruit à l'extérieur de la salle, M.B réitère ce comportement. Cela peut être des professionnels qui discutent, un résident qui passe, même des bruits assez légers. À chaque fois, je verbalise puis il reprend ce qu'il faisait.

Plus tard, je sors un jeu d'encastrement avec des cylindres colorés. Il prend d'abord un gros et un petit cylindre dans chaque main, les assemble et sourit. Puis, il nous regarde. Je lui montre comment encastrer le cylindre et lui demande de le faire à son tour, ce qu'il ne parvient pas à effectuer. J'insiste, et il finit par essayer plusieurs minutes après, à un moment où j'étais passée à autre chose. Cet exercice semble trop difficile pour lui car il demande de la précision et son geste est maladroit. Je décide alors de changer ma consigne et je lui demande d'empiler les cylindres, en lui montrant. Dès qu'il y parvient, il cherche de nouveau mon regard et celui de Lucie, il nous interpelle par des cris d'appel. Nous l'encourageons, et seulement une fois que nous l'avons toutes deux félicité, il réagit à nos paroles en expirant et en criant de joie avec un recrutement tonique élevé, puis recommence. Par la suite, à chaque nouvelle construction plus grande, il cherche de

l'approbation et de la valorisation de notre part. Ce temps d'empilement de cylindre semble lui procurer de la joie.

À la fin de cette séance, nous pensons proposer à M.B un temps de transition entre la séance de psychomotricité et le retour sur son unité de vie. Comme un temps de serpent vibrant l'avait apaisé en séance, nous essayons de lui prêter avant d'arriver sur son unité. Lors du trajet de retour, il s'agite de plus en plus, son tonus monte, il crie. Lucie lui propose le serpent vibrant, qu'il attrape. Cependant, son agitation ne cesse pas. À peine arrivés devant l'ascenseur, M.B jette le serpent vibrant par terre en criant. L'attente de l'ascenseur fait monter davantage son agitation, il se mord, semble crier de rage, fait rouler son fauteuil en donnant de grands coups de pieds sur ses cale-pieds. Nous arrivons à l'unité et il est extrêmement agité, il part directement dehors.

- **Séance du 28 novembre 2023 :**

Lucie est présente avec moi. Je propose d'abord à M.B un temps de bilan lors duquel je l'ai encouragé amplement et où il est en réussite. Puis, je propose un temps de détente en utilisant un hamac suspendu aux rails. Je l'aide à se mettre debout et Lucie tient le hamac tandis que je l'accompagne pour s'asseoir. Il semble confortablement installé, ses pieds effleurent le sol et son corps se balance légèrement. M.B a un tonus alors élevé et pousse des cris de joie. Je lui dis que je vais jouer de la musique pour lui et il m'adresse un immense sourire suivi de plusieurs expirations. J'ai l'impression qu'il comprend ce que je lui dis, qu'il est en attente. Je m'assois en face de lui et je commence à jouer un morceau de flûte traversière. Lors du morceau, il est fortement détendu. Il met peu les doigts en bouche et me regarde attentivement tout le long du morceau. Je le regarde aussi, il sourit. Il réagit fortement aux variations de rythme : il montre d'abord un recrutement tonique important en haussant les épaules avec un léger sursaut, comme s'il était surpris. Presque immédiatement, son sourire s'agrandit et il pousse des cris de joie. Il semble apprécier particulièrement d'entendre les sons graves et sourit davantage quand j'en joue, sans sursauter, est-ce lié aux vibrations ? J'instaure alors un rituel et je rejoue ce morceau à chaque fin de séance, dans le but de faciliter la fin de séance.

- **Séance du 5 décembre 2023 :**

Ce jour-là, M.B est particulièrement agité quand nous sommes allées le chercher. Je pousse le fauteuil de M.B. Pendant le trajet, il montre de l'auto-agressivité : il a un recrutement tonique important, se mord violemment la main et crie. Il tente de tendre ses jambes qui sont bloquées par une sangle placée devant ses tibias. Cela semble l'agacer

davantage, il jette son bonnet par terre et crie encore plus fort et plus longuement, son visage déformé par une expression de colère. Une fois arrivés au couloir devant la salle, Lucie m'explique qu'elle va prendre en charge la séance, vu l'agitation de M.B. Elle veut qu'il entre dans la salle par lui-même. La porte étant assez étroite et son déplacement peu précis, il s'agite encore plus et semble en colère. Il bute contre l'encadrement de la porte et plus son énervement grandit, plus il crie, plus ses mouvements sont brusques. Je me sens alors moi-même envahie de cette agitation, je me sens tendue et j'ai envie de l'aider à entrer dans la salle pour qu'il s'apaise. Il ne réussit pas à entrer seul, Lucie l'aide à se redresser et l'emmène dans la salle de psychomotricité en marchant. Habituellement, il semble avoir un projet moteur, mais cette fois-ci, il ne sait pas où aller.

Lucie l'amène au sol en se mettant derrière lui et je lui enlève ses chaussures, attelles et chaussettes. Il reste très agité, crie et a des raideurs musculaires importantes. Il se déplace avec difficulté et émet de nombreux râles, comme s'il avait mal de partout. Il ne parvient pas à se mettre assis, il reste sur le dos et crie. Nous essayons de le mettre en position latérale sur le côté droit, qui est la position qu'il prend pour dormir. Cependant, il crie et semble avoir mal, j'aperçois des larmes au coin de ses yeux. Il parvient à trouver la position assise avec l'aide de Lucie. Ses transferts sont compliqués dans cette séance, il ne parvient pas à se relever sur les genoux contrairement aux fois précédentes.

Lucie sort un jeu d'encastrement de cylindres, que nous avons déjà utilisé en séance et qu'il apprécie, dans le but de le détendre. Quand il voit le jeu, l'apaisement est immédiat, son tonus s'abaisse. Il sourit et saisit deux cylindres qu'il empile aussitôt. Puis, il sourit de nouveau, nous appelle par des exclamations, nous regarde et expire fortement deux fois. Nous le félicitons et l'encourageons. Cette fois-ci, il semble ne plus faire attention aux bruits alentour. Est-ce que ce jeu détourne son attention de la douleur ?

Pour lui proposer un temps de massage, Lucie veut installer M.B autrement. Elle se positionne derrière lui, pendant que j'étends délicatement ses jambes, ce qui l'agite de nouveau. Il colle son dos contre elle en ayant les jambes tendues, le bassin en rétroversion et le dos penché en arrière. Il semble apprécier d'être contre elle, car son agitation diminue grandement avec un abaissement de son tonus. Puis, Lucie positionne un fauteuil et un coussin derrière son dos pour pouvoir se libérer. Elle lui masse les pieds : il a les jambes plus raides que d'habitude, il garde les mains à la bouche tout le long du massage. Lucie me demande par la suite de participer à un massage à quatre mains. Elle saisit la main droite de M.B et je prends sa main gauche, qu'il retire plusieurs fois avant de la laisser posée dans ma main. Nous massons en même temps et très vite M.B n'a plus du tout d'agitation. Je ne l'avais jamais vu aussi détendu, avec un tonus extrêmement bas. Il

regarde entre nous, dans le vide, et semble être dans un autre monde. Il ne sourit pas, j'ai presque l'impression qu'il pourrait s'endormir. Son dos et ses bras sont particulièrement relâchés. Quand je lui demande si ça va, il tourne la tête vers moi doucement. Il me regarde, sourit et soupire deux fois. Puis, il détourne le regard qu'il dirige de nouveau dans le vide et cesse de sourire.

3.2.2 Avec l'eau

- **Séance du 14 novembre 2023 :**

M.B a exceptionnellement participé au groupe balnéothérapie car les résidents venant habituellement ce jour-là ne pouvaient pas. Nous sommes dans le vestiaire de la balnéothérapie avec M.B, un autre résident, une AES et Lucie. L'AES s'occupe du second résident et nous changeons M.B avec Lucie. Il enlève seul son tee-shirt, je retire ses chaussettes et chaussures et nous le changeons ensuite debout, avec Lucie, pour le mettre en maillot. Puis, Lucie l'aide à se relever et à s'asseoir sur un fauteuil de mise à l'eau. Il émet ses cris habituels réguliers et sourit. Elle l'amène en direction de la rampe et lui explique que nous allons entrer ensemble dans le bassin. Lucie poussait le fauteuil tandis que j'étais devant lui pour assurer sa sécurité. Lucie avance progressivement le fauteuil dans l'eau. M.B sursaute au contact de l'eau sur ses pieds. Je verbalise ce qu'il se passe et je lui verse un peu d'eau sur les parties de son corps avant qu'elles ne soient immergées pour qu'il s'habitue. Il semble malgré tout surpris à chaque fois, il sursaute et lâche un cri de surprise avec un recrutement tonique important. Puis, il sourit mais ses cris continuent de plus en plus au fur et à mesure de l'avancée dans l'eau. Il s'agite de plus en plus. Une fois suffisamment entrés dans l'eau, je le porte et il quitte son fauteuil.

Je suis positionnée derrière lui, genoux fléchis, mes bras sous ses épaules sans enserrer son torse. Nos visages sont côte à côte. Ses bras sont libres dans l'eau. Il est très tonique, ses jambes sont relevées et il pousse de forts cris. Il sourit et rit, et tourne sa tête assez brusquement. Il est extrêmement agité. L'AES, qui était déjà dans l'eau avec le second résident l'incite à se taire à plusieurs reprises, ce qui ne fonctionne pas. Après quelques minutes, M.B semble s'habituer au contact de l'eau. Une détente musculaire importante apparaît, ses jambes s'abaissent, jusqu'à toucher le sol. Cependant, il ne pose pas sa tête sur mon épaule, elle reste crispée. Ses cris sont de moins en moins fréquents et forts. Quand il voit Lucie, il l'interpelle. Cette dernière est occupée avec le deuxième résident et l'AES. Plus tard, je propose un nouvel appui à M.B en le faisant s'appuyer sur le rebord du bassin. Puis, je passe devant lui et je me mets face à lui. Je lui propose alors de marcher dans l'eau. Il marche et s'appuie peu sur moi. Le haut de son corps est également plus

relâché que lorsqu'il marche à l'extérieur. Il crie de joie et appelle Lucie, dirige la tête vers elle et la regarde. Quand je repositionne M.B dans la position initiale, il colle son dos contre mon corps, se redresse sur ses pieds et pousse en arrière, me faisant reculer jusqu'au bord du bassin. Une fois au bord, il reste contre moi. Je me retourne pour qu'il puisse s'accrocher au rebord et il se déplace le long de celui-ci, en criant et en me regardant.

Nous plaçons par la suite M.B dans une corolle, c'est un objet flottant circulaire qui se place sous les bras. J'étais en face de lui. Il a ainsi pu marcher seul et s'est dirigé vers les marches du bassin et s'est assis, sentant le dur encore une fois contre son dos et sous lui. Il ne fait plus de bruit, ne sourit plus et regarde dans le vide. Je l'ai alors entraîné vers le centre du bassin, ses pieds touchaient constamment le sol. Il est directement allé chercher les rebords du bassin avec ses mains pour s'y agripper. M.B s'est ensuite rendu et est resté particulièrement à un angle du bassin, celui qui a une pompe. Était-ce pour avoir une stimulation auditive ?

Dans cette séance, M.B est actif dans ce bassin et peut choisir la direction de ses déplacements. Ce qui ressort est un besoin de contact avec le dur, le contact du sol sous ses pieds, l'appui de son dos contre moi, le contact du rebord, comme une manière de sentir son corps. L'eau chaude amène ainsi un effet relaxant chez M.B, avec une baisse importante de son tonus.

- **Séance du 13 février 2024 :**

Comme c'est la première séance de bain thérapeutique pour M.B, je suis accompagnée de Lucie. Les bains sont proposés pour faciliter le relâchement tonique par effet de l'eau chaude et pour favoriser la proprioception par les jets de bulles.

Nous allons chercher M.B, il est dehors au soleil. Il fait rouler son fauteuil d'avant en arrière avec sa main droite, sa main gauche tient l'accoudoir. Il accompagne le mouvement du fauteuil avec son buste qui se penche en avant. Il se balance jusqu'à avoir le soleil dans les yeux puis sourit et tourne rapidement la tête à droite. Il tourne la tête à gauche doucement, sourit, crie « Hep ! » puis « Youhou ! ». Il cesse de se balancer, tape ses pieds contre le cale-pied, puis se tend d'un coup sur ses jambes et pousse en arrière, en schème d'hyperextension. Il reprend ensuite ses balancements. Nous arrivons vers lui et lui demandons s'il veut prendre un bain thérapeutique en lui montrant son maillot de bain, il ne semble pas comprendre et nous sourit. Il continue de se balancer. Je lui explique où nous allons et je pousse son fauteuil jusqu'à la salle de bain. Je lui demande de retirer son pull en le laissant faire seul. Il va très lentement, attrape le haut de son pull avec sa main droite

et tire. Cela ne suffit pas pour enlever son pull et il finit par grogner, la tête coincée sous son pull, ce que j'interprète comme une demande d'aide. Lucie l'aide à se lever en lui tenant les mains et nous le changeons. Quand Lucie fait couler l'eau, M.B semble comprendre qu'il va prendre un bain, il regarde en direction de la baignoire et sourit en criant.

Lors du transfert au palan, il n'est pas rassuré. Nous utilisons une sangle englobante : son hypertension est bien plus marquée que d'habitude, il pousse des cris stridents et répétés et a une expression d'inquiétude sur le visage. Nous le rassurons verbalement, physiquement et nous le sécurisons. Nous le transportons jusqu'à la baignoire par des rails. C'est une baignoire sabot adaptée, il peut ainsi être assis et avoir un appui au niveau des pieds. L'eau est d'abord remplie uniquement au niveau de ses pieds, elle coule. Il continue de crier, son visage est crispé, ses pieds s'agitent, son tonus est élevé. Il ne repose pas sa tête contre la baignoire, je lui propose alors deux flotteurs que je place sous sa nuque. Je pose ma main sur son front et j'amène doucement sa tête contre les flotteurs en lui demandant de poser sa tête. Il repose alors sa tête. Il semble encore stressé du transfert, ses jambes sont fléchies et hypertoniques ainsi que ses bras. La baignoire se remplit et je lui propose le pommeau de douche, qu'il attrape et pose contre son buste. Il sourit et ses jambes en introversion se relâchent. Il pose les deux mains sur le pommeau. Puis, il l'attrape de la main droite et l'amène à son cou et sur le bas de son visage à droite. Son sourire s'agrandit, le regard dans le vide, il laisse l'eau couler le long de son cou. Je l'encourage à tenir le pommeau de la main gauche et je guide son mouvement pour mouiller le bas de son visage à gauche. Il sourit.

Lucie baisse la luminosité de la salle de bain. Je lui demande s'il veut de la musique, en lui montrant l'enceinte. Je lui propose d'écouter Jacques Brel car son père m'avait dit qu'il adorait ça. Quand la musique commence, il réagit instantanément avec des mimiques de plaisir, il la reconnaît. Il garde le pommeau contre lui et je l'avertis que je vais couper l'eau car la baignoire est assez remplie. Ses mains ne sont toujours pas allées dans l'eau, il les garde près de son corps. Dès que l'eau est coupée, il rejette immédiatement le pommeau et le dépose vers ses jambes. Je préviens M.B que j'incline la baignoire légèrement, l'eau remonte le long de son corps, l'immergeant peu à peu, ce qui provoque d'abord des cris puis un relâchement tonique.

Lucie sort des bigoudis et lui donne, il en attrape un dans chaque main et les serre l'un contre l'autre. Puis, il prend le bigoudi, le plonge, le sort de l'eau et observe l'eau couler, comme s'il essayait de le remplir d'eau. Lucie tente un massage avec ces bigoudis qu'il apprécie énormément, notamment sur le ventre alors que ces bigoudis sont assez piquants. Il semble aimer le contact appuyé des bigoudis sur son corps, excepté au niveau des pieds.

Puis, nous lui redonnons les bigoudis, et il en lance un à ses pieds. Je lui renvoie au niveau de son épaule, il plisse les paupières pour ne pas se prendre d'éclaboussures et il le lance de nouveau. Nous faisons plusieurs échanges, j'ai l'impression qu'il pourrait lancer ces bigoudis sans jamais s'arrêter.

Je lui propose des jets de bulles, la baignoire peut produire deux intensités différentes. À la première intensité, il soupire, sourit et son tonus s'abaisse davantage. Je retire les bigoudis pour mettre des gants sur ses mains et voir si avec le poids du gant mouillé il accepte de mettre ses mains dans l'eau. Il les met dans l'eau et très vite essaye d'enlever les gants, les roule en boule et les lance. Je mets plus tard les bulles plus fortes : il est encore plus détendu, au point d'avoir le regard dans le vide et de sourire. Il ne crie pas.

Le dernier temps est un temps d'enveloppement dans des serviettes mouillées : nous posons d'abord une grande serviette sur le bas de son corps et une autre sur le haut de son corps. Il retire ses mains de cet enveloppement, enlève les serviettes et les roule en boule. J'essaye alors de superposer plusieurs serviettes pour augmenter le poids, j'en superpose trois sur le bas de son bas du corps, il ne les enlève pas. Puis je réitère l'expérience avec le haut de son corps : il les accepte, ne bouge plus du tout et ne fait aucun bruit. Il sourit avec le regard dans le vague, la tête tournée vers la droite. Lucie l'incite à respirer avec elle et il respire profondément plusieurs fois de suite.

À la fin de la séance, il a de nouveau peur lors du transfert au palan. Lors du temps de change, il est si relâché qu'il est compliqué pour lui de tenir debout : l'ensemble de son corps penche en arrière jusqu'à ce qu'il se retrouve appuyé totalement contre Lucie. Lors du temps de rhabillage, il semble fatigué et s'agite de nouveau, il se tend et se mord. Je décide de le ramener sur son unité mais il cherche directement à se rendre dehors.

- **Séance du 5 mars 2024 :**

À cette séance, je suis seule. Lorsque je vais chercher M.B, il est dehors en train de crier, de se bercer avec son fauteuil et il a un recrutement tonique élevé. Je lui présente son maillot de bain et lui demande s'il veut prendre un bain. Il réagit en éclatant de rire, en criant et en souriant. Il tourne sa tête vivement et se balance avec son fauteuil. Pendant le trajet, il est extrêmement bruyant et a un tonus élevé. Il alterne entre des cris de joie et des « hep », et interpelle l'ensemble des professionnels que nous croisons. Il s'amuse également à jeter son maillot de bain par terre. Je rentre dans son jeu en exagérant ma réaction « Oh non, vous l'avez encore jeté par terre ! Je vous le redonne mais attention, cette fois-ci, ne le jetez pas ! » tout en lui tendant de nouveau. Il rit, attrape le maillot et le

met en boule. Il le fait alors passer d'une main à l'autre en souriant, puis le jette. Une fois arrivés à la salle de bain, M.B enlève directement son haut. Il le met en boule et le jette au sol, puis me regarde, d'un air amusé. Quand je mets l'eau à couler, il regarde en direction de la baignoire. M.B a moins peur lors du transfert, il pousse quelques râles et son tonus reste élevé mais il l'accepte, je lui répète « tout va bien » pendant le transfert et je me positionne proche de lui avec une main dans le dos et une au niveau de ses jambes, comme si je le portais. Une fois installé dans la baignoire, les muscles de M.B se relâchent au contact de l'eau chaude au bout de quelques minutes.

Lors de cette séance, je lui laisse un temps actif d'expérimentation avec une petite bouteille en plastique vide. Il la plonge dans l'eau si vite que l'eau entre à peine dans la bouteille. Puis, il la ressort directement et essaye de verser de l'eau sur la partie droite de son torse. Je l'aide alors à la remplir davantage, il la tient à deux mains et s'amuse à faire couler l'eau sur son torse. À ce moment-là, il a les mains sur la bouteille. Il ne bouge plus les bras tant que l'eau coule. Il est silencieux, la bouche fermée, avec un grand sourire, les bras restant en dehors de l'eau.

Je propose de nouveau un temps d'enveloppement avec des serviettes mouillées, puis un temps avec les jets de bulles. Lors du temps d'enveloppement par des serviettes mouillées, je respire avec lui et je pose mes mains par-dessus les serviettes sur différentes parties de son corps. Je les pose sur son thorax, ses épaules, son ventre tout en respirant avec lui, et chaque partie touchée se relâche davantage. J'augmente le volume de ma respiration et je respire plus profondément, avec lui. Sa respiration semble se produire davantage à l'endroit où je pose mes mains, son tonus est bas, et il sourit la bouche fermée. Il est complètement immobile.

PARTIE THÉORIQUE

1. La régulation tonique

1.1. Définition

Étymologiquement, le mot tonus vient du grec tonos, ce qui signifie tension. Le tonus se définit comme « l'état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent. » (Vulpian, 1874, cité par Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 161). Il existe trois types de tonus différents : le tonus de fond, le tonus d'action et le tonus postural.

- Le tonus de fond correspond à l'état de tension des muscles au repos, permanente et involontaire. Il est évalué en passif. Le tonus de fond est très lié à l'émotionnel et à l'affect (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 173).

- Le tonus postural est « l'activité tonique minimale permettant le maintien des « mises en formes corporelles » (postures) et de leur équilibre. Il est alors lié à la vigilance et à l'éveil, dans une influence réciproque, intervenant dans la régulation de l'activité perceptive. » Il permet le maintien de la station debout et des postures. Il nécessite un équilibre entre les muscles antérieurs, postérieurs et la pesanteur (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 173-174) .

- Le tonus d'action est l'état de tension nécessaire à l'action des muscles lors d'un mouvement ou d'une action. Il prépare et soutient le mouvement (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 175).

Le tonus est dépendant de la maturation et de l'intégrité de l'équipement neurologique. Il est également influencé par les émotions.

1.2. Développement du tonus

Le développement du tonus est lié à la maturation neurologique de l'enfant. Pendant les six premiers mois de grossesse, le fœtus est en hypotonie globale. Contre la paroi utérine, il est en position d'enroulement. Au cours du septième mois, l'hypertonie segmentaire se met progressivement en place. À la naissance, le bébé présente une hypotonie axiale, une hypertonie des muscles fléchisseurs et une hypotonie des muscles extenseurs (Lesage, 2021, p. 127). Le tonus se développe en suivant les lois céphalo-caudale et proximo-distale (Potel, 2010, p. 114). La loi céphalo-caudale implique que le tonus se développe du haut

vers le bas du corps, permettant le développement de l'axe corporel. La loi proximo-distale entraîne quant-à-elle le développement du tonus du tronc en direction des extrémités. La loi céphalo-caudale permet au bébé d'accéder aux étapes de son développement psychomoteur avec en premier lieu un maintien de la tête vers deux mois, la station assise à six mois, la station debout à huit mois ainsi que la marche entre 10 et 18 mois (Potel, 2010, p. 114). En outre, la loi proximo-distale permet peu à peu le développement de la préhension (Potel, 2010, p. 120-121) .

1.2.1 Dialogue tonico-émotionnel

Le premier à parler de l'évidence du lien entre le tonus et les émotions, notamment dans les interactions mère-bébé, est Wallon (Baste, 2016c, p. 259). Plus tard, De Ajuriaguerra reprend les travaux de ce dernier et décrit le concept de « dialogue tonico-émotionnel », qui a lieu lors des relations précoces entre la mère et son enfant, comme suit :

L'enfant, dès sa naissance, s'exprime par le cri, par des réactions toniques axiales, par des grimaces ou des gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend (De Ajuriaguerra, cité par Baste, 2016c, p. 260)

L'hypertonie et l'hypotonie d'un bébé donnent des indications à la mère sur l'état interne de celui-ci. L'hypertonie étant considérée comme un appel, la mère peut ensuite répondre aux besoins de son enfant. À l'opposé, l'hypotonie montre une satisfaction de ces derniers. (De Ajuriaguerra, cité par Roux, 2013). De Ajuriaguerra montre ainsi le rôle du tonus dans la communication.

In utero, le fœtus est en contact avec la paroi utérine, il sent ainsi les états de tension et de relâchement de sa mère. De même, le fœtus bouge, s'étire et l'utérus se contracte en réponse, ce qui ramène le fœtus en position d'enroulement (Bullinger, 2015, p. 21). Un premier dialogue tonico-émotionnel entre une mère et son enfant est ainsi créé. Une fois né, l'état tonique et émotionnel du bébé va influencer celui de sa mère, et inversement. Le dialogue tonique est conscient et inconscient à la fois : la communication s'effectue par les regards, la voix, les gestes, le portage (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 178-179) . La qualité du portage physique et psychique de l'enfant dépend du déroulé de la grossesse, de l'histoire de vie de la mère, de son état psychologique ainsi que de la relation entre les parents (Potel, 2010, p. 116). Ainsi, il est alors important que l'environnement du bébé lui

procure des réponses cohérentes et stables, le dialogue tonico-émotionnel conditionnant la régulation tonico-émotionnelle du bébé.

1.2.2 Les fonctions du dialogue tonique

Le dialogue tonique recouvre plusieurs fonctions. Tout d'abord, il permet l'attachement entre le bébé et sa mère. En effet, le bébé a besoin de sécurité donnée par sa figure d'attachement, étant généralement la mère. Le bébé doit être suffisamment sécurisé dans sa relation avec cette dernière pour pouvoir progressivement intérioriser cette sécurité et cette relation, ce qui lui permet de devenir de plus en plus autonome (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 181).

Une autre fonction du dialogue tonique est de permettre l'intégration des sensations. Le bébé sent la différence de tonicité entre la personne qui le porte et son propre corps, ainsi que l'échange tonique qui a lieu entre eux. Il observe également des sensations différentes comme des états de tension ou de la détente en fonction des différents porteurs. Ces expériences de portage et de dialogue permettent au bébé de différencier les sensations et leur intégration (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 181).

Le dialogue tonique a également le rôle de changer de niveaux d'organisation : le bébé ne peut pas mettre de sens sur ses éprouvés, alors son parent s'en charge pour lui. Le parent pose des mots sur les différents éprouvés de son enfant, ce qui lui donne accès progressivement à la symbolisation (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 181).

Enfin, le dialogue tonique est un outil thérapeutique pour le psychomotricien, qui va se servir des trois fonctions du dialogue tonique citées précédemment. Le psychomotricien peut recourir au dialogue tonique pour déterminer l'état de tension de son patient et l'aider à se réguler via les échanges de tonicité avec celui-ci. Le dialogue tonique peut aussi permettre au patient, à la manière du tout-petit, l'intégration des sensations à laquelle il n'aurait pas pu accéder auparavant. En outre, le psychomotricien, en donnant du sens aux éprouvés du patient, peut l'amener à l'élaboration de ses ressentis et à accéder à la symbolisation (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 181).

Ainsi, le dialogue tonico-émotionnel est essentiel à la construction psychique, affective et émotionnelle de l'enfant. C'est également un excellent outil thérapeutique pour le psychomotricien.

1.3. Les principaux troubles du tonus

Selon le Larousse médical, l'hypotonie correspond à la « diminution du tonus musculaire » (Larousse, s. d.). Elle peut être due à une atteinte musculaire ou nerveuse. L'hypotonie se caractérise par la « diminution de la résistance du muscle à son allongement passif » (Carric & Soufir, 2014, p. 112). L'hypotonie se manifeste par une hyperextensibilité et un ballant plus élevé d'un membre lors de sa mobilisation passive. Le sujet a peu de force musculaire, une insuffisance posturale et il est fatigable.

L'hypertonie est d'origine neurologique d'après le Larousse médical, elle correspond à une « exagération permanente du tonus musculaire » (Larousse, s. d.). Il en existe deux formes : l'hypertonie pyramidale, souvent présente dans le polyhandicap, et l'hypertonie extra-pyramidale. L'hypertonie pyramidale ou spasticité correspond à « l'augmentation de la résistance du muscle à son allongement » (Carric & Soufir, 2014, p. 110). Le muscle a alors un tonus trop élevé et la personne présente souvent un déficit de force musculaire. L'examineur va mobiliser passivement un segment du corps et ressentir une résistance. Plus le mouvement de l'examineur est lent, plus le muscle touché par la spasticité peut s'étirer. La spasticité est présente chez 80% des personnes polyhandicapées (Jaubert-Brise & Porsmoguer, 2021, p. 812)

Les mouvements anormaux se produisent en l'absence de paralysie et sont dus à un trouble de la programmation ou de l'exécution volontaire du mouvement. Ces mouvements proviennent d'une atteinte des ganglions de la base ou des noyaux gris centraux, on parle alors d'une atteinte extra-pyramidale (Doummar et al., 2021, p. 866). Le mouvement anormal le plus courant est la dystonie, qui correspond à une « contraction musculaire involontaire et douloureuse, figeant le sujet dans une attitude anormale » (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 28).

2. La sensorialité

2.1. Le traitement de l'information

La sensorialité est essentielle au bon développement de l'enfant, elle joue un rôle dans les apprentissages mais aussi pour chaque acte de la vie quotidienne (Paquet et al., 2019, p. 152). La sensorialité est définie telle que se rapportant « aux organes des sens, aux structures nerveuses qu'ils mettent en jeu et aux messages qu'ils véhiculent » (Larousse, s. d.). En effet, les organes des sens sont pourvus de récepteurs sensoriels. Ces derniers

détectent des stimuli puis envoient l'information sensorielle au système nerveux central, qui va pouvoir la traiter. Le traitement de l'information nécessite quatre étapes :

- **La sensation** : Le stimulus est détecté par le récepteur sensoriel. Celui-ci transforme le message en influx nerveux et transmet l'information au cerveau (Bastier, 2019a, p. 98; Degenne-Richard, 2014, p. 13).
- **La perception** : Lors de cette étape, la sensation est traitée et notre cerveau reconnaît le stimulus (Bastier, 2019a, p. 98).
- **La modulation** : Le cerveau filtre les différentes informations sensorielles reçues et les trie par pertinence (Bastier, 2019a, p. 98). Ce filtrage permet par exemple de se concentrer sur la voix d'une seule personne au milieu d'une foule. Le rôle de la modulation est d'éviter au système nerveux central la surcharge d'informations (Degenne-Richard, 2014, p. 19).
- **L'intégration** : Selon Ayres, les sept premières années de vie servent à traiter les différentes informations sensorielles : à organiser les messages nerveux, à mettre du sens sur les stimuli, à préparer nos mouvements et nos actions... Elle parle d'intégration sensorielle (Ayres, 2013, citée par Paquet et al., 2019, p. 153). L'intégration sensorielle sert ainsi à distinguer l'ensemble des sensations plurimodales provenant de l'intérieur du corps ou de l'extérieur, à les intégrer pour percevoir l'environnement de façon cohérente et organiser son action. Ce processus d'intégration « participe à la stabilité émotionnelle, à l'apprentissage, à la régulation comportementale et permet la participation dans la vie quotidienne » (Paquet et al., 2019, p. 153). De plus, l'intégration sensorielle est essentielle pour permettre l'accès au développement sensori-moteur et moteur, au développement du langage ainsi qu'au développement cognitif (Williams & Shellenberger, 1996, cités par Paquet et al., 2019, p. 154) (cf. Annexe 1).

La sensorialité est ainsi une composante fondamentale du développement global, exerçant une influence sur toutes les autres composantes du développement.

2.2. Développement des sens

Le développement de la sensorialité commence dès la vie intra-utérine. Chez les mammifères, il y a une chronologie au développement des sens avec respectivement le développement du tact, de la perception vestibulaire, de l'olfaction, de l'audition puis de la vision (Degenne-Richard, 2014, p. 13). Chez l'être humain, à la septième semaine de

gestation, la sensibilité tactile et olfactive se mettent en place. Le système auditif commence à se développer dès vingt-huit semaines de gestation et est mature au huitième mois. Pour le système visuel, la poursuite visuelle est possible dès la trente-deuxième semaine (Vuilleumier et al., 2020, p. 33). À la naissance, les différents systèmes sensoriels du bébé sont fonctionnels. Toutefois, « les sensations ne sont pas encore imprimées sur le cortex et au niveau des aires associatives. Au cours du développement, les représentations vont se façonner et des coordinations multimodales vont s'organiser. » (Vuilleumier et al., 2020, p. 33). En effet, les différents systèmes sensoriels sont en relation entre eux mais aussi avec l'environnement (Paquet et al., 2019, p. 153). À force de répétitions, les connexions neuronales vont se modifier pour permettre la maturation cérébrale.

2.3. Les différents systèmes sensoriels

Les récepteurs des systèmes sensoriels sont sensibles à un seul type de stimulus, on dit qu'ils sont « spécialisés ». La stimulation peut être plus ou moins intense, il y a un seuil minimal à atteindre pour créer une sensation. Plus la stimulation est intense, plus la sensation l'est aussi (Morange-Majoux, 2017, p. 72). Ce seuil minimal dépend des individus.

Systèmes sensoriels externes : Le système tactile permet de déterminer les sensations de contact, de pression ou de vibration de la peau. Le système olfactif correspond à l'assimilation des odeurs. Le système visuel est quant à lui sensible aux photons et détecte les formes, les couleurs, les contrastes et la distance. Le système auditif permet de repérer et d'identifier les bruits internes et externes. Enfin, le système gustatif permet de détecter les différents goûts (Bastier, 2019a, p. 97; Morange-Majoux, 2017, p. 71).

Systèmes sensoriels internes : Grâce à ses récepteurs situés dans l'oreille interne, le système vestibulaire transmet des informations sur le mouvement, dont sa direction et sa vitesse. De plus, il permet l'acquisition de l'équilibre. Le système proprioceptif concerne quant à lui la position du corps dans l'espace. Elle est transmise grâce à des récepteurs sensoriels présents dans les tendons, les muscles et les articulations. Ce système permet de réaliser des actions sans contrôle visuel. Il existe aussi la thermoception, qui permet de percevoir la température, la nociception, qui capte la douleur ainsi que la perception viscérale, qui concerne les sensations de nos organes internes (Bastier, 2019a, p. 98; Morange-Majoux, 2017, p. 71).

La sensorialité peut être extéroceptive, les informations proviennent alors de l'extérieur. C'est le cas de la vue, l'audition, le toucher, le goût ainsi que l'odorat. Elle peut également

être intéroceptive, dans ce cas les informations proviennent de l'intérieur du corps, par les organes internes. Cette sensorialité est inconsciente. Enfin, la sensorialité peut être proprioceptive. Elle concerne alors les sensations liées à l'étirement des muscles et des tendons, ce qui permet de nous renseigner sur la position de notre corps (Morange-Majoux, 2017, p. 71).

2.4. Zoom sur les systèmes tactiles et proprioceptifs

Dans le système tactile, il existe différents types de récepteurs. Tout d'abord, des récepteurs sensibles à la pression tels que les terminaisons de Ruffini, les disques de Merkel et les disques tactiles. Ils sont activés par des contacts appuyés tels qu'un massage et entraînent de la sensibilité proprioceptive. Ensuite, il y a des récepteurs sensibles au toucher léger tels que les follicules pileux et les corpuscules de Meissner. Ils sont activés par des contacts peu appuyés comme des effleurements. Ces récepteurs sensibles au toucher et à la pression sont situés dans le derme et l'épiderme, qui est la partie de la peau en contact avec l'extérieur. Enfin, il y a un dernier type de récepteurs sensibles aux vibrations : les corpuscules de Pacini. Ces derniers sont situés dans le derme, qui est la partie la plus profonde de la peau (Morange-Majoux, 2017, p. 93-94). Leur stimulation permet alors également d'activer le système proprioceptif.

Le système proprioceptif est fonctionnel grâce à la présence de mécanorécepteurs dans les tendons, muscles et articulations. En effet, au sein des muscles, ces récepteurs sont appelés fuseaux neuromusculaires et sont sensibles aux variations de longueur du muscle. Les organes tendineux de Golgi sont les récepteurs présents dans les tendons, ils détectent les variations de tension. Enfin, les récepteurs articulaires sont sensibles aux modifications de l'angle articulaire (Canu et al., 2021, p. 47). La proprioception permet de localiser les parties du corps, les mouvements du corps dans l'espace, ainsi que de s'adapter les déplacements à l'environnement, par exemple pour éviter de se cogner (Bastier, 2019b, p. 123). La proprioception peut se ressentir par des activités telles que des étirements, des tractions ou poussées d'objets lourds, du sport, des compressions du corps, des utilisations de couverture lestée, et des activités de motricité fine (Bastier, 2019b, p. 126).

2.5. Troubles de la sensorialité

Une hyposensibilité à un sens se caractérise par un seuil neurologique élevé. La personne peut agir en accord avec son seuil, cela se manifeste par une faible réactivité. Elle peut être apathique et souvent fatigable. À l'opposé, la personne peut être en recherche de sensation

pour atteindre ce seuil neurologique, elle peut alors produire des autostimulations. La personne agit dans ce cas à l'encontre de son seuil (Réveillé, 2019, p. 290-293).

À contrario, une hypersensibilité à un sens se caractérise par un seuil neurologique bas. La personne peut avoir des réponses comportementales intenses ou peut se replier sur elle-même. Elle peut aussi agir à l'encontre de son seuil : elle évite alors les sensations et cherche à s'éloigner des stimuli (Réveillé, 2019, p. 290-293).

2.6. L'équilibre sensori-tonique

Selon Bullinger, les flux sensoriels correspondent à des stimulations de différents sens, pouvant être gravitaires, tactiles, olfactifs, sonores et visuels. Quand ils sont réceptionnés, ils vont moduler le tonus de l'individu (2015, p. 17). À force de répétitions, le bébé établit des liens entre les flux sensoriels et leur impact sur son corps, ce qui contribue à développer sa fonction proprioceptive. Bullinger parle « d'habituations » (2007b, p. 80).

L'équilibre sensori-tonique a pour fonction d'obtenir les meilleures interactions possibles entre l'organisme et les différents flux sensoriels. Il se crée progressivement et se base sur la régulation de deux boucles. La première boucle concerne la régulation tonique. Les signaux produits par les interactions entre l'organisme et son milieu impactent le psychisme. Ils jouent sur la régulation tonique et l'attention de la personne. La seconde boucle est cognitive, elle concerne le développement des représentations que Bullinger nomme « objets de connaissance ». Elle se produit dans un premier temps dans les interactions entre le milieu et l'organisme, puis dans l'acquisition des coordinations sensori-motrices. Elle permet l'acquisition de connaissances et des habituations (Bullinger, 2007c, p. 93-94). Ces deux composantes de l'équilibre sensori-tonique sont nécessaires pour que l'enfant s'approprie son milieu et se sente bien.

Pour cela, trois dimensions coexistent, qui sont la dimension physique, biologique et relative au milieu humain (cf. Annexe 2). Le milieu physique concerne les stimulations, leur nature et leur nombre. Les propriétés de l'environnement doivent être prévisibles et cohérentes, ainsi que les stimulations répétées pour que l'individu puisse se préparer à les ressentir. La dimension biologique concerne des mouvements procurant de la douleur, tels que les automutilations. Ces mouvements donnent à l'individu un sentiment d'unité et d'existence. La dimension relative au milieu humain, quant à elle, concerne notamment le dialogue tonique, le contact physique et le portage (Bullinger, 2007a, p. 157-159).

3. Polyhandicap

3.1. Définition

Historiquement, dans les années 50, les personnes polyhandicapées étaient appelées « grabataires » ou encore « encéphalopathes ». Elles ne bénéficiaient pas de soins et leur espérance de vie était limitée, ne dépassant généralement pas l'adolescence (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 19). En 1969, le docteur Elisabeth Zucman utilise le terme « polyhandicap » pour la première fois dans la revue « Réadaptation » (cité par Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 19). Son article parle principalement de la guidance parentale et éducative, Zucman ayant pour volonté que les parents comprennent davantage les comportements de leurs enfants polyhandicapés. Elle tient à ce que l'éducation de ces enfants commence le plus tôt possible et à ce que les stimulations proviennent de leur mère, l'éducation spécialisée précoce étant pour elle nécessairement un « maternage éducatif » (Zucman, 1969). En 1975, l'article 46 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées provoque l'ouverture de services d'accueil et de soins spécifiques aux personnes handicapées peu autonomes, qui ont donné lieu aux MAS (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 19 ; Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, 1975).

Le terme « polyhandicap » a évolué au fur et à mesure des années et a été plusieurs fois défini. Le polyhandicap est aujourd'hui classé dans les paralysies cérébrales. Selon le réseau de Surveillance de la Paralysie Cérébrale en Europe (SCPE), la paralysie cérébrale est :

Un ensemble de troubles du mouvement et/ou de la posture et de la fonction motrice, permanents, mais pouvant avoir une expression clinique changeante avec le temps, dus à un désordre, une lésion ou une anomalie non progressifs, qui survient dans un cerveau immature ou en développement (SCPE, cité par la HAS, 2020b).

Le polyhandicap est donc classifié dans les pathologies du mouvement, avec des causes multiples impactant le cerveau encore immature. Selon la HAS, le décret du 9 mai 2017 définit le « polyhandicap » comme suit :

Les personnes présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et

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 (décret du 9 mai 2017, cité par la HAS, 2020a).

Ainsi, à la suite d'atteintes cérébrales, les personnes polyhandicapées présentent une forte dépendance physique et psychique, une déficience intellectuelle sévère à profonde, ainsi que des troubles de la communication, cognitifs et émotionnels. Elles peuvent également présenter une symptomatologie similaire à celle des personnes ayant un TSA. L'ensemble des répercussions motrices, cognitives et somatiques limitent l'exploration de l'environnement de ces personnes, ce qui impacte leur structuration spatio-temporelle. Leur compréhension et leur communication limitées diminuent leurs compétences relationnelles et des troubles du développement psychique sont fréquents.

Le polyhandicap est à distinguer des termes « plurihandicap » et « surhandicap ». En effet, le plurihandicap est défini comme « l'association circonstancielle d'un ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles. » tandis que le surhandicap désigne « l'aggravation d'un handicap existant par les difficultés relationnelles qu'il provoque. » (Bonnotte et al., 2015, p. 139-140) .

3.2. Étiologie

Le polyhandicap est entraîné par des lésions cérébrales qui surviennent chez le sujet précocement ou au cours du développement, comme vu ci-dessus. Selon la localisation et le moment d'apparition de ces lésions, les fonctions altérées ne seront pas les mêmes et les déficits fonctionnels sur le sujet seront ainsi différents (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 21-24) .

La majorité des causes du polyhandicap sont anténatales, représentant 70 à 80 % des étiologies. Ces lésions se produisent pendant la vie fœtale. Elles peuvent être provoquées par des anomalies génétiques, des causes vasculaires telles que les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), des malformations cérébrales ou des intoxications (médicaments, drogues) pendant la grossesse (DéfiScience, 2020). Environ 10 à 15 % des étiologies ont des origines périnatales, survenant avant, pendant et juste après la naissance. Elles résultent souvent d'une grande prématurité, mais également d'AVC, d'infections, d'événements anoxo-ischémiques, d'arrêts cardiaques ou d'ictères (DéfiScience, 2020). Enfin, environ 10 à 15% des étiologies sont des causes post-natales, survenant après la

naissance. Ces causes peuvent inclure des infections telles que des méningites ou des encéphalites, des accidents domestiques (traumatismes, noyades), ainsi que des pathologies neurodégénératives, inflammatoires ou métaboliques (DéfiScience, 2020). Dans 25 à 30 % des cas, les causes du polyhandicap restent inconnues (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 22).

Ainsi, les causes du polyhandicap sont complexes et entraînent des conséquences extrêmement variables d'un individu à l'autre.

3.3. Impact du polyhandicap

Le polyhandicap entraîne de lourdes conséquences sur le développement moteur, cognitif et émotionnel. Les perturbations sont importantes, fragilisant la construction physique et psychique de la personne atteinte.

3.3.1 Atteintes motrices

Les atteintes motrices dépendent de la sévérité des lésions cérébrales, elles se définissent comme « une absence ou une réduction des possibilités pour un individu d'agir sur son environnement physique » (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 27). Ce sont des troubles de la commande motrice et des troubles du tonus musculaire, pouvant entraîner une atteinte ou une paralysie des membres. Selon les symptômes neurologiques prédominants, les paralysies cérébrales sont classées en formes spastiques, dyskinétiques et ataxiques (Feuillerat, 2018, p. 450). De plus, les troubles du tonus les plus fréquents dans le polyhandicap sont l'hypertonie, l'hypotonie ainsi que les mouvements automatiques (DéfiScience, 2020).

Les formes spastiques (ou syndrome pyramidal) représentent environ 85 % des paralysies cérébrales, elles sont provoquées par une atteinte de la voie cortico-spinale, dirigeant la commande motrice volontaire. Elles entraînent une hypertonie spastique et peuvent être bilatérales ou unilatérales. Dans les formes bilatérales, les deux hémicorps sont touchés tandis qu'un seul hémicorps est touché dans les formes unilatérales. Les formes bilatérales comprennent alors la diplégie, la quadriplégie et la triplégie, qui se manifestent respectivement par l'hypertonie des membres inférieurs, l'atteinte spastique des quatre membres, ainsi que l'atteinte spastique des membres inférieurs et d'un membre supérieur. Les formes unilatérales concernent l'hémiplégie ou l'hémi-parésie (Feuillerat, 2018, p. 450).

Les formes dyskinétiques (ou syndrome extra-pyramidal) proviennent d'une atteinte des noyaux gris centraux qui engendre des mouvements involontaires.

Les formes ataxiques (ou syndrome cérébelleux) proviennent d'une atteinte du cervelet ou des voies cérébelleuses. Elles se caractérisent par un déficit de l'équilibre et de la marche, un trouble de la coordination et de l'exécution du mouvement et une hypotonie (Feuillerat, 2018, p. 451).

Un bébé polyhandicapé n'a pas de déformations corporelles, elles surviennent en grandissant. En effet, quand le bébé est hypertonique, un muscle contracté trop longtemps va tirer fortement sur l'os où il est inséré, ce qui provoque des déformations articulaires et osseuses. Les conséquences de ces atteintes motrices sont orthopédiques et posturales, avec notamment des déformations graves de la colonne vertébrale, des luxations de hanche et des déformations du pied... Pour limiter cela, la prévention est essentielle avec l'utilisation d'appareillages adaptés (DéfiScience, 2020). En outre, les personnes polyhandicapées présentent également une fragilité osseuse pouvant entraîner des fractures spontanées (DéfiScience, 2020).

De plus, l'enfant se développe en explorant son environnement grâce à ses déplacements : il se dirige vers ce qui l'intéresse, découvre son corps, les objets et explore le monde sensoriellement. Avec de telles atteintes motrices, les personnes polyhandicapées ne peuvent explorer leurs premiers schèmes moteurs, qui leur permettraient de se déplacer à leur guise. Ils explorent ainsi leur corps et leur environnement de façon extrêmement limitée. Ils sont alors peu stimulés, ce qui restreint leurs apprentissages et ne favorise pas leur développement cognitif (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 29).

3.3.2 Une vulnérabilité physique

Les sujets polyhandicapés sont plus à risque de développer des troubles somatiques, leur santé étant extrêmement fragile (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 31-33; DéfiScience, 2020). Ces troubles sont très fréquents et gênent leur vie quotidienne lors des soins médicaux, paramédicaux et lors des actes de la vie quotidienne : repas, soins d'hygiène, déplacements... Les soins quotidiens doivent alors être adaptés, par exemple avec des traitements ou des appareillages, en fonction des troubles somatiques touchant le sujet. Ces adaptations permettent de limiter les conséquences négatives de ces troubles et de faciliter les soins et les actes de la vie quotidienne. Les troubles somatiques les plus fréquents sont :

- **L'épilepsie** : Elle est extrêmement fréquente, elle touche entre 50 à 60 % des personnes polyhandicapées (DéfiScience, 2020). L'épilepsie « est la survenue transitoire de signes et/ou de symptômes dus à une activité neuronale cérébrale excessive ou anormalement synchrone » (Dorison & Mathieu, 2021, p. 849) L'ensemble des neurones ou un groupe de neurones vont ainsi s'activer en même temps à intensité maximale, ce qui provoque une crise d'épilepsie. Ces crises peuvent causer des chutes et des décès. Les déficits moteurs et respiratoires peuvent être majorés et des complications cognitives sont possibles. En effet, il est compliqué d'évaluer l'impact cognitif réel des crises sur la personne polyhandicapée, mais la répétition de crises entraîne des changements sur le niveau de vigilance et peut modifier le comportement. Il est possible que ces personnes deviennent apathiques, ou à l'opposé hyperkinétiques, agressives. Les troubles autistiques peuvent également augmenter (Dorison & Mathieu, 2021, p. 856-857).
- **Les troubles alimentaires** : Les sujets polyhandicapés sont susceptibles de faire des fausses routes régulièrement. Elles sont provoquées par des pertes de contrôle, de la faiblesse musculaire ainsi qu'un manque de coordination entre les différents muscles de la face, du larynx, du pharynx et de l'œsophage (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 31). Les troubles alimentaires peuvent être exacerbés par des troubles de la déglutition. Les personnes polyhandicapées peuvent avoir fréquemment des reflux gastro-œsophagiens, qui sont source de douleur, mais aussi des troubles de l'oralité, une dénutrition, une constipation chronique provoquée par un manque de mobilisation et de verticalisation. De plus, les problèmes de dentition sont également fréquents (DéfiScience, 2020).
- **Les troubles respiratoires** : Certaines commandes respiratoires peuvent être déficitaires. Les individus polyhandicapés peuvent avoir une absence de toux réflexe ou des déformations de la cage thoracique. Les infections respiratoires sont fréquentes (DéfiScience, 2020).
- **La douleur** : Elle peut découler de tous les troubles somatiques mentionnés précédemment, d'escarres causées par l'immobilité, mais également être due à des douleurs psychologiques (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 35-36) . Dans le cadre du polyhandicap, la douleur est difficile à repérer : elle peut se manifester par des cris, des pleurs, de l'agitation, un repli sur soi, etc. Cependant, des grilles d'observation d'évaluation de la douleur existent et

peuvent être utilisées pour les personnes non verbales comme la grille GED-DI (HAS, 2020a).

- **Les troubles du sommeil** : Le rythme veille/sommeil peut être perturbé et les personnes peuvent avoir des insomnies. Cela entraîne des impacts cognitifs, émotionnels et peut augmenter le niveau de stress des personnes concernées, mais aussi de leur entourage (Teulade, 2021).

Ces troubles somatiques sont ainsi très invalidants. Leurs conséquences peuvent entraîner de la douleur, des appréhensions, des pertes de capacités cognitives, la présence de comportements-problèmes et peuvent même être mortelles. Cela témoigne de la vulnérabilité physique des personnes polyhandicapées.

3.3.3 Atteintes intellectuelles

La déficience intellectuelle est caractérisée par un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70. Elle est légère quand le QI est inférieur à 70, moyenne quand le QI est inférieur à 55, sévère quand le QI est inférieur à 40 et profonde quand le QI est inférieur à 25 (Richard, 2018, p. 2).

Chez les sujets polyhandicapés, la déficience intellectuelle est sévère à profonde (Richard, 2018, p. 2), ce qui implique un QI inférieur à 40, bien qu'elle soit difficilement quantifiable en raison de leur incapacité à passer des tests classiquement employés par les psychologues. Cette déficience perturbe l'efficacité cognitive et perceptive : les personnes polyhandicapées ont des troubles de la communication, avec un langage souvent absent ou altéré. La déficience intellectuelle entraîne également des difficultés de gestion émotionnelle, des difficultés mnésiques, et des difficultés de repérage spatio-temporel.

3.3.4 Troubles sensoriels

Les troubles sensoriels sont fréquents chez les personnes polyhandicapées, ils concernent principalement la vision, l'audition et le toucher (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 30). Il existe une corrélation entre ces troubles sensoriels et les déficiences, qui est due à plusieurs facteurs. Ces facteurs peuvent être des syndromes de retard de développement, des virus comme la méningite ou bien des causes médicales telles que l'oxygénothérapie des prématurés qui pouvait, il y a quelques années, entraîner une cécité (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 30). Une autre cause est le manque d'expression de la douleur chez les enfants polyhandicapés, une otite non soignée pouvant entraîner, par exemple, une surdité. Un dernier facteur est de répondre de façon non adaptée aux enfants polyhandicapés. Ils

peuvent alors grandir dans des environnements peu stimulants et auprès d'une famille qui a peu d'interaction avec eux, ce qui provoque une sous-stimulation sensorielle et entraîne donc des troubles de la sensorialité (Orelove & Sobsey, 1991, cités par Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 30).

3.3.5 Comportements-problèmes

Les personnes polyhandicapées peuvent présenter des « comportements-problèmes » (HAS, 2020a). Selon la HAS, ce sont « des manifestations dont la sévérité, l'intensité et la répétition sont telles que ces comportements génèrent des gênes très importantes pour la personne elle-même et pour autrui » (2016). Ces comportements entraînent des répercussions sur la vie quotidienne de la personne et de son entourage. Les personnes adultes ayant un TSA peuvent également manifester ces comportements problèmes, surtout chez les personnes non-verbales (HAS, 2016). Cela nous renvoie à la définition du polyhandicap citée précédemment qui énonçait la présence de potentiels signes autistiques.

Ces comportements-problèmes peuvent être des autostimulations (se balancer, émettre des bruits répétitifs), des automutilations (se mordre), des comportements d'agression (frapper, pousser, donner des coups), des comportements de destruction (jeter des objets) et des comportements de perturbation (cris, s'enfuir, se déshabiller en public) (Pellerin, 2021, p. 311). En effet, environ 50 % des personnes polyhandicapées peuvent présenter une agressivité excessive et des comportements de destruction. Plus de trois quarts des personnes polyhandicapées présentent des stéréotypies, tandis que l'automutilation est observée chez une personne polyhandicapée sur dix (Poppes, 2010 ; Emerson 2001, cités par Pellerin, 2021, p. 312).

Les conduites automutilatoires peuvent être dues à « la frustration, l'appel à l'attention, l'autostimulation compulsive, l'absence de moyens de communication, l'incompréhension de certaines situations de vie, la douleur indicible. » (Dalla Piazza & Godfroid, 2004, p. 43) La douleur, les troubles somatiques, les effets secondaires des traitements médicamenteux, ou un environnement trop ou peu stimulant peuvent affecter physiquement et psychologiquement la personne polyhandicapée. La déficience intellectuelle et le peu de communication possible réduisent les possibilités d'expression de ces personnes, ce qui peut entraîner ces comportements-problèmes (HAS, 2020a). Les facteurs explicatifs à ces conduites peuvent s'additionner et être des facteurs émotionnels, sensoriels ou relationnels.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

À la suite de ces séances avec M.B, et face au contraste frappant de son comportement, avec un état très calme pendant les séances de psychomotricité et une agitation manifeste en dehors de celles-ci, que ce soit sur son unité ou à l'extérieur, je me suis demandé : « Comment les propositions sensorielles peuvent-elles soutenir la régulation tonico-émotionnelle chez une personne polyhandicapée ? »

J'ai pu assister, lors des séances avec M.B et notamment des fins de séances, à des débordements tonico-émotionnels s'exprimant par des cris, des morsures, un tonus élevé, des gestes brusques et une agitation. En suivant le point de vue de Bullinger sur l'approche sensori-motrice, ces manifestations physiques pourraient être le signe que l'équilibre sensori-tonique de M.B est perturbé, ce qui se manifesterait par des difficultés de régulation tonico-émotionnelle.

1. La régulation tonique

Selon Potel, la régulation tonique est essentielle à la précision du mouvement, à l'adresse et à la rythmicité. L'inhibition motrice est alors intimement liée à la régulation tonique, cela correspond à la capacité d'empêcher l'action d'un membre pour en utiliser un autre et peut permettre d'obtenir davantage de capacités attentionnelles. Les maturations affectives et neuromotrices ayant lieu parallèlement, la régulation tonique a des répercussions sur le développement psycho-affectif et inversement, ils sont alors extrêmement intriqués (2020, p. 41-42) .

Dans le cadre du polyhandicap, les troubles du tonus fréquents induisent des difficultés de régulation tonique, mettant à mal l'équilibre sensori-tonique. D'après Potel, quand l'équilibre tonique d'un patient est ébranlé, le psychomotricien peut rejouer les premières expériences de régulation tonico-émotionnelle dans les séances proposées en relaxation. Pour cela, il utilise des propositions sensorielles qui vont être liées à l'environnement et aux sensations procurées dans le corps (Potel, 2020, p. 55). Ainsi, les propositions sensorielles amenées en séance de psychomotricité avec M.B, qui sont les bains thérapeutiques et le massage, peuvent rejouer ses premières expériences sensorielles, nécessitant une construction de la régulation tonico-émotionnelle.

1.1. Les flux sensoriels

Bullinger décrit différents mécanismes de la régulation tonique qui vont jouer sur l'équilibre sensori-tonique : les états de vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain et les

représentations (Bullinger, 2007b, p. 76). Comme vu précédemment, les flux sensoriels entrent en interaction avec l'organisme, qui doit s'efforcer de maintenir un équilibre sensori-tonique. La variation des différents flux produit des effets tonico-émotionnels et posturaux (Camaret Ninu, 2021, p. 148). Les réponses toniques à ces variations de flux sont un des modes de régulation tonique décrits par Bullinger (2015, p. 17). Ces signaux sensoriels sont traités en quatre phases : l'alerte qui correspond à une mise en tension de l'organisme, l'orientation qui est une organisation sensori-motrice de l'individu pour qu'il puisse se diriger vers ces stimuli, l'évaluation de la distance du stimulus et la consommation de ce dernier. M.B semble montrer des difficultés de gestion des flux sensoriels et de régulation de ses états émotionnels, ce qui induit un déséquilibre sensori-tonique provenant du milieu biologique. Ainsi, quand je propose des stimulations sensorielles à M.B, différents flux vont parvenir à son organisme. Ils vont moduler ses états toniques et émotionnels, provoquant son éloignement ou son rapprochement des stimuli. Dans la séance du 21 novembre, quand j'agite la maraca, cela provoque un flux auditif. M.B entend ce flux, il a un recrutement tonique important, en état d'alerte dans un premier temps. Il regarde ensuite l'origine du flux puis s'oriente dans sa direction. Puis, il tend le bras pour l'attraper, il se rapproche du stimulus. Plus généralement, proposer différentes sensations à M.B en séance, dans un cadre sécurisé et avec mon accompagnement permet un certain contrôle des flux. Par leur répétition, ils deviennent prévisibles. M.B peut ainsi se préparer à les recevoir et s'organiser toniquement pour cela.

Un juste équilibre entre les flux permet d'éviter les sous-stimulations ou les surstimulations, entraînant un état tonique faible ou élevé nécessitant une « décharge motrice » pour se réguler et abaisser l'état tonique (Bullinger, 2015, p. 17). M.B peut présenter une décharge motrice quand il est surstimulé, par exemple lors de festivités au foyer, il va être extrêmement agité, crier, interpeller tous ceux qui passent. Quand il entend quelqu'un passer près de la salle de psychomotricité, M.B se désorganise toniquement et a un état de vigilance élevé qui ne le rend plus disponible à son activité. Il présente une réaction d'alerte similaire à celle du nourrisson et une réaction d'orientation : il va cesser ce qu'il était en train de faire et diriger sa tête et son regard en direction du flux. Il interrompt également son action et a un recrutement tonique important. Une autre réaction d'alerte se passe lors des premières séances où je lui joue un morceau de flûte et qu'il sursaute aux changements de variations de musique, de ton. C'est également le cas lors des séances où je lui masse les mains, et qu'il dépose sa main dans la mienne puis la retire vivement. Il est possible que cette vigilance élevée ait un lien avec les crises d'épilepsie répétées qu'il a eu précocement (Dorison & Mathieu, 2021).

Cette réaction d'alerte peut être comparée à l'« hypervigilance » (Loyot, 2017, p. 27). Un bébé n'est pas capable de moduler l'ensemble des informations qu'il reçoit : il perçoit toutes les informations au même niveau. C'est ce qui explique ses réactions fortes aux différents stimuli (Bastier, 2019a, p. 98-99). Sa figure d'attachement l'aide à réguler ces stimuli et il devient capable progressivement de gérer les surstimulations, trier les informations pertinentes et maintenir son attention sur une tâche. Le cerveau de M.B était encore immature au moment où les lésions cérébrales sont survenues, il n'a alors pas pu se développer en suivant la norme. En effet, si un dysfonctionnement de la modulation sensorielle reste présent à l'âge adulte, le « niveau d'éveil et de vigilance est soit trop bas pour que le stimulus sensoriel éveille l'intérêt du système nerveux central, soit trop haut. » (Loyot, 2017, p. 27). Le cerveau reçoit alors toutes les informations au même niveau, il ne peut pas les trier selon leur pertinence. La personne « en hypervigilance » est surstimulée sensoriellement, ce qui active le système nerveux orthosympathique, intervenant dans les situations de danger. À ce moment-là, cette personne se retrouve dans un état de défense « fight or flight », ce qui entraîne des réactions de fuite ou de combat (Loyot, 2017, p. 27).

M.B semble ne pas trier les différents stimuli par pertinence et est attentif à chacun d'entre eux. Il semble alors avoir un dysfonctionnement de la modulation sensorielle et avoir une attention en hypervigilance, avec une attention soutenue très faible. Cette hypervigilance entraîne un recrutement tonique important et le rend attentif au moindre stimulus. Il ne régule pas les différents stimuli, chaque stimulus attire son attention et lui fait cesser son activité. L'information ne peut alors plus être transmise vers le cerveau (Loyot, 2017, p. 27). Pour aider M.B à sortir de cet état de stress, il est envisageable de diminuer les stimulations sensorielles.

En plus du dysfonctionnement de sa modulation sensorielle, il est possible que M.B soit également atteint au niveau de l'intégration sensorielle, ce qui correspondrait à une hyposensibilité ou une hypersensibilité. La perception de l'environnement sensoriel de M.B pourrait alors être faussée avec des représentations mentales entravées, ce qui induirait des réponses motrices perturbées. Les expériences sensori-motrices seraient alors fortement appauvries. Éviter la surstimulation serait donc essentiel pour M.B pour qu'il se sente en confiance, mais aussi pour qu'il puisse mieux intégrer les stimuli proposés lors des séances. Lors des propositions sensorielles, dans un milieu qui n'est pas surstimulant, le stimulus va provoquer une réaction tonique que je vais verbaliser. Mon accompagnement et ma présence auprès de lui vont lui permettre d'avoir accès au processus d'intégration sans qu'il ne soit gêné par d'autres stimuli. Le tonus de M.B serait alors régulé car il aurait

intégré et serait préparé à la sensation, ce qui pourrait l'aider à traiter les différents signaux sensoriels avec une meilleure régulation tonique.

1.2. La respiration

Pendant la séance du 5 mars de bain thérapeutique, j'observe qu'en posant mes mains sur différentes parties de son corps et en l'incitant à respirer, sa respiration se produit davantage dans les parties de son corps touchées. Son tonus s'abaisse à chaque zone où je pose mes mains et où la respiration a lieu. Quand je retire mes mains, sa respiration devient plus ventrale. Cela correspond à la pensée de Lesage (2021) sur la respiration, étant pour lui un autre mécanisme de régulation tonique. Selon lui, respirer module la tonicité et inversement, une respiration ventrale étant associée à un relâchement tonique tandis qu'une respiration haute correspond à une augmentation du tonus. La proximité des centres neurologiques de modulation de la respiration et du tonus explique leur intrication étroite et l'impact de l'un sur l'autre (2021, p. 143-145) . Lors de cette séance, M.B a une respiration ventrale, associée à une baisse du tonus, concordant à la théorie de Lesage. Ainsi, impulser une respiration par le toucher dans certaines parties du corps de M.B permet de l'aider à moduler son tonus et donc de favoriser sa régulation tonique.

Lorsque M.B marche, l'ensemble de son corps est recruté toniquement, notamment son buste et ses bras, il a tendance à bloquer sa respiration. Puis, soudainement, il expire fortement. Bullinger (2007b) explique, en parlant du bébé, que « le déficit tonique de l'axe est quelquefois compensé par un blocage de la respiration : on parle alors d'un tonus pneumatique. » (p.85). Ce tonus pneumatique peut se retrouver chez les personnes polyhandicapées notamment lorsqu'elles se recrutent toniquement pour effectuer une action ou pour stabiliser une posture. Bloquer sa respiration semble ainsi aider M.B à se mobiliser toniquement pour maintenir son équilibre lors de la marche.

Pendant les séances de bains thérapeutiques ou de massage des mains et des pieds, M.B atteint un état proche de celui de la relaxation. Il est en état de détente, avec une baisse considérable de son tonus, de ses cris et gestes. Sa respiration entrecoupée change et devient plus continue. En effet, quand une personne est en état de relaxation, son rythme respiratoire diminue et tend à s'allonger, la durée de l'inspiration et de l'expiration devient presque égale (Baste, 2016b). Vers les fins de séances de bains thérapeutiques, quand j'active les jets de bulles, ou lors du massage à quatre mains, M.B semble être dans un état de détente profonde, il ne bouge plus du tout, fermant presque les yeux. Sa respiration, habituellement entrecoupée devient calme, profonde et régulière, comme s'il dormait.

Pendant plusieurs temps de massage, dont celui de la séance du 24 octobre, je respire fortement et profondément pour inciter M.B à respirer, car j'observe qu'il bloque sa respiration. Il se met à inspirer puis à expirer d'un coup. Je l'encourage et il se met à respirer aussi plus fort et plus fréquemment, bien que sa respiration ne devienne pas régulière pour autant. Il semble alors y avoir un dialogue entre nos deux respirations, M.B s'appuyant sur la mienne pour favoriser la sienne.

Ainsi, les propositions sensorielles peuvent amener un état de relaxation à M.B avec un tonus bas, ce qui va augmenter son volume respiratoire et induire spontanément de profondes respirations irrégulières. De plus, un dialogue semble se jouer entre nos deux respirations, la mienne pouvant soutenir la sienne quand je respire plus fort et que je l'encourage à respirer. Enfin, toucher des parties de son corps impliquées dans la respiration permet un relâchement tonique de ces parties et une respiration améliorée. La respiration et le toucher permettent ainsi à M.B d'avoir une meilleure régulation tonique.

1.3. Une détente musculaire

Les propositions sensorielles qui sont amenées semblent entraîner un état de relaxation avec une baisse du niveau de vigilance de M.B. Cet état de relaxation a un effet direct sur la détente musculaire et le tonus. Au niveau physiologique, l'état de détente est observé chez M.B par un relâchement musculaire important. Ce relâchement tonique est présent notamment lors des séances de massage, le massage d'une main induisant le relâchement immédiat de tout le bras de M.B. Cela se voit également par la malléabilité de ses mains et de ses pieds durant ce temps de massage. Lorsqu'une personne est en état de relaxation, une mesure d'électromyogramme montre l'abaissement de son tonus de fond (Baste, 2016b). Le tonus de fond de M.B diminue ainsi lors de ces temps de massage. De plus, l'état de détente se voit au niveau neurophysiologique par le ralentissement du rythme électro-encéphalographique du cortex cérébral. Dans les cas de détente les plus profonds, il peut diminuer jusqu'à correspondre à un rythme d'état de sommeil profond. À l'inverse, une personne en état d'anxiété, d'excitation ou d'hypervigilance a un rythme plus rapide que l'état d'éveil (Baste, 2016a, p. 206-208). Je peux alors supposer que M.B, étant souvent agité et avec un recrutement tonique important, a un rythme électro-encéphalographique élevé. Ce recrutement tonique aurait également lieu parce qu'il est en hypervigilance. Ce rythme cérébral s'abaisserait grâce aux propositions sensorielles, amenant un état de conscience modifiée. M.B semble alors presque à la limite de l'endormissement, avec un regard dans le vide, un tonus bas, un visage détendu. Sa respiration se régule. Ainsi, par

le ralentissement de son activité cérébrale, un état de détente pourrait se propager à son corps et diminuer son tonus.

La baisse de tonus musculaire n'est pas aussi immédiate lors des séances de bains thérapeutiques, elle s'observe néanmoins assez rapidement. Pendant la première séance de bain thérapeutique, M.B a dans un premier temps un recrutement tonique important lors du contact avec l'eau. Cela peut s'expliquer car il a peur lors des transferts au palan mais cela peut aussi être une réaction d'alerte. Je le rassure pendant le transfert, je me positionne à ses côtés un bras sous ses jambes et l'autre bras dans son dos, comme si je le portais. Je lui parle d'une voix douce et rassurante. Je le sécurise également une fois que le transfert est fini, je lui signale qu'il est bien installé, que « tout va bien ». Dans la baignoire, sa tête est d'abord relevée, ce qui montre son recrutement tonique important. Je l'invite alors à la poser contre les flotteurs en lui indiquant et en appuyant légèrement ma main sur son front, il la maintient ensuite posée. Au bout de quelques minutes, le contact de l'eau fait effet. Ses muscles se détendent, sa spasticité diminue. Lors des séances suivantes de bain thérapeutique, il repose sa tête contre la baignoire de lui-même au bout de quelques instants dans l'eau. En outre, à la fin de cette première séance, M.B a plus de difficultés à tenir debout avec appui et à se maintenir en équilibre unipodal avec appui pendant le temps de change. Cela témoigne de la baisse de sa tonicité. Il est également plus facile de l'aider à se rhabiller notamment au niveau des membres supérieurs du fait de la baisse de sa spasticité, ses articulations ayant gagné en amplitude.

L'ensemble de ces modifications physiques, combinées à sa respiration qui se régularise témoignent d'un apaisement global de tout le corps de M.B. Cet état de relaxation est sûrement relié à un ralentissement de son activité cérébrale. Ainsi, les propositions sensorielles associées à ma présence et mon accompagnement ont un impact sur la régulation tonique de M.B.

1.4. Des propositions sensorielles contenantantes

La contenance est, d'après Veeseer (2015, p. 138-139), à la fois physique et psychique. La contenance physique concerne la délimitation physique entre le corps propre et l'environnement extérieur. Ce corps peut recevoir des stimuli internes ou externes sans se désorganiser et a la capacité d'agir sur son environnement. La contenance psychique est intimement liée à la notion d' « enveloppe psychique », qui est une « interface permettant la distinction dedans et dehors » (Veeseer, 2015, p. 139) intériorisée psychiquement. L'enfant, par ses expériences avec l'extérieur, va se créer une « enveloppe

psychocorporelle contenant » et intérioriser les limites entre le soi et le non-soi. La fonction contenant du psychomotricien est alors globale, elle se pense par rapport à l'enveloppe corporelle et à l'enveloppe psychique. Elle touche « les fonctions sensorielles, toniques, proprioceptives ainsi que le psychisme et les interactions avec le milieu (objets et environnement). » (Veeser, 2015, p. 139). Le psychomotricien, par ses interventions, sa posture, ses paroles et son cadre thérapeutique va soutenir le développement d'une enveloppe contenant.

Selon Potel (2010), la contenance est une mise en œuvre du psychomotricien de tout son corps et son psychisme, pour rejouer avec son patient quelque chose de l'ordre de la relation maternelle. Le psychomotricien, comme la Mère, va porter son patient, le rassurer psychiquement et l'aider à réguler ses éprouvés. Il peut aussi ressentir des éprouvés qui ne lui sont pas propres, mais qui se sont transmis du patient à lui (Potel, 2010, p. 224-231). À la première séance de bain thérapeutique proposée à M.B, nous avons eu de nombreuses idées de propositions, ce qui semble refléter l'agitation psychique de M.B.

Les propositions sensorielles induisent des situations de portage. Selon Mortamet (2021), porter nécessite une relation entre un porteur et un porté, il y a deux acteurs. La personne portée va influencer sur le portage qui lui est proposé (2021, p. 100). Un dialogue tonique se joue donc entre les deux. Lors de la séance en balnéothérapie, M.B est acteur du portage. En fonction de ses réactions toniques et émotionnelles, le portage proposé sera différent car je m'adapte à celles-ci. D'autres situations de portage se déroulent en séance comme lorsque M.B est dans le hamac ou lors des massages en séance en salle, qui sont des situations de portage psychique.

1.4.1 Contenance par l'eau

L'eau impose des situations de portage qui nous sont familières et qui viennent faire écho au portage que nous offrait notre mère quand nous étions bébé (Mortamet, 2021). La position d'enroulement du fœtus et le contact de la paroi utérine contre sa peau lui permettent de ressentir une sensation de contenance (Bullinger, 2015). La médiation par l'eau apporte alors un aspect contenant. En effet, dans le cadre de bains thérapeutiques, la baignoire arrondie favorise la position d'enroulement, qui rappelle la position fœtale. J'ai pu proposer des enveloppements par des serviettes mouillées. Pendant la première séance de bain, quand nous posons une simple serviette sur M.B, il s'agite, l'attrape et la roule en boule. Quand nous posons deux puis trois serviettes, cela fait plus de poids et il ressent alors les différentes parties de son corps. Je le dévisage, mais lui a les yeux dans le vide.

Il ne me regarde que si je me soucie de comment il se sent. Nous enveloppons d'abord une jambe, puis l'autre. L'ensemble de son bassin et de son buste, un bras, puis l'autre. Pour finir, l'ensemble de son corps est enveloppé. Son tonus se relâche sur les différentes parties du corps où je pose les serviettes, M.B devient immobile et souriant, le visage détendu. Le rassemblement par l'enroulement procure au nourrisson un sentiment de sécurité interne, par rappel à la sensation qu'il avait dans sa vie intra-utérine (Ponton, 2007). Les enveloppements par les serviettes mouillées pourraient alors apporter à M.B une contenance semblable à celle du fœtus dans le ventre de sa mère. En effet, M.B est en position d'enroulement, comme le fœtus. Il est dans de l'eau chaude tandis que le fœtus flotte dans le liquide amniotique. De plus, le contact des serviettes mouillées chaudes sur sa peau pourrait rappeler la sensation du toucher de la paroi utérine. Cela provoquerait à M.B les mêmes sensations que le fœtus dans le ventre de sa mère et induirait un sentiment de contenance. M.B se sentirait donc en sécurité, ce qui lui permettrait de relâcher son tonus. Ces séances de bains thérapeutiques viendraient ainsi rejouer les premières expériences sensorielles, tout en étant accompagné physiquement et psychiquement M.B dans l'éprouvé de ses ressentis toniques et émotionnels.

Toutefois, l'eau n'est pas apaisante par nature, l'entrée dans l'eau peut même être ébranlante voire angoissante (Mortamet, 2021). Lors de l'entrée en balnéothérapie, M.B a effectivement eu une réaction émotionnelle vive avec des cris, un recrutement tonique important, et une accroche au regard de Lucie. Il semblait déstabilisé par ce milieu, puis s'est peu à peu habitué, notamment grâce à mon portage et ma présence. Effectivement, le portage en balnéothérapie induit un dialogue tonico-émotionnel important entre le porteur et la personne portée, leurs deux corps étant extrêmement proches. La moindre crispation musculaire d'une personne est ressentie par l'autre. Le porteur doit également accepter de se laisser porter par l'eau (Mortamet, 2021, p. 104). Porter dans l'eau est engageant physiquement. Au début de la séance de balnéothérapie, je trouvais difficile de porter M.B, qui n'était pas sur ses jambes. Cela me demandait de la force, mes bras étaient recrutés. En utilisant davantage les propriétés physiques de l'eau, il m'a été possible de relâcher la tension dans mes bras et de compter davantage sur l'eau pour porter M.B. Mes bras relâchés étant sous les siens, il a dû sentir directement mon relâchement qui a pu se propager jusqu'à lui.

1.4.2 Contenance par le massage

Les massages proposés à M.B tendent à être contenant, enveloppant avec mes deux mains posées autour de la sienne et des mouvements circulaires et lents. J'englobe aussi

ses doigts et orteils, je les plie et les déplie. Il peut également y avoir des pressions-relâchements et des glissements des extrémités aux articulations. Une huile que je chauffe préalablement entre mes mains est utilisée, ce qui peut accentuer l'effet d'enveloppement. Les massages aux mains et aux pieds proposés à M.B vont lui permettre de percevoir ses membres, leurs limites, leur densité, les articulations des poignets et des chevilles. Le fait de ramener ses mains sur son ventre à la fin du massage et de les positionner l'une sur l'autre semble relier ses mains au reste de son corps. En effet, « Les mains « touchantes » soutiennent le corps » (Sarda, 2002) de la personne massée. Les massages permettent également à M.B de vivre d'autres sensations avec ses mains, qu'il met souvent à la bouche et qu'il peut mordre.

Dans le massage, le dialogue tonico-émotionnel est extrêmement mis en jeu, il va induire un ajustement du tonus du psychomotricien aux réactions tonico-émotionnelles de son patient. Sarda parle de « contagion relationnelle » (2002). En effet, pour induire un relâchement tonique des mains et des pieds de M.B, il est essentiel que j'aie conscience de mon propre tonus et de me plonger moi-même dans un état de détente. M.B peut ainsi sentir la pression quitter mes mains et cela peut lui permettre de se relâcher également en retour. Je ressens directement par mes mains les tensions et la baisse de son tonus.

Selon Sarda, « en touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement : émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées » (2002, p. 91). Lors du massage, je soutiens M.B par ma voix, mon regard, mon souci de lui et de comment il se sent. Je l'incite à respirer, parfois je nomme les différentes parties de sa main et l'articulation. Le massage permet alors de travailler sur la régulation émotionnelle, l'intégration de sensations et sur les représentations.

Ainsi, l'eau et le massage peuvent créer des sensations de contenance. Les limitations motrices, sensorielles et cognitives des personnes polyhandicapées entravent leur façon de ressentir leur corps et rendent difficile sa représentation. Je pose l'hypothèse que M.B a un défaut de modulation et d'intégration sensorielle. Cette dernière sert à intégrer les sensations pour percevoir l'environnement de façon cohérente (Paquet et al., 2019, p. 153). Il est alors probable que M.B ait des difficultés de représentations. Nous pouvons alors nous interroger : quelle représentation M.B a-t-il de son corps ? En effet, il est différent de sentir son corps et de percevoir ses limites corporelles. La perception est favorisée par la parole du soignant présent, qui partage l'expérience vécue par le sujet. C'est par la répétition des expériences sensorielles et par cette mise en mots que l'angoisse part et que

des petits bouts de perceptions se créent, s'ancrent dans le psychisme et peuvent finir par former une perception globale du corps, un « sentiment d'enveloppe » (Latour, 2021, p. 71-72). Ce sentiment nécessite alors l'« intériorisation des affects satisfaisants éprouvés dans une expérience partagée » (Latour, 2021, p. 71). Les massages et l'eau stimulent ainsi la sensation d'enveloppe provenant de stimulations répétées, et donc également plus directement, l'enveloppe corporelle. Il semblerait alors que les propositions sensorielles, associées au dialogue tonique et à la mise en mots de ses éprouvés corporels, viennent favoriser la perception de ses sensations. Les propositions viendraient créer des bouts de conscience corporelle, s'intégrant dans le psychisme de M.B, ce qui lui ferait éprouver un sentiment de contenance. Ce ressenti, agréable, favoriserait non seulement la confiance de M.B dans la relation mais aussi une meilleure présence à son corps. Cela entraînerait un relâchement tonique et donc la régulation tonique de M.B serait améliorée.

Pendant la marche de M.B, si Lucie pose ses mains sur les épaules de celui-ci, ses pas deviennent plus grands et le haut de son corps moins tonique. Le toucher de Lucie semble ainsi permettre une meilleure régulation tonique. De même, quand je rassemble ses deux mains l'une sur l'autre, après qu'elles aient été massées, M.B réagit fortement en criant de joie, en se recrutant toniquement et en souriant. À ce moment-là, ses mains sont rassemblées dans les miennes, mon contact est franc mais la pression reste légère. Dans ces deux situations, le contact simple entre nos mains et le corps de M.B semble l'aider à se réguler toniquement. Cela pourrait s'expliquer de différentes façons. Tout d'abord, ce toucher peut permettre à M.B de mieux sentir ses épaules, et donc de sentir son corps, sa régulation tonique serait alors favorisée. Une autre hypothèse est que le contact de mes mains ou celles de Lucie, sur ses épaules ou ses mains apaisent M.B psychiquement, lui rappelant que nous sommes présentes, auprès de lui. De plus, le dialogue tonico-émotionnel étant impliqué, M.B sentirait la détente de nos mains et se relâcherait à son tour, en miroir à celle-ci.

1.5. Ressentir la proprioception pour se réguler

M.B est en recherche de mouvements et de sensations. Il se déplace et sort à l'extérieur dès qu'il le peut avec son fauteuil, puis se berce en le faisant rouler d'avant en arrière. Souvent, lorsque je vais le chercher pour la séance, il semble montrer une envie de marcher en tendant les jambes ou en essayant de se relever. Marcher procure de la joie à M.B, il sourit et expire fortement. Les capteurs proprioceptifs présents dans ses muscles, tendons et articulations lui permettent de sentir son corps lors de cet effort, ce qui expliquerait cette recherche de mouvements et cette volonté de se déplacer. Sa motricité étant limitée, la

marche, les aller-retours de son fauteuil et amener ses doigts à la bouche lui permettent de ressentir son corps. De plus, ses cris réguliers pourraient être une recherche de sensations proprioceptives, en procurant des vibrations qui lui permettraient de ressentir son corps. Il semble également apprécier les objets vibrants et les vibrations provoquées par un instrument de musique, qui sont des sensations proprioceptives. Les mouvements de M.B ainsi que les vibrations des objets permettraient alors à M.B de stimuler sa proprioception, ce qui semble être un besoin pour lui. M.B serait alors certainement hyposensible au niveau proprioceptif, ce qui signifierait qu'il aurait un seuil neurologique élevé et qu'il aurait besoin de plus de sensations proprioceptives que la norme pour atteindre son seuil. Il semble alors agir à l'encontre de son seuil en étant en recherche de sensation.

Selon ce point de vue, les propositions sensorielles amenées en séance combleraient le besoin de M.B de ressentir cette proprioception et viendraient saturer son seuil neurologique. Dans l'eau, la sensation de pesanteur est différente, la proprioception est extrêmement mise en jeu, notamment lors de déplacements ou de mouvements. Les repères et appuis changent (Latour, 2021, p. 73). Être dans l'eau et encore plus dans la balnéothérapie, où M.B va pouvoir se déplacer, va alors stimuler sa proprioception. De plus, l'eau procure des stimulations de l'ensemble des capteurs cutanés du corps, par des frottements et des pressions sur la peau (Potel et al., 2021, p. 61). De même, les massages viennent stimuler les capteurs présents dans les articulations et les muscles de ses mains et de ses pieds. Des capteurs plus profonds sont également stimulés quand les jets de bulles sont en marche et lors des pressions-relâchements des massages. De plus, les récepteurs thermiques sont aussi sollicités par la température de l'eau (Potel et al., 2021, p. 71) et de ses mains chauffées par l'huile. L'eau et les massages stimulent alors les contours de la peau de M.B, sa surface, donnant une sensation de continuité. Cela lui permettrait de ressentir davantage son corps, de se sentir contenu et donc de se sentir en sécurité.

L'utilisation des jets de bulles lors des bains thérapeutiques a dans les premières séances eu un effet très fort sur M.B, avec un recrutement tonique bas, un regard dans le vide, comme s'il était dans un autre monde. Il est possible qu'à ce moment-là, M.B soit dans une « bulle sensorielle » dans laquelle il éprouve du plaisir mais s'isole. C'est pourquoi il est nécessaire d'alterner les phases d'exploration seul et des temps de partage (Mortamet, 2021, p. 95). De plus, comme son seuil neurologique est atteint, il n'a plus besoin d'avoir des conduites de recherche de sensations. Cela expliquerait qu'à ce moment-là, il ne mette plus ses doigts en bouche et ne fasse plus de mouvements, son tonus serait donc plus bas.

En séance, M.B sent sa peau, ses muscles et cela lui offre l'occasion de ressentir son corps par la stimulation de son système proprioceptif. Le fait de pouvoir ressentir son corps aux endroits stimulés pourrait ainsi lui permettre de ressentir son corps unifié. Selon Bullinger, la fonction proprioceptive se développe grâce à la combinaison de la sensibilité profonde et des effets des variations de flux sensoriels (Camaret Ninu, 2021, p. 148). La proprioception est alors toujours associée à d'autres flux (Royer, 2022, p. 122), notamment le vestibulaire et le tactile. La fonction proprioceptive de M.B provient alors de l'ensemble des réactions tonico-émotionnelles qu'il a lors des stimulations sensorielles et des capteurs de la sensibilité profonde. Lors des propositions sensorielles, les flux sensoriels sont maîtrisés et contrôlés. M.B est dans une salle éloignée des autres stimulations, il peut alors se concentrer davantage sur la réception des informations sensorielles.

Ainsi, les sensations stimulent la proprioception de M.B. Par son relâchement tonique, ce résident paraît particulièrement apaisé lors de ces propositions sensorielles. Comme il semble être en recherche de sensations proprioceptives, les propositions sensorielles vont combler ce besoin et réduire son agitation. En outre, elles lui permettraient alors d'avoir une meilleure conscience corporelle et de se représenter son corps comme unifié. Cela viendrait renforcer cette sensation de contenance et l'aiderait à se réguler toniquement.

2. Du dialogue tonico-émotionnel à la régulation tonico-émotionnelle

2.1. Entre émotion et tonus

Les émotions de M.B sont à première vue difficiles à identifier. Certains éducateurs me disent que ce résident est toujours agité ou qu'il crie « comme à son habitude ». En l'observant plus finement, il apparaît que M.B, au même titre que tout être humain, réagit différemment en fonction du contexte, de son état et de l'environnement. Quand M.B a une forte émotion, il a un recrutement tonique important et il crie. Cependant, d'autres signes tels que ses gestes, ses expressions faciales, son regard ou la tonalité de sa voix peuvent renseigner sur son état émotionnel. Ce résident semble agir à l'image de l'hypertonie d'appel du bébé, qui exprime directement son mal être ou ses émotions par son tonus. Quand M.B est extrêmement calme, détendu, son tonus est également bas, ce qui rappelle l'hypotonie de satisfaction du nourrisson (De Ajuriaguerra, cité par Roux, 2013).

Étymologiquement, le terme « émotion » vient du latin « motio », qui signifie « mouvement ». Cela montre la non-immuabilité des émotions, elles sont constamment en

évolution, passant d'un état à l'autre. Selon Baste, « L'émotion consiste en une expérience psychophysiologique singulière et complexe qui dépend de l'état actuel d'un sujet en réponse à son environnement et à son monde interne. » (2016c, p. 252). La personne est alors influencée par des facteurs internes propres à sa physiologie et par des facteurs externes environnementaux (2016c, p. 252). Les facteurs externes influençant les émotions de M.B sont l'impossibilité de se rendre dehors, la frustration, tandis que les facteurs internes peuvent être la douleur, la faim... L'émotion « qui arrive à la conscience, qui parfois s'agite, se révèle, consiste en un comportement physiologique et psychologique. » (Baste, 2016c, p. 252). Les émotions montrées par un patient témoignent de son humeur, sa personnalité et ses motivations (Baste, 2016c, p. 252). La joie procure chez M.B un recrutement tonique important, c'est comme si sa joie était inscrite dans l'ensemble de son corps. Il sourit, tourne la tête, appelle en criant, retourne la tête, pousse un second cri plus long, agrippe son fauteuil et se balance, entraînant tout son corps en avant. Il met ensuite ses doigts à la bouche d'un geste brusque et tape des pieds au sol, se tourne brusquement, puis serre le poing en criant de joie. Chaque cri implique une élévation de son tonus. Ce qui procure de la joie à M.B semble être d'avoir un impact sur son environnement, comme lorsqu'il assemble deux objets. Un autre élément procurant de la joie à M.B est d'être actif notamment lorsqu'il joue avec le bigoudi dans le bain ou quand il tient le pommeau de douche et le fait se déplacer sur son épaule, son buste... Être reconnu semble également important pour lui, il montre un besoin de « se sentir exister » lorsqu'il appelle les autres professionnels jusqu'à ce qu'ils le remarquent. Enfin, M.B semble heureux quand il assemble deux objets, ou quand il sent ses deux hémicorps unifiés comme lorsqu'il a bénéficié d'un massage à quatre mains. C'est aussi le cas quand il réunit ses mains en tenant un objet, il est à ce moment-là dans un état de détente très important. Ainsi, M.B semble ressentir du bonheur quand il est libre d'agir, actif dans ses sensations.

Les émotions ressenties impactent directement le tonus musculaire de M.B. Cela est apparent notamment chez les enfants : un bruit apparaît par surprise et la personne sursaute, les muscles de son corps se contractant d'un coup, passant d'un tonus ajusté à un tonus élevé (Baste, 2016c, p. 256). Quand je joue de la flûte traversière, M.B sursaute lorsqu'il y a des variations de hauteur, car il ne s'y attend pas. Cela montre son recrutement tonique quand il est surpris. Inversement, le tonus de M.B impacte ses muscles ainsi que son état émotionnel. Les muscles se contractent grâce à un influx nerveux, qui est en lien avec « les messages volontaires venant du cortex, les processus d'effort et les facteurs émotionnels » (Baste, 2016c, p. 258). M.B exprime par son comportement ses émotions. Quand il est frustré, comme à la fin de la séance du 21 novembre, il crie, se mord la main,

son tonus augmente et il a des gestes brusques. Il fait de grands mouvements avec son fauteuil roulant, tape des pieds, il devient extrêmement agité et son visage aborde une expression de rage. Quand je l'avais observé par la fenêtre et qu'il était dehors, M.B semblait heureux. Il poussait de grands cris de joie, puis riait, il avait plusieurs recrutements toniques qui induisaient des schèmes d'hyperextension. Il était agité également, son visage était très expressif avec de grands sourires. Il tournait sa tête d'un côté, riait, puis tournait la tête de l'autre côté. Ses émotions impactent alors directement son tonus. De même, quand celui-ci est bas comme lors des massages, son état émotionnel est également calme. Faire des propositions sensorielles à M.B modifie son tonus élevé, par la détente musculaire mais aussi grâce à l'apaisement procuré par la relation. L'amener à un état de détente pourrait ainsi influencer directement ses émotions et l'aider à les réguler. Les propositions sensorielles soutiendraient ainsi la régulation émotionnelle de M.B.

Chez M.B, chaque émotion forte s'exprime par une augmentation de son tonus, que ce soit la joie, la peur, la colère ou la surprise. De plus, M.B présente un tonus de fond élevé par sa spasticité, mais j'ai pu observer lors des séances qu'il y avait également une composante tonico-émotionnelle à cette rigidité. Par les propositions sensorielles, comme le massage de ses mains et de ses pieds ou les bains, je cherche à amener M.B à trouver son tonus minimal de repos. J'ai vu en séances que le massage de ses mains permettait de relâcher l'ensemble de ses bras. En effet, le tonus est régulé à plusieurs niveaux : au niveau spinal, sous-cortical et cortical (Baste, 2016c, p. 259). Au niveau sous-cortical, les états de conscience et le tonus sont mis en relation par la substance réticulée et le thalamus : une personne aura plus d'attention dans une posture droite tandis qu'elle sera plus démotivée dans une posture avachie (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 170-171). M.B, lors de la séance du massage à quatre mains était assis au sol avec le dos contre un fauteuil. Il était donc dans une posture avachie. À ce moment-là, il semblait presque s'endormir, avait le regard dans le vide, le visage détendu et un tonus bas. Sa détente est due au massage de ses deux mains simultanées et au fait qu'il soit entouré par deux personnes en qui il a confiance. En outre, il est également possible que sa posture avachie impacte son tonus et son état psycho-émotionnel.

Les sensations corporelles et la respiration ont une action au niveau médullaire, sous-cortical et cortical. Elles ont donc également un impact sur le tonus (Baste, 2016c, p. 259). Le tonus de M.B varierait alors en fonction de ses postures et de son l'état psycho-émotionnel. Ainsi, son tonus semble être en dialogue constant entre l'environnement, son état émotionnel et ses muscles. Les propositions sensorielles influent sur l'état tonique et émotionnel de M.B. Cependant, ces deux états s'articulent entre eux et sont

continuellement en dialogue également (Baste, 2016c, p. 259). Quand j'accompagne M.B dans l'abaissement de son niveau tonique, son état émotionnel est forcément impacté. Il arrive fréquemment que j'aie cherché M.B pour une séance et qu'il soit agité et présente un état tonique élevé avec un état émotionnel qui s'exprime fortement. Cela est arrivé notamment lors de la séance du 5 décembre où il était douloureux et se mordait en début de séance. Le jeu de cylindres a d'abord réduit ses automutilations tandis que le temps de massage a considérablement baissé son tonus. Avec Lucie, nous avons massé ses deux mains en même temps, ce qui a entraîné chez lui un état de profond relâchement et une détente jamais observée jusqu'alors. Son état émotionnel a donc bien été transformé par ce temps de massage, mais également par notre présence à ses côtés. Ainsi, les propositions sensorielles des séances permettent de jouer sur l'état tonique de M.B, ce qui influe directement sur son état émotionnel. Inversement, les propositions sensorielles peuvent amener un certain état émotionnel chez M.B et influencer son état tonique. Elles permettent alors de favoriser la régulation tonico-émotionnelle de M.B.

2.2. Un dialogue tonico-émotionnel qui donne accès aux représentations

Les propositions sensorielles seules ne suffisent pas à soutenir la régulation tonico-émotionnelle de M.B, la relation est indispensable, cela se joue dans la rencontre. Dans le cadre du polyhandicap, la valeur communicationnelle du tonus est mise à mal dès la petite enfance, gênant le dialogue tonico-émotionnel entre la figure d'attachement et son enfant. Les interactions avec autrui sont alors mises à distance et peuvent entraver la relation. De plus, l'accès au sens de ces manifestations tonico-émotionnelles est compliqué du fait de la déficience intellectuelle. Au début de mon stage, je trouvais les réactions de M.B difficiles à interpréter et j'avais besoin de le comprendre davantage pour pouvoir être dans une relation de soin.

D'après mes observations, M.B se montre extrêmement sensible à son environnement et semble agir en miroir de ce qu'il perçoit de l'autre ou de son milieu extérieur. Lors de festivités comme la fête de Noël, il y a un grand nombre de personnes autour de lui, mais aussi du bruit et de nombreux mouvements. M.B est dans un état tonique élevé, il est agité et bruyant comme son environnement. Lors de séance de massage en psychomotricité, nous sommes dans un environnement peu stimulant et je lui parle avec une voix calme, un ton rassurant et je prends un rythme lent. Mes gestes ne sont pas brusques mais prévisibles. Je préviens M.B de mes actions et de mes mouvements. M.B va se montrer apaisé et être dans un état tonique bas. Cela s'explique car le psychomotricien, par ses

connaissances sur son corps, ses émotions et son tonus mais aussi par un travail personnel s'accorde au patient et « utilise son corps comme première caisse de résonance dans la rencontre » (Potel, 2020, p. 54). Cela demande une implication psycho-corporelle importante du psychomotricien, il va s'appuyer sur le tonus de son patient mais également sur le sien (Potel, 2020, p. 54). Je m'appuie ainsi sur mon propre tonus bas pour aider M.B à réguler le sien. De plus, quand M.B exprime une émotion, je verbalise ses éprouvés et tente d'y mettre du sens. Lors des temps de change qui ont lieu avant et après le bain, j'ai des mouvements lents, je prends le temps nécessaire à ce qu'il prévoie mes mouvements pour qu'il puisse se réguler davantage.

Les éducateurs m'ont expliqué que les temps de rasage étaient compliqués pour M.B. J'ai alors demandé à y assister, à observer et à essayer éventuellement de le raser. L'éducatrice, voyant que ce temps de rasage était désagréable pour lui, essayait d'aller vite pour que cela dure moins longtemps. M.B donnait de grands coups de tête et s'est mis à se mordre, ce qui a interrompu le soin. Je propose de positionner M.B devant le miroir et de lui expliquer chaque geste en prenant le temps. En effet, cela lui permet de prévoir l'action, lui qui prête extrêmement attention aux mouvements des autres, de limiter la surstimulation et de favoriser sa confiance en nous. Face au miroir, je lui propose de sentir et de toucher la mousse, puis je lui en mets sur le visage et je lui montre où est la mousse sur son visage. Je lui indique la différence entre avant et après le rasage, je l'accompagne verbalement sur ce temps... Cette fois-ci, M.B est resté plus calme, bien qu'il ait montré que c'était désagréable par des grognements et des crispations de son visage. Il ne s'est pas mordu, ce qui montre une régulation tonico-émotionnelle plus efficace. Grâce aux gestes lents, à mes encouragements et à ce que j'ai verbalisé de ses éprouvés, il a eu le temps de se préparer à recevoir la sensation. L'éducatrice, qui appréhendait la douleur de M.B et effectuait des gestes rapides avait un tonus élevé, M.B a alors répondu à l'image de ce tonus élevé. En prenant le temps, en restant calme et en le rassurant, M.B parvient davantage à réguler son tonus en s'appuyant sur le mien, ce qui montre l'importance du dialogue tonico-émotionnel.

Le dialogue tonique correspond à un mécanisme de régulation tonique externe, ce qui signifie qu'il ne provient pas de l'organisme, nommé « milieu humain » par Bullinger. C'est l'interaction entre l'individu et son environnement humain. Ce mécanisme de régulation est le plus utilisé par le bébé : il va avoir des manifestations toniques, l'adulte s'en aperçoit, s'ajuste puis donne du sens à ces manifestations (Bullinger, 2007b, p. 79-80). C'est précisément ce qui se passe en séances avec M.B, il a des manifestations toniques dues aux propositions sensorielles, à ses émotions ou à l'environnement. Je lui verbalise, je mets

du sens sur les variations de son tonus et cela l'aide à se réguler. Quand il y a des personnes qui passent près de notre salle et qu'il cesse son activité, je lui signifie que nous entendons des personnes qui marchent et il reprend ce qu'il faisait. C'est comme s'il avait besoin que quelqu'un lui valide que ce qu'il perçoit est juste. D'après Bullinger, il y a une synchronisation entre les sensations externes, issues des flux sensoriels, et les sensations internes provenant de l'ensemble des modulations toniques et des perceptions proprioceptives. Grâce à cette coordination, le bébé parvient à distinguer les différents flux sensoriels. De ce fait, il s'oriente en fonction des flux et anticipe ses réactions aux stimulations sensorielles. Il s'ajuste toniquement ce qui l'empêche de se désorganiser (Bullinger, 2007b, p. 80). Chez M.B, la déficience intellectuelle restreint l'accès aux représentations mentales.

Selon Potel, quand nous utilisons des médiations sensorielles telles que l'eau, nous utilisons l'environnement extérieur, le « milieu non humain ». Ce qui est important est la présence d'un autre. Pouvoir lier la sensorialité à un environnement humain et non humain permet à l'individu de se sentir à sa place à un instant donné, dans un espace sécurisé (Potel, 2020, p. 72). En présentant à M.B un milieu non humain associé à ma présence, je peux supposer qu'il se sente en sécurité, à sa juste place. Cela favorise sa construction somato-psychique mais aussi son accès aux représentations. Cela joue aussi sur la qualité de notre relation. De plus, une des fonctions du dialogue tonique est de permettre l'intégration des sensations chez le bébé (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2012, p. 181). Les expériences de portage de M.B et de dialogue lui permettent ainsi de différencier les sensations et leur intégration, ce qui régule son tonus.

Ainsi, grâce à l'appui du milieu humain, M.B a pu recevoir les différents stimuli et y répondre, ce qui correspond à un état d'équilibre sensori-tonique. Ma présence, associée au partage d'expériences sensorielles que j'ai eu avec ce résident, semble lui permettre de se réguler grâce au dialogue tonico-émotionnel et favorise également son accès aux représentations. Cela l'aiderait à se construire corporellement et psychologiquement.

2.3. L'alliance thérapeutique

2.3.1 L'importance du relationnel

L'alliance thérapeutique se définit comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute, dans la visée de l'atteinte des objectifs fixés conjointement » (Valot & Lalau, 2020, p. 4). La présence d'une alliance thérapeutique solide est alors nécessaire pour aider M.B à se réguler et à s'apaiser M.B. Le dialogue tonique est essentiel

à la mise en place et au maintien de cette alliance. En effet, cette dernière « repose sur la rencontre de deux personnes, dans un dialogue tonique sur lequel repose chaque séance de relaxation. » (Baste, 2016c, p. 260). En outre, l'alliance nécessite également bienveillance et ajustement. En m'ajustant à lui toniquement comme quand je respire avec lui, en lui parlant toujours avec un ton calme et respectueux et en me souciant de sa personne, je l'incite à me faire confiance. Sans la confiance qu'il me donne, ce résident ne pourrait pas abaisser son tonus de fond lors des temps sensoriels. Prendre soin de l'autre passe notamment par l'installation de la personne. Je vérifie toujours que M.B est correctement installé, que la position est confortable pour lui, je lui demande comment il se sent. Même si je ne suis pas sûre qu'il comprenne mes mots, je me dis qu'il comprend mon intention et l'intonation. Comme il réagit à ce que je dis, par des réactions toniques et émotionnelles, cela soutient notre relation par la valeur communicationnelle du tonus.

Le relationnel est très important pour M.B, il semble être en recherche de relation duelle, cela l'apaise. Ce résident apprécie d'avoir l'attention entière de l'autre, comme lors de l'observation de son temps de repas où il attendait que je le regarde. De plus, si nous croisons des professionnels lors des trajets pour aller en séance, il cherche à attirer leur attention en les regardant et en interpellant. Il cesse quand les personnes lui répondent « Bonjour » et sourit alors, comme s'il s'était senti reconnu. Pendant les séances de psychomotricité, M.B montre également un besoin d'encouragements et de validation. Lors de l'empilement de cylindres ou lorsqu'il joue avec une maraca, il a besoin de notre regard et de nos félicitations pour pouvoir continuer son exploration. Il guette notre regard, nos sourires en nous regardant et en émettant des cris d'appel, comme pour dire « regarde ce que j'ai fait ».

Il réagit vivement à nos encouragements par des cris, des expirations, des sourires, des rires, et un recrutement tonique élevé. M.B est, de plus, très sensible aux compliments et réagit en souriant, en criant de joie et en redressant la tête lorsqu'on lui en fait. Le défaut de régulation tonico-émotionnelle de M.B vient ainsi se manifester par sa recherche de relation et son agitation.

La contenance est induite par les propositions sensorielles et le portage physique et psychique qu'elles procurent. Elle soutient le développement de l'alliance thérapeutique et se base aussi sur le dialogue tonico-émotionnel. Winnicott a développé de nombreux concepts dont ceux du holding et du handling. Le holding concerne le portage psychique du bébé par sa figure d'attachement, il se soucie de la qualité de ce portage ainsi que de sa régularité. La contenance apportée par celui-ci procure au bébé un sentiment de sécurité

et de confiance. Le handling concerne quant à lui les soins quotidiens procurés au bébé par la figure d'attachement (Bekier & Guinot, 2012, p. 103). La forte dépendance physique et psychique des personnes polyhandicapées évoque les relations précoces entre mère et enfant. Par les propositions sensorielles, j'ai pu porter physiquement et psychologiquement M.B, à l'image du holding qu'il a vécu avec sa figure d'attachement. M.B semble avoir besoin d'un portage par le regard, comme un bébé cherche le regard de sa mère dans le holding. Il cherche à ce qu'on le regarde, comme lorsqu'il marche et qu'il semble vouloir que tous les professionnels le regardent et le saluent. Cela se remarque aussi sur le temps de repas où il criait pour m'interpeller quand je ne le regardais pas, alors que s'il me voyait en train de le regarder, il souriait simplement. Il cherchait d'ailleurs mon regard lors du premier massage des mains que j'ai proposé, j'avais à ce moment-là la volonté de le contenir avec mon regard. Cette accroche à mon regard s'est estompée dans les séances qui ont suivies, comme si, en ayant confiance en moi, il avait moins besoin de me regarder. En effet, l'appui par le regard permet la reconnaissance et l'identification, c'est un « toucher à distance » qui peut rassurer, transmettre une compréhension de l'autre et produire des encouragements (Ponton, 2007, p. 4-5). Le regard est alors un soutien, un appui pour M.B.

Ainsi, les expériences sensorielles, mon souci de sa personne, mon regard et l'utilisation de mots contribueraient à soutenir l'enveloppe psychique de M.B, qui se sentirait contenu. La mise en place puis le maintien de l'alliance thérapeutique lui permettent d'avoir confiance, d'abaisser son tonus de fond et de favoriser sa régulation tonico-émotionnelle.

2.3.2 Un milieu sécurisant

Le cadre thérapeutique est également important pour l'alliance thérapeutique. Il se définit selon Potel comme « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (2010, p. 321). Les conditions à ce cadre sont notamment l'espace, le matériel, le temps, l'encadrement et les conditions de fonctionnements institutionnels (Potel, 2010, p. 322-323). Les séances avec M.B se déroulent au même endroit, d'abord en salle de psychomotricité puis dans la salle de bain thérapeutique. Sur son unité de vie ou lors des temps de repas, M.B semble surstimulé, il suit du regard les professionnels qui passent, il les interpelle et est agité. À l'inverse, dans les salles de psychomotricité et de bain thérapeutique, les bruits alentour sont amoindris et il n'a pas de contrôle visuel sur les déplacements des autres résidents ou des professionnels. Ces salles ont moins de stimulations sensorielles que son unité de vie, ce qui rend le milieu moins stimulant.

Le temps est le même à chaque séance : les séances en salle durent 45 minutes tandis que les séances de bains thérapeutiques prennent plus de temps avec les temps de change, elles ont une durée d'environ 1h15. Le temps de la séance est donc régulier.

Concernant l'encadrement, je suis d'abord accompagnée de Lucie, puis seule avec lui, ce qui limite aussi la surstimulation. Je constate une différence quand Lucie est présente ou non. Quand elle est là, M.B est beaucoup plus réactif en séance, il va l'interpeller sans cesse par des cris et la regarder souvent. M.B se montre plus calme quand Lucie s'en va. Il y a moins de personnes dans la pièce, l'environnement est moins stimulant et lui-même va être moins agité.

Le cadre thérapeutique favorise alors la baisse des surstimulations permettant une certaine prévisibilité des séances. Cela rassurerait M.B et le rendrait davantage disponible aux stimulations sensorielles proposées, ce qui serait un moyen de régulation tonico-émotionnelle.

CONCLUSION

Ainsi, ce mémoire s'achève, relatant une partie de ma réflexion sur l'accompagnement psychomoteur de M.B. Sa rencontre et mes séances avec lui ont transformé la vision que j'avais de mon stage et ont pleinement influencé la construction de ma posture professionnelle. Moi qui étais intimidée par le polyhandicap, me suis finalement laissée prendre par un engouement à chaque séance avec lui, curieuse de voir où il allait m'amener. Son agitation psychomotrice, ses difficultés de régulation tonico-émotionnelles et sa recherche de relation m'ont guidée dans mes nombreux questionnements sur son fonctionnement psychomoteur qui se sont élargis à des interrogations autour du soin psychomoteur chez les personnes adultes polyhandicapées. Ce travail semble avoir amené aux équipes un nouveau regard sur M.B et a permis de nombreux échanges avec elles, notamment dans le cadre des bilans effectués et sur la réévaluation de son projet personnalisé.

Les connaissances théoriques sur le polyhandicap m'ont permis de mieux comprendre les capacités et limitations psychomotrices de M.B, tandis que j'ai pu me représenter les répercussions du polyhandicap sur la sensorialité et la régulation tonico-émotionnelle. Ces éclaircissements ont apporté des éléments de réponses à ma réflexion sur l'accompagnement psychomoteur de M.B et sur la façon dont les propositions sensorielles peuvent le soutenir dans sa régulation tonico-émotionnelle. C'est à cette problématique que j'ai tenté de répondre dans ma dernière partie théorico-clinique.

J'ai ainsi posé l'hypothèse que les propositions sensorielles telles que le massage et le bain thérapeutique induisent un état de détente chez M.B. Celui-ci provoquerait notamment un abaissement de son tonus de fond et une régulation de sa respiration. De plus, l'activation de ses récepteurs tactiles et proprioceptifs stimulerait son système proprioceptif, ce qui viendrait assouvir sa recherche de mouvements et de sensations. M.B aurait alors moins besoin de se stimuler en se berçant, en étant en mouvement ou en amenant ses doigts à la bouche, ce qui favoriserait sa régulation tonico-émotionnelle. Enfin, les propositions sensorielles étayeraient la représentation du corps de M.B, lui donnant la sensation d'être contenu et la vision d'un corps unifié. Ceci serait rassurant pour lui et l'aiderait à se réguler toniquement.

La présentation de propositions sensorielles ne suffisant pas, la présence du psychomotricien, le dialogue tonico-émotionnel et le développement de l'alliance thérapeutique sont essentiels pour favoriser la régulation tonico-émotionnelle de M.B. La confiance qu'il m'accorde semble lui donner accès à des états de relâchement tonique importants. Mon observation attentive, la mise en mots de ce qu'il semble éprouver, mon

adaptation à ses réactions réguleraient son équilibre sensori-tonique. Ma voix, ma posture, mes encouragements et la réassurance l'aideraient à se réguler avant qu'il ne se désorganise toniquement. M.B peut ainsi s'appuyer sur ma présence, le milieu humain, associée au milieu non humain, les propositions sensorielles, ce qui rendrait les stimuli prévisibles et travaillerait l'intégration sensorielle. Par la suite, il pourrait se préparer à recevoir les stimuli, être actif dans la réception de ces derniers et mieux se réguler toniquement.

L'ensemble de ces moyens soutiendraient alors la régulation tonico-émotionnelle de M.B. Il serait intéressant de poursuivre ce travail en lui donnant la possibilité d'être plus acteur de ses séances, mais également dans la relation et sa communication. Il serait alors possible de solliciter davantage la relation par l'utilisation du jeu, auquel il semble être particulièrement sensible quand il s'amuse à jeter un objet au sol et rit de ma réaction. Ainsi, en adoptant une posture plus active, M.B pourrait renforcer ses moyens de régulation tonico-émotionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- Baste, N. (2016a). 23. Les effets d'ordre neurophysiologique. In *Méthodes de relaxation* (p. 206-213). Dunod. <https://www.cairn.info/methodes-de-relaxation--9782100745883-p-206.htm>
- Baste, N. (2016b). 24. Les effets d'ordre physiologique. In *Méthodes de relaxation* (p. 214-216). Dunod. <https://www.cairn.info/methodes-de-relaxation--9782100745883-p-214.htm>
- Baste, N. (2016c). 29. À l'écoute de la subjectivité. In *Méthodes de relaxation* (p. 248-262). Dunod. <https://www.cairn.info/methodes-de-relaxation--9782100745883-p-248.htm>
- Bastier, C. (2019a). Chapitre 6. Le système sensoriel. In *Faciliter la communication et le développement sensoriel des personnes avec autisme* (p. 97-101). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.basti.2019.01.0097>
- Bastier, C. (2019b). Chapitre 8. Les spécificités proprioceptives. In *Faciliter la communication et le développement sensoriel des personnes avec autisme* (p. 123-128). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.basti.2019.01.0123>
- Bekier, S., & Guinot, M. (2012). Chapitre 3. Équipement et compétences du nourrisson. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité—Tome 1*. De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/manuel-d-enseignement-en-psychomotricite--9782353271290-page-87.htm>
- Bonnotte, L., Guitard, S., & Lequenne, F. (2015). Chapitre 11. Le polyhandicap. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 139-146). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2015.01.0139>
- Bullinger, A. (2007a). Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensori-tonique. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 151-159). Érès. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-de-l-enfant-et-ses--9782749203072-p-151.htm>

- Bullinger, A. (2007b). La régulation tonico-posturale chez le bébé. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 76-80). Érès. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-de-l-enfant-et-ses--9782749203072-p-76.htm>
- Bullinger, A. (2007c). Place et rôle de l'équilibre sensori-tonique chez l'enfant d'âge scolaire. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 93-98). Érès. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-de-l-enfant-et-ses--9782749203072-p-93.htm>
- Bullinger, A. (2015). Le développement psychomoteur. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 15-55). Érès. <https://www.cairn.info/le-developpement-sensori-moteur-enfant--9782749248103-p-15.htm>
- Camaret Ninu, É. (2021). Le bilan sensori-moteur à 3 mois. In *Les enjeux de la consultation de développement* (p. 145-180). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.absm.2021.01.0145>
- Canu, M.-H., Bérézowski, V., Duriez, P., Langlet, C., Mariot, P., & Pétrault, O. (2021). Chapitre 5 : Les organes des sens. In *Mémo visuel de physiologie humaine* (p. 36-52). Dunod. <https://www.cairn-sciences.info/memo-visuel-de-physiologie-humaine--9782100828333.htm>
- Carric, J.-C., & Soufir, B. (2014). *Lexique : Pour le psychomotricien* (1-1). ERA.
- Dalla Piazza, S., & Godfroid, B. (2004). 1. Définitions et manifestations cliniques. In *La personne polyhandicapée* (p. 15-49). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/la-personne-polyhandicapee--9782804143725-p-15.htm>
- DéfiScience. (2020). *Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) « Générique Polyhandicap »*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/11_mai_2020_texte_pnds_generique_polyhandicap.pdf
- Degenne-Richard, C. (2014). *Evaluation de la symptomatologie sensorielle des personnes adultes avec autisme et incidence des particularités sensorielles sur l'émergence des troubles du comportement* [René Descartes - Paris V]. <https://theses.hal.science/tel-01037912>

- Dorison, N., & Mathieu, S. (2021). Chapitre 44. L'épilepsie chez la personne polyhandicapée. La reconnaître, informer, la surveiller et la traiter. In *La personne polyhandicapée: Vol. 2e éd.* (p. 849-864). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.colle.2021.01.0849>
- Doummar, D., Burglen, L., & Ravelli, C. (2021). Chapitre 45. Les mouvements anormaux chez l'enfant polyhandicapé. In *La personne polyhandicapée: Vol. 2e éd.* (p. 865-879). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.colle.2021.01.0865>
- Feuillerat, B. (2018). Pathologies congénitales et acquises : La paralysie cérébrale. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 449-452). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0449>
- HAS. (2016). *Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés.* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes
- HAS. (2020a). *L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/polyhandicap_synthese_vdef.pdf
- HAS. (2020b). *Troubles du neurodéveloppement Repérage et orientation des enfants à risque.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299_argumentaire_reperage_tnd_mel_v2.pdf
- Jaubert-Brise, C., & Porsmoguer, É. (2021). Chapitre 41. Les troubles orthopédiques de la personne polyhandicapée. In *La personne polyhandicapée: Vol. 2e éd.* (p. 809-824). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.colle.2021.01.0809>
- Larousse, É. (s. d.). *Encyclopédie Larousse en ligne—Accueil.* Consulté 12 mai 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/encyclopedie>
- Latour, A.-M. (2021). Intégration sensori-motrice et symbolisation primaire. In *Dans l'eau, pour une psychomotricité aquatique : Théories et cliniques* (p. 69-84). In Press.

- Lesage, B. (2021). Tonicité : Modulation, accordage, expressivité et rencontre. In *Un corps à construire* (p. 119-174). Érès. <https://www.cairn.info/un-corps-a-construire--9782749269771-page-119.htm>
- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (1975). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000333976>
- Loyot, E. (2017). La rééducation neuro-développementale. *Psychologues et Psychologies*, 250(3), 026-029. <https://doi.org/10.3917/pep.250.0003f>
- Morange-Majoux, F. (2017). 4. Traitement de l'information dans les systèmes sensoriels et moteurs. In *Manuel visuel de psychophysiologie* (p. 69-111). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.moran.2017.01.0069>
- Mortamet, D. (2021). Du côté du portage : La médiation aquatique. In *Dans l'eau, pour une psychomotricité aquatique : Théories et cliniques* (p. 87-107). In Press.
- Paquet, A., Degenne, C., Wolff, M., Fiard, D., Adrien, J.-L., Rochat, M. J., & Plumet, M.-H. (2019). Chapitre 9. Développement psychomoteur de la personne avec TSA. In *Autisme et psychomotricité: Vol. 2e éd.* (p. 134-240). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.perri.2019.01.0134>
- Pellerin, J. (2021). Chapitre 15. Les comportements perturbateurs chez la personne polyhandicapée. In *La personne polyhandicapée: Vol. 2e éd.* (p. 309-320). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.colle.2021.01.0309>
- Ponton, G. (2007). *Construction du sentiment de sécurité par la verticalité*. <https://www.ateliers-du-camissalie.fr/publications>. https://www.ateliers-du-camissalie.fr/_files/ugd/0902dc_9a56721f5840495a9348db5c66c5c947.pdf
- Potel, C. (2010). 3. Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ? In *Être psychomotricien* (p. 111-148). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.potel.2010.01.0111>
- Potel, C. (2020). *Le corps en relaxation*. Érès.
- Potel, C., Blanc, M., & Chabert, A.-L. (2021). *Dans l'eau, pour une psychomotricité aquatique : Théories et cliniques*. In Press.

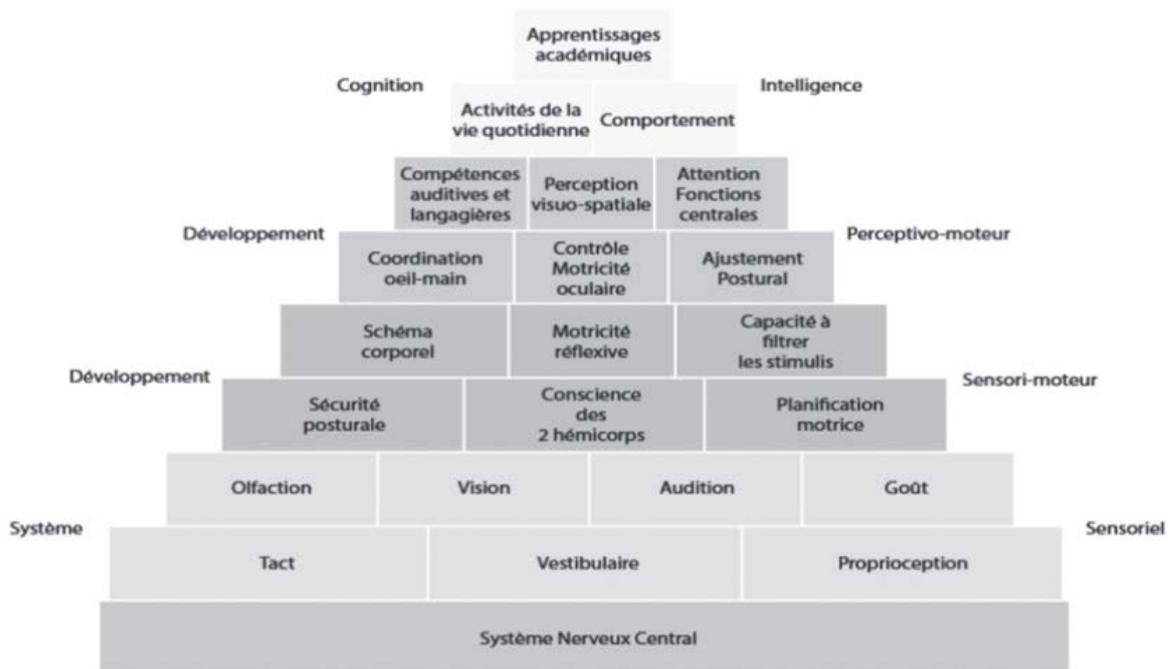
- Réveillé, C. (2019). Chapitre 12. Prise en charge psychomotrice des troubles sensoriels des personnes avec TSA. In *Autisme et psychomotricité: Vol. 2e éd.* (p. 289-320). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.perri.2019.01.0289>
- Richard, C. (2018). Introduction : Déficience intellectuelle et handicap, de qui est-il question ? In *Déficiences intellectuelles : De la compréhension à la remédiation* (p. 1-31). De Boeck Supérieur.
- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2012). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. In *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 161-199). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0161>
- Roux, M.-L. (2013). Le corps en dialogue. In *Julian de Ajuriaguerra : Développement corporel et relation avec autrui : Actes du colloque d'hommage à Julian de Ajuriaguerra, collège de France, Paris, juillet 2010.* (p. 15-20). Éd. du Papyrus.
- Royer, H. (2022). La fonction proprioceptive : Nouage sensori-moteur de l'intersubjectivité ? Enjeux cliniques et soins proposés en psychomotricité. In *La fonction proprioceptive* (p. 119-151). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bulli.2022.01.0119>
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, 20(4), 86-95. <https://doi.org/10.3917/ep.020.0086>
- Teulade, J. (2021). Chapitre 53. Le sommeil et le polyhandicap. Un sujet peu connu, à prendre en compte. In *La personne polyhandicapée: Vol. 2e éd.* (p. 961-978). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.colle.2021.01.0961>
- Valot, L., & Lalau, J.-D. (2020). L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(8), 761-767. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.005>
- Veeser, A. (2015). Chapitre 8. Contenance en psychomotricité. Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler.... In *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pirey.2015.02.0136>
- Vuilleumier, L., Moulis-Wyndels, B., Vuilleumier-Frutig, A., & Bickle-Graz, M. (2020). Les organes de perception et leurs fonctionnements. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant de la naissance à 3 ans* (p. 25-34). De Boeck Supérieur.

Zucman, E. (1969). La guidance parentale. *Réadaptation*, 159, 23-26.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1: Pyramide des apprentissages (Williams & Shellenberg, 1996, traduit par Paquet et al., 2019, p. 154)

Annexe 2 : Les composantes de l'équilibre sensori-tonique (Bullinger, 2007a, p. 157)



Annexe 1: Pyramide des apprentissages (Williams & Shellenberg, 1996, traduit par Paquet et al., 2019, p. 154)

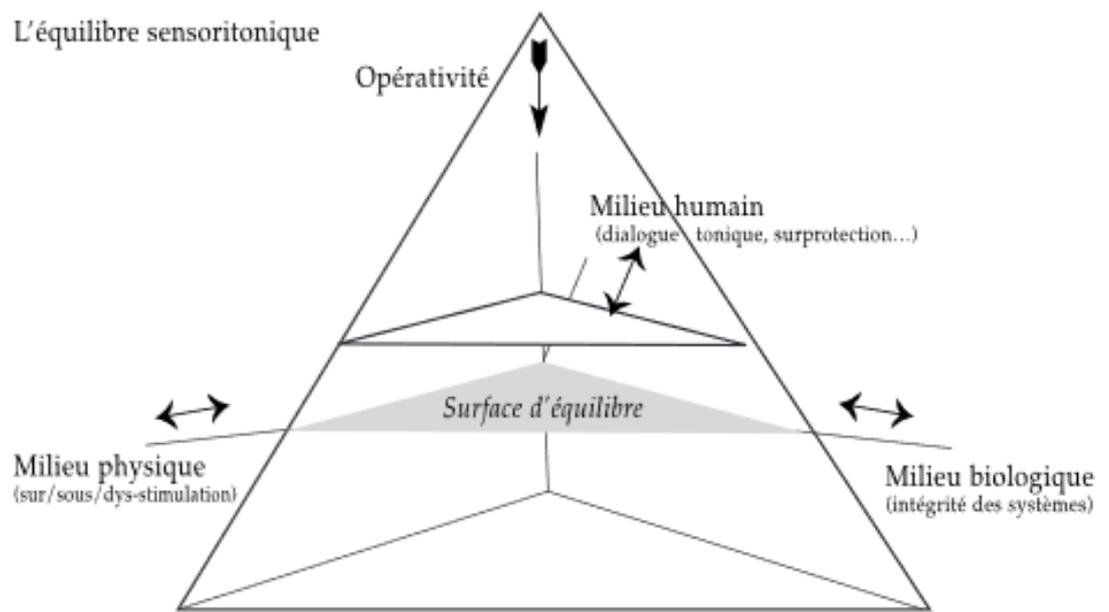


Figure 1. Composantes de l'équilibre sensori-tonique.

Annexe 2 : Les composantes de l'équilibre sensori-tonique (Bullinger, 2007a, p. 157)

Vu par le maitre de mémoire

Marion MOUNIB

Le 14/05/2024

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. MOUNIB', written over a horizontal line.

Auteur : Gaélane PIOLAT

Titre : Comment vous sentez-vous ?

Les propositions sensorielles en psychomotricité comme soutien à la régulation tonico-émotionnelle d'une personne adulte polyhandicapée

Mots - clés : Polyhandicap – Sensorialité – Régulation tonico-émotionnelle – Massage – Bain thérapeutique – Balnéothérapie – Émotions.

Deep Intellectual and Multiple Disabilities – Sensoriality – Tonic-emotional regulation – Massage – Therapeutic baths – Balneotherapy – Emotion.

Résumé :

Durant cette année, je me suis intéressée au lien entre tonus, sensation et émotion chez les personnes adultes polyhandicapées. Au cours de mon stage en FAM et MAS, j'ai rencontré M.B, un adulte polyhandicapé âgé de 43 ans qui présente notamment des difficultés de régulation tonico-émotionnelle. Des expériences sensorielles lui sont proposées en séances telles que les massages la balnéothérapie et les bains thérapeutiques. Dans ce mémoire, je tenterai de répondre à cette question : Comment les propositions sensorielles peuvent-elles soutenir la régulation tonico-émotionnelle chez une personne polyhandicapée ?

During this year, I became interested in the link between tonus, sensation and emotion in adults with Profound Intellectual and Multiple Disabilities (PIMD). During my internship in a Residential Care Home, I met Mr B. He was 43 years old and had PIMD and tonic-emotional regulation issues. In my sessions with him, I used a multisensory approach including massage, balneotherapy and therapeutic baths. In this thesis, I will try to answer this question : How multisensory approaches may help to support tonic-emotional regulation in a person with PIMD ?