HAL
open science

La marche : trait d'union entre soi et l'autre. Approche psychomotrice des enjeux relationnels de la marche chez le jeune enfant et la personne âgée

Océane Frecon

To cite this version:

Océane Frecon. La marche : trait d'union entre soi et l'autre. Approche psychomotrice des enjeux relationnels de la marche chez le jeune enfant et la personne âgée. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00867263

HAL Id: dumas-00867263

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867263

Submitted on 27 Sep 2013

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

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

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN
Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

LA MARCHE :
Trait d'union entre soi et l'autre.

Approche psychomotrice des enjeux relationnels de la marche chez le jeune enfant et la personne âgée.

FRECON Océane
Née le 17 juin 1991 à Albi (81)

Juin 2013

Remerciements

Je tiens à remercier celles et ceux qui m'ont accompagnée tout au long de ma formation et qui m'ont transmis l'envie d'exercer ce beau métier : les professionnels qui m'ont accueillie et les personnes rencontrées lors de mes stages avec qui j'ai partagé de nombreuses expériences enrichissantes, sans oublier mes camarades de promotion.

Je remercie tous ceux qui m'ont apporté leur aide et leur soutien dans la rédaction de ce mémoire, particulièrement mes maîtres de stage, Hugues Esculpavit et Nathalie Caillau.

SOMMAIRE

SOMMAIRE 3

INTRODUCTION 6

Première partie : LE LIEN MARCHE - RELATION

A - LA MARCHE, DU DEBUT A LA FIN DE L'HISTOIRE. 9

I- La marche de l'Homme : universelle et pourtant si singulière. 9

1- Un mode de locomotion propre à l'Homme. 9

2- Une démarche personnelle. 10

II- Des premiers pas de l'enfant aux derniers pas de la personne âgée. 13

1- L'acquisition normale de la marche : une conquête motrice, psychique et relationnelle. 13

2- Les répercussions du vieillissement normal de la personne âgée sur la marche. 21

B – LA MARCHE S'INSCRIT DANS UNE DYNAMIQUE RELATIONNELLE. 27

I- Etre en relation. 27

1- La relation : être en lien avec les autres. 27

2- L'autonomie : être soi parmi les autres. 29

3- Un lien fort entre autonomie et relation. 30

II- En quoi la marche s'inscrit dans la relation ? 31

1- La marche un ancrage personnel et relationnel. 31

2- Marcher c'est décider de la relation. 34

SYNTHESE ET HYPOTHESE 36

Deuxième partie : LA PLACE DE LA RELATION DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN TROUBLE DE LA MARCHE EN PSYCHOMOTRICITE.

A - APPROCHE PSYCHOMOTRICE DE LA MARCHE. 38

I- La marche, un acte psychomoteur. 38

1- Le lien corps-psyché. 38

2- Les caractéristiques psychomotrices de la marche. 38

II- Les troubles de la marche et leurs répercussions sur la relation. 42

1- Le trouble de la marche : un trouble psychomoteur. 42

2- Les pathologies influençant l'activité de la marche. 43

3- Les incidences sur la relation. 44

B - DONNER UN SENS A LA MARCHE. 45

I- Mes lieux de stages : une expérience aux deux pôles de la vie. 45

1- Centre Médico-Psychologique Petite Enfance. 45

2- Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. 47

3- Du jeune enfant à la personne âgée : un lien autour de la marche. 52

II- L'accompagnement autour de la marche en psychomotricité. 54

1- L'évaluation de la marche. 54

2- Un accompagnement adapté à chacun. 56

3- La relation : un atout auprès d'une personne présentant un trouble de la marche. 58

III- Les rencontres. 61

1- De nombreux liens entre marche et relation tout au long de la vie. 61

2- Quand la marche et la relation se soutiennent l'une l'autre. 61

3- Quand ne pas marcher peut entraver la relation. 80

CONCLUSION 82

BIBLIOGRAPHIE 84

TABLE DES MATIERES 87

ANNEXES 90

Annexe 1 : Evaluation du comportement de déambulation de Mme Ll. : 90

Annexe 2 : Test de Tinetti : Mme M. le 11.04.2013 : 94

« Lorsque je vous dis « marcher », en un mot vous me répondez quoi ? »

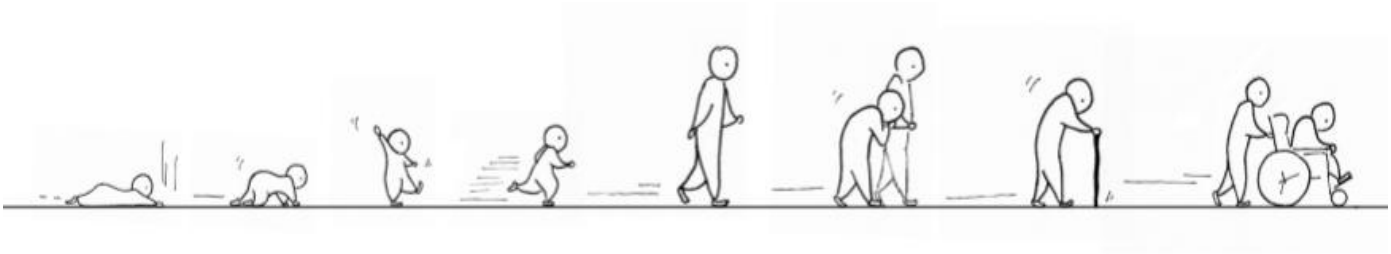
A cette question, la majorité des réponses font référence à l'aspect fonctionnel de la marche et aux déplacements. D'autres, moins nombreuses, abordent le thème de la liberté et de l'autonomie. Seulement une réponse se tourne du côté de la relation : « contact ».

Je constate ainsi que de manière spontanée, la marche est réduite à son simple aspect mécanique, oubliant que les premiers pas et les suivants s'inscrivent dans une dynamique relationnelle et d'autonomie.

La marche est bien plus qu'un simple moyen de locomotion…

« La marche est la source la plus sûre d'autonomie et d'insertion sociale.
Elle favorise la rencontre, les échanges… »

Modange L. et Chaumont V.



INTRODUCTION

Le champ d'intervention de la psychomotricité est très vaste. Elle s'adresse à une population variée et à tous les âges de la vie. Chacun chemine à travers les âges vers un équilibre psychomoteur inscrit dans un contexte relationnel. D'ailleurs, le développement ne cesse de se poursuivre et de se réajuster en fonction des expériences de la vie.

Bien que prenant des formes différentes en fonction du lieu et de la population rencontrée, la psychomotricité envisage chaque sujet comme étant un Etre singulier dont les dimensions physiques, psychiques, cognitives, affectives et relationnelles sont indissociables.

En choisissant de faire mes stages en Centre Médico-Psychologique Petite Enfance et en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, j'ai choisi de découvrir le rôle et la place du psychomotricien auprès de deux populations bien différentes.

Lors de mes stages, j'ai pu constater que la marche est une problématique au cœur de la vie et à tout âge. Que ce soit chez le jeune enfant ou chez la personne âgée, la marche entraine des remaniements corporels, psychiques et relationnels non négligeables. J'ai alors réalisé que la marche et la relation sont deux entités fortement liées. Marcher c'est avoir la possibilité de décider de la relation : c'est être acteur de sa vie. Toutes les dimensions d'autonomie, de singularité, de construction de sa personnalité, de séparation, de rencontres… entrent ici en jeu.

Je soutiens donc que la marche n'est pas qu'anatomie mais aussi et surtout relation. La marche prend tout son sens au cœur d'une dynamique relationnelle. En effet, elle permet une ouverture au monde environnant et facilite les relations sociales et les rencontres. Or, je pense que chacun se construit par les rencontres qu'il fait.

Je souhaite ainsi m'intéresser aux enjeux qui sous-tendent la marche dans sa dynamique relationnelle, que ce soit lors de son acquisition, son maintien, sa dégradation ou sa perte. Je pense qu'en psychomotricité, si nous ne prenons pas en compte l'aspect relationnel de la marche, notre intervention est incomplète.

Je me pose alors les questions suivantes : quels sont les multiples enjeux qui gravitent autour de la marche ? En quoi la marche s'inscrit-elle dans un processus dynamique relationnel ? Quel est le lien entre la marche et la relation ? Comment utiliser l'appui de l'un pour soutenir l'autre ? Comment cette approche va être spécifique à la psychomotricité ?

J'ai ainsi été amenée à m'intéresser à la marche dans sa grande complexité. Elle est le reflet de notre façon personnelle d'être en relation et apparait comme un médiateur entre l'individu lui-même et son environnement. C'est pourquoi j'ai décidé d'intituler mon mémoire : « ***La marche : trait d'union entre soi et l'autre*** ».

Mon mémoire va s'articuler autour de cette question principale : **En quoi la compréhension de l'importance du lien marche-relation permet-elle au psychomotricien de proposer un accompagnement adapté à chacun ?**

Dans une première partie, je m'attacherai d'abord à rendre compte de l'évolution de la marche au cours de la vie. Puis, je m'appliquerai à en souligner les enjeux dans sa dynamique de relation.

Dans une deuxième partie, je m'intéresserai à l'apport de la psychomotricité autour de la problématique de la marche. Enfin, je montrerai par des cas cliniques en quoi la marche est étroitement liée à la relation et quel peut être l'accompagnement proposé autour de la marche en psychomotricité.

Première partie

LE LIEN MARCHE – RELATION

A - LA MARCHE, DU DEBUT A LA FIN DE L'HISTOIRE.

« Marcher c'est faire du chemin. »
A. Bullinger

I- La marche de l'Homme : universelle et pourtant si singulière.

« *La marche est propre à l'homme, propre à chaque homme.* » [1]

1- Un mode de locomotion propre à l'Homme.

La marche est l'une des caractéristiques fondamentales de l'Homme avec la préhension et la parole. C'est par la verticalisation et la bipédie que l'Homme développe la marche, source de plus grandes libertés tant sur le plan psycho-relationnel que fonctionnel.

a. Marcher, c'est mettre un pied devant l'autre.

Le mouvement de la marche s'inscrit dans une succession de pas qui signe une alternance à la fois droite-gauche et propulsion-réception.

Dans le cycle de marche, le pas se décompose lui-même en :

- ***Phase portante*** : temps où le membre inférieur est en contact avec le sol et supporte le poids du corps (occupe environ 60% du cycle de marche).
- ***Phase oscillante*** : temps où le membre inférieur avance et n'est pas en contact avec le sol. Le poids du corps est alors supporté par le membre controlatéral (occupe environ 40% du cycle de marche). [2]

Marcher c'est donc concilier stabilité et mobilité dans un mouvement alternatif qui se transforme en mouvement continu et fluide.

Marcher sous-entend à la fois le changement de situation des parties du corps entre elles et le déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. De plus, la marche sous-tend toute la portée dynamique de la locomotion et de la mobilité dans l'espace : marcher mais aussi courir, sauter, tourner, danser…

[1] BENICHOU J. et LIBOTTE M. **Le livre du pied et de la marche**. Odile Jacob, 2002. P.53
[2] DIMEGLIO A., HERISSON C. et SIMON L. **La marche de l'enfant.** Sauramps médical, 2002. P.15

b. La marche, une question d'unité.

La marche est un exemple concret de l'unité corporelle dans le mouvement. En effet, la marche entraine une participation de tout le corps. Elle mobilise à la fois les membres inférieurs, le bassin (centre du mouvement, carrefour de toute la dynamique corporelle et lien entre haut-bas et les deux côtés du corps), les membres supérieurs, la tête… Bien plus qu'une unité corporelle, la marche est le reflet d'une unité psychocorporelle.

Au-delà de son aspect instrumental, la marche, de par les ressentis proprioceptifs et kinesthésiques qu'elle apporte, est aussi perception de l'espace, du temps, de soi et de l'autre. Ainsi, la motivation de la motricité se retrouve en permanence dans les aspects de relation, d'expression, d'intention et d'émotion.

La marche, mode de locomotion propre à l'Homme, s'inscrit au niveau le plus archaïque de l'individu. A ce propos, nous pouvons noter que la marche est à l'interaction entre programme génétique et acquisition individuelle, autrement dit entre inné et acquis.

Selon R. Soppelsa et J.M. Albaret, « *la marche possède une détermination génétique qui s'exprime dans un apprentissage. […] Nous possédons tous la marche mais chacun d'entre nous a sa démarche personnelle qui permet de le reconnaitre de dos quand il marche dans la rue.* » [3]

2- Une démarche personnelle.

La marche est un mouvement rythmique caractéristique de l'Homme mais sa dynamique est propre à chacun (rapidité, lenteur, déhanché…). En effet, la marche va être influencée par le type physiologique de chacun, par les impératifs du moment, par les états d'âme, ainsi que par l'environnement et la culture qui l'entourent.

a. La signature de notre marche.

Notre manière de marcher reflète notre histoire personnelle et attribue à chacun une attitude de base spécifique. Marcher donne une forme à notre corps qui n'est pas « insensée » mais porteuse en elle du sens de notre dynamique. Elle signe notre façon d'être, notre manière de nous comporter aussi bien corporelle que psychique.

La personnalité de chacun s'étaye sur le corporel et en même temps dans une relation à l'autre. Nous sommes le fruit d'une création personnelle et interpersonnelle, il en est de même pour la marche. De par notre posture et notre marche, nous allons organiser notre rapport au monde, tout comme ce dernier va avoir des influences sur notre façon

[3] SCIALOM P., GIROMINI F. et ALBARET J-M. **Manuel d'enseignement de psychomotricité**. De Boeck-Solal, collection Psychomotricité, 2012. P.12

d'être. La posture, le tonus et le mouvement sont fonction de l'intention et de la relation. Ils sont teintés des affects et des émotions ainsi que des interactions avec l'environnement, et sont le fondement du mouvement et des dynamiques relationnelles.

La marche ne se réduit pas au simple déplacement ou changement de position du corps dans l'espace. En effet, bien plus qu'un mouvement, la marche est un geste (du latin « *gestus* » qui signifie « attitude »). Elle est inscrite dans une intentionnalité guidée par les besoins mais aussi par les émotions et la relation. C'est en ce sens qu'elle est propre à chacun. « *La marche devient une des signatures de la façon personnelle de bouger, s'exprime en « démarche » personnelle.* » [4]

b. <u>La marche évolue au fil du temps.</u>

Tout au long de la vie, notre marche évolue avec nous. Son acquisition, son maintien, sa perte… en montrent différentes caractéristiques.

Chez les touts petits, la marche se confond en une succession de déséquilibres, rendant les arrêts et les changements de direction plus aléatoires. La marche de l'enfant nécessite un écartement des pieds plus important (large polygone de sustentation) ainsi que l'utilisation des bras comme un balancier équilibrant. En dehors de cet aspect fonctionnel, il ne faut pas négliger le contexte psychoaffectif dans lequel l'enfant grandit et fait ses premiers pas. C'est dans le bain d'interactions et par les stimulations amenées par l'entourage que la marche prend forme et sens.

Au cours de la vie, enfants, adolescents et adultes font l'expérience d'évènements et de rencontres qui peuvent modifier leur manière de marcher. Cela peut être un accident entrainant des modifications physiques, la fréquentation d'un groupe ou d'une personne adoptant une démarche particulière…

Enfin, en vieillissant, la marche prend une autre forme. La personne âgée se courbe et ralentie son pas. Face à la peur de chuter, le pied quitte le moins possible le sol et le poids du corps est conservé plutôt en arrière. Afin d'être plus stable, la personne âgée est amenée à écarter un peu plus les pieds (le polygone de sustentation s'élargit) et à fléchir les genoux.

La multiplicité des mouvements entrant en jeu dans la marche fait qu'à chaque âge et en fonction de chacun, pourront s'exprimer des particularités individuelles. Il est intéressant de noter un lien entre le tout jeune enfant et la personne âgée. Tout deux apprivoisent la marche : l'un la découvre et l'autre l'aménage. Jeunes enfants comme personnes âgées manquent d'assurance et marchent avec un polygone de sustentation écarté afin de maîtriser au mieux leur équilibre. Ils cherchent leur centre de gravité, tâtonnent et testent différentes stratégies : se pencher, élargir le pas, regarder le sol, aller vite ou doucement…

---

[4] **Cours théorico-pratique d'anatomie fonctionnelle** d'A. SERVANT-LAVAL, 2010.

La marche est la signature et la fierté de l'Homme. Elle permet à chacun d'être à la fois semblable et différent de l'autre. En effet, nous venons de constater que la marche est à la fois l'apanage de l'Homme et une manière d'être propre à chacun.

Dans nos sociétés, la marche est perçue comme signe de bonne santé. Marcher c'est aussi aller de l'avant, inscrivant l'Homme dans une motivation et un devenir. C'est pourquoi les premiers pas de l'enfant sont toujours très attendus par son entourage.

Voyons désormais dans les pages suivantes comment la marche s'acquiert et évolue…

« Un petit pas qui hésite
Qui chancèle et qui repart.
Un petit pas qui récite
Les gestes pour un départ. »

II- Des premiers pas de l'enfant aux derniers pas de la personne âgée.

- **En marche pour la vie : le chemin à parcourir…**

A sa naissance, l'enfant arrive dans un monde qui lui préexistait et où tout est à découvrir : à la fois les personnes et les choses qui s'y trouvent, mais aussi qui il est et quelles sont ses possibilités d'actions.

D'emblée, le nouveau-né présente d'étonnantes compétences et capacités pour grandir et se développer. Mais pour que son potentiel se révèle, il lui faut du temps et des échanges. En effet, il ne pourra utiliser et développer au mieux ses capacités que si elles sont investies, mobilisées dans sa relation à l'autre, et liées au plaisir et au partage.

1- L'acquisition normale de la marche : une conquête motrice, psychique et relationnelle.

Chaque enfant est un être en devenir, unique et singulier. L'acquisition de la marche va donc se faire différemment en fonction du rythme, des possibilités et de la personnalité de chacun. Certains sont plutôt actifs (enfants vifs, qui bougent beaucoup, se redressent et cherchent à se déplacer très tôt) et d'autres sont plus calmes (enfants qui observent attentivement). L'âge d'acquisition de la marche et la manière dont elle va être apprivoisée est donc fonction de l'enfant, bien que des traits communs puissent être observés. De manière générale, la marche de l'enfant est attendue entre 9 et 18 mois.

La marche correspond au développement locomoteur, psychique et relationnel. Ces trois lignes de développement sont étroitement reliées les unes aux autres, ce n'est donc que pour la clarté de ma présentation que je les envisage de manière séparée.

a. Le développement locomoteur.

- ***Les différentes étapes de la locomotion : de la marche réflexe à l'envie de marcher.***

A la naissance, le nourrisson présente le réflexe de marche automatique. Ce comportement involontaire va disparaitre et l'enfant va progressivement parvenir, à son rythme et à sa manière, à la marche volontaire maîtrisée et orientée.

Les étapes de développement locomoteur que je vais présenter ne sont pas le chemin pris par tous les enfants : certains vont sauter des étapes, d'autres vont s'attarder sur certaines…

Tout d'abord, il est intéressant de noter que l'évolution motrice se caractérise par plusieurs lois, à savoir la loi de différenciation (passage d'une motricité globale et réflexe à une motricité plus fine et volontaire), de variabilité (perfectionnement progressif non uniforme) et de succession (maturation progressive dans le sens céphalo-caudal et proximo-distal). Ainsi, le développement moteur de l'enfant dépend de plusieurs facteurs [5] :

- de la **maturation du cerveau** qui est en pleine évolution, en effet de nouveaux circuits nerveux se mettent en place permettant à l'enfant de faire de nouveaux mouvements.
- des **aptitudes personnelles** de l'enfant qui font que chaque être humain nait avec un potentiel moteur qui lui est propre.
- de toutes les **expériences motrices** que l'enfant va répéter de nombreuses fois.
- de l'**attitude des personnes qui entourent l'enfant** (elles peuvent parfois favoriser ou gêner l'installation d'une bonne motricité).
- du **milieu dans lequel l'enfant évolue** (environnement, rythme, contexte social…)

M. Forestier, kinésithérapeute, propose de découper les différentes étapes de développement de la marche en trois grandes phases [6] (les âges n'ont qu'une valeur de repère) que je vais reprendre de manière synthétique dans un tableau.

- **La phase statique** (jusqu'à 6 mois) correspond aux différentes positions à plat au sol. Cependant, ce terme « statique » sous-entend une certaine immobilité, or lorsqu'il est éveillé, le bébé bouge beaucoup pour expérimenter et découvrir toutes ses capacités ainsi que son environnement. Entendons alors le mot statique comme traduisant le fait que l'enfant ne se déplace pas encore seul d'un point à un autre.
- **La phase dynamique** (à partir de 6 mois) rend compte des premiers déplacements.
- **La découverte de la verticalité** (à partir de 7-10 mois).

Tableau récapitulatif des étapes d'acquisitions motrices préalables à la marche :

Caractéristiques motrices	***Par rapport à la marche***	***Actions sur l'environnement***
A la naissance		
- Hypotonie axiale. - Hypertonie des membres. - Mouvements diffus.	- Réflexe de marche automatique.	- Activités réflexes souvent interprétées sur un mode relationnel par les parents.
Jusqu'à 6 mois : « phase statique » : les différentes positions à plat au sol.		
- Hypertonie axiale. - Hypotonie des membres. - 3 mois : **tenue de la tête.**	- Grande activité musculaire. - Posture d'enroulement et de déroulement (mise en jeu de l'axe vertébral).	- Le regard s'horizontalise.

[5] FORESTIER M. **En marche pour la vie !** Thot, 2006. P.17
[6] Ibid p.19

Sur le dos : - Membres libérés (en particulier les mains). - Le bébé roule sur le côté, des changements de position sont possibles (pas toujours volontaires), et présence de mouvements de pédalage.	- Ebauche de l'axe corporel. - Découverte des pieds (notamment en passant par la bouche : rassemblement).	- Manipulations d'objets. - Changements de positions.
Sur le ventre : - Le bébé fait l'avion, se redresse sur ses avant-bras puis ses bras, sa tête est relevée, puis son tronc.	- Renforcement musculaire au niveau des bras, du cou…	- Le regard s'horizontalise, observation de l'environnement…
A partir de 6 mois : **« phase dynamique » : premiers déplacements, premiers espaces de liberté.**		
Les retournements : dos-ventre et inversement.		- Changements de positions, de directions et déplacements. - Première forme d'indépendance pour explorer l'environnement.
La reptation : (vers 6 mois) - Le bébé rampe vers l'arrière puis vers l'avant.	- Traction du corps par les membres supérieurs.	
Le quatre patte : (vers 8 mois)	- Alternance et coordination des mouvements mains-pieds.	
A partir de 7-10 mois : Découverte de la verticalité.		
La position assise : - 7-8 mois : l'enfant tient assis seul.	- Equilibre stable. - Développement de l'axe vertébral (symétrie, rassemblement…) qui a une fonction de soutien.	- Mains disponibles pour l'exploration et la manipulation. - L'univers s'agrandit, le regard se porte plus loin. - Autre moyen possible de déplacement.
La position à genoux : - 8-10 mois : à genoux assis puis redressé.	- Force dans les hanches (se redresse sur ses genoux).	- Autre moyen possible de déplacement.
La position debout : - 9-10 mois : tient debout avec appui. - 11-12 mois : tient debout sans appui.	- Se redresse en passant par la position du « chevalier servant ». - Verticalisation. - Stable sur ses appuis (pieds) et solide sur son axe.	- Disponible vers la mobilité. - Ouvert à l'espace relationnel.
La marche bipède : - 9-18 mois : l'enfant est tenu par les mains, s'accroche aux objets (cabotage) et enfin marche seul.	- Apprend à maitriser son équilibre. - Alternance, coordinations…	- Nouvelle dimension de l'espace. - Permet d' « aller vers » (notion d'intentionnalité), temps des découvertes (lieux, personnes…).

Selon J. Vauclair [7], le maintien de la tête, la position assise et la station debout sont trois étapes essentielles au développement du contrôle postural. De plus, la reptation, la propulsion quadrupède et la marche bipède, sont trois étapes clés du développement locomoteur de l'enfant (même si tous les enfants ne passent pas par toutes ces étapes).

Bien avant la marche, le jeune enfant expérimente et trouve déjà plusieurs moyens de déplacements. Il découvre ainsi tout le panel de mouvements dont il est capable et leurs effets sur lui-même et son environnement. Ses mouvements, motivés par l'extérieur (attrait pour un objet ou une personne) nécessitent une organisation complète qui mettent en jeu l'ensemble de sa musculature mobilisée dans les grandes étapes motrices vues précédemment : tenir assis, ramper, se déplacer à quatre pattes, s'assoir seul et se mettre debout. Toutes ces étapes (pouvant être inter-changées) permettent à l'enfant de prendre de l'assurance, d'acquérir la musculature et l'équilibre suffisant pour la marche. En effet, à son rythme, l'enfant apprend à marcher bien avant de se tenir debout.

Plus l'enfant grandit, plus l'organisation de ses déplacements est élaborée et efficace. C'est tenu par le regard et la relation que l'enfant se lance entre deux adultes et fait ses premiers pas. Ses quelques pas sont très valorisants et font l'objet d'un plaisir partagé entre l'enfant et ses parents. Ainsi, une fois en confiance, l'enfant se met debout et marche avec aisance. La conquête de la marche lui permet de se séparer, de s'autonomiser, puis plus tard de se socialiser.

Le développement moteur et postural décrit en plusieurs étapes comme nous venons de le voir ne suffit pas en tant que tel. Il est indispensable de prendre en compte les variations interindividuelles et de percevoir le fil conducteur organisant la motricité et la subjectivité, deux paramètres intimement liés.

Le développement de la marche s'inscrit dans un système de relation entre les capacités de l'individu et les conditions du milieu. C'est-à-dire qu'il y a un déterminisme anatomique très fort et en même temps ce développement est soumis à l'environnement familial et culturel. Ainsi, la marche se situe entre l'inné et l'acquis, entre développement et apprentissage. Il est donc nécessaire pour l'acquisition de la marche que l'enfant non seulement possède un équipement de base suffisant mais aussi un environnement suffisamment étayant sur lequel prendre exemple.

Ainsi, les étapes du développement moteur menant à la marche sont en lien étroit avec le développement psychoaffectif et relationnel.

[7] VAUCLAIR J. **Développement du jeune enfant. Motricité, perception, cognition.** Belin, 2004. P.64-67

b. Développement psychoaffectif et relationnel.

La marche est une acquisition inscrite dans le développement spontané de l'enfant né sans troubles physiques ni neurologiques. Pour que cette tendance innée puisse s'exprimer, il est nécessaire que l'environnement dans lequel va grandir et se développer le nouveau-né se montre convenablement bon, de son point de vue à lui.

➢ Le lien corps-psyché : se découvrir soi.

En relation constante avec son entourage et son environnement, l'enfant grandit, se développe tout en prenant conscience de son identité propre. Pour exprimer ses compétences, l'enfant, avec ses différences, a besoin d'être porté, écouté, observé et de partager ses jeux avec son entourage.

- ***L'importance des expériences sensori-motrices***

L'apprentissage de la motricité se fait progressivement, au travers des expériences corporelles et sensorielles qui engagent le corps et tous les sens. L'enfant s'organise pour explorer son environnement et tout son corps participe à cette activité. Par exemple, l'enfant explore avec son corps les notions spatiales du dedans et du dehors, du haut et du bas... C'est d'abord par les expériences sensori-motrices que l'enfant va acquérir le sentiment de soi. D'ailleurs, selon S. Freud, « *le Moi est avant tout corporel* ». [8]

L'expérience motrice et sensorielle est essentielle au développement de l'enfant. J. Piaget parle alors de « *stade de l'intelligence sensori-motrice* » chez l'enfant de 0 à 2 ans. La motricité de l'enfant s'enrichit par l'expérience de la répétition, puis de l'imitation. L'enfant devient à l'aise dans son corps : ses mouvements sont plus adaptés et lui apportent le plaisir d'agir sur les objets (la notion d'intention apparait). Petit à petit, ce que l'enfant a intégré sur le plan sensori-moteur dépassera le simple cadre de l'action pour laisser place aux représentations. C'est-à-dire que l'enfant passe de l'agi au représenté. Ainsi, l'activité motrice participe à la construction de l'intelligence. A ce propos, Wallon soutient que « *l'intelligence nait de l'action* ».

- ***Arriver à une conscience de soi : l'unité « psyché-soma »***

Tout d'abord, D. Stern attribue au bébé un « *sens de soi* » inné qui correspond au vécu profond non mentalisé de celui-ci. C'est sa première référence organisatrice de l'expérience relationnelle et sociale. [9]

---

[8] FREUD S. **Le Moi et le Ça**.

[9] MAZET P. et STOLERU S. **Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant**. Collection Les âges de la vie, édition Masson, 1999. P.66

Au cours des premières années de vie, la pensée prend forme sur le corps à la fois parlé, touché et interprété par l'entourage. B. Golse parle de « *double ancrage corporel et interactif* ». Un ancrage interactif puisque c'est parce que le parent investit le corps du bébé que celui-ci peut à son tour l'investir. Les expériences du bébé sont inscrites dans une relation qui y donne du sens.[10] De plus, pour appuyer la notion d'ancrage corporel, S. Robert-Ouvray parle du corps comme : « *étai de la psyché* ». [11] L'enfant accède à une vérité sensori-psychique qui l'identifie comme un être unique au monde. Ainsi, par le corps, l'enfant sent et perçoit, puis par son psychisme, il appréhende, pense et représente. En expérimentant sa sensorialité, sa motricité, sa sensibilité, l'enfant va pouvoir éprouver et ressentir son unité. D. Winnicott parle d' « *unité psyché-soma* ». L'enfant acquiert une conscience de lui-même à la fois grâce aux expériences corporelles et grâce aux interactions avec son environnement. Il se perçoit alors différent d'autrui et en lien avec cet autre.

Par ailleurs, c'est aussi par l'expérience du stade du miroir décrit par J. Lacan que progressivement l'enfant comprend qu'il est face à son image et qu'elle le représente. Cette expérience lui permet d'unifier et d'identifier sa personne. F. Dolto ajoute que cette première image rassemblée de soi n'a lieu que par l'intermédiaire de l'autre (le parent) à qui il est demandé la reconnaissance.

Ainsi, la marche s'inscrit dans ce double ancrage corporel et interactif permettant à l'enfant de développer à la fois son monde psychique et la relation à son propre corps. L'enfant trouve des appuis solides, à la fois dans son corps et dans le regard de son entourage, pour pouvoir s'élancer avec confiance. Un monde de rencontres s'ouvre à lui, et c'est à travers celles-ci que l'enfant va forger son identité.

- **Du « nous » au « je » : de la symbiose physiologique, affective à l'individuation.**

- ***Dépendance du nourrisson à l'objet maternant***

Lors de ses premiers mois de vie, le tout petit présente une forte dépendance à sa mère. Il ne peut pas répondre seul à ses besoins tant physiologiques qu'affectifs.

De nombreux auteurs s'accordent à considérer que le nourrisson est d'abord dominé par une indifférenciation entre le Moi et le non-Moi. D. Winnicott parle de « *dépendance absolue* », H. Wallon mentionne la « *symbiose affective* » entre le bébé et sa mère…

Cette vision indifférenciée est nuancée, notamment par J. Bowlby qui souligne « *l'orientation sociale primaire* » du bébé. En effet, de part ses nombreuses compétences et son orientation immédiate vers les stimuli à valeur sociale, le bébé est considéré comme un partenaire actif dans l'interaction. Il a besoin de contact social et s'implique d'emblée dans une interaction relationnelle pour finalement faire émerger un Soi différencié d'autrui.

[10] LATOUR A-M. **Cours de 3ième année de psychomotricité sur l'organisation du Moi corporel**. 2013.
[11] ROBERT-OUVRAY S. Article **« Corps étai de la psyché »**.

- ***Relation dyadique à triadique : l'ouverture au monde***

Progressivement, l'enfant va se détacher de ce sentiment de dépendance et de relation dyadique fusionnelle à sa mère. D'un côté, la mère s'adapte à son enfant qui grandit pour laisser peu à peu une place plus grande à son autonomie. De l'autre côté, l'enfant se détache par sa curiosité et son désir de découvertes. Ce faisant, l'enfant va pouvoir se différencier et devenir sujet à part entière. L'intervention du père en tant que tiers dans cette première séparation mère-enfant est essentielle car il joue un rôle dans l'autonomisation et l'ouverture sociale de l'enfant. J. Le Camus parle de « *dialogue phasique* » [12] qui contribue au développement de la sociabilité.

- ***S'attacher pour mieux se détacher***

J. Bowlby défend une théorie de l'attachement. Selon lui, l'attachement est un besoin primaire et inné chez l'homme. Cette « *propension à établir des liens forts* » existe dès la naissance et tout au long de la vie. L'attachement, initialement entre la mère et son enfant, permet à ce dernier de développer une base solide et une image positive de lui-même. C'est à partir de cet attachement sécure que l'enfant peut se séparer afin d'explorer son environnement. En effet, selon J. Bowlby, « *la figure d'attachement agit comme base de sécurité pour l'exploration du monde physique et social de l'enfant.* » [13]

- ***La séparation : promesse de rencontres***

R. Spitz parle de « *l'angoisse du huitième mois* » qui se rattache à la peur de l'étranger. Cette réaction nécessite de la part de l'enfant d'avoir conscience de la singularité de sa mère (différenciation) et de sa permanence (notion de permanence de l'objet de J. Piaget qui consiste à considérer qu'un objet existe et continue d'exister lorsque nous ne le percevons plus).

Dans le processus de séparation-individuation, M. Mahler décrit une période d'essais (entre 9 et 16 mois). Au cours de celle-ci, l' « *activité motrice, constamment améliorée, joue un rôle fondamental dans l'évolution de la relation* » [14] de l'enfant avec son entourage. Avant même de marcher, l'enfant est capable de s'éloigner physiquement par le ramper, le quatre pattes… Et en même temps, il explore activement son environnement. Puis, vient la marche qui s'accompagne du plaisir de redécouverte du monde et de l'augmentation des possibles.

En marchant, en s'éloignant, l'enfant a la possibilité de faire de nombreuses découvertes et rencontres, et il expérimente aussi la joie des retrouvailles.

---

[12] LE CAMUS J. **Le dialogue phasique. Nouvelles perspectives dans l'étude des interactions père-bébé.** Revue Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol.43, n° 1-2, 1995. pp.53-65

[13] LE RUN J-L. et GOLSE B. **Les premiers pas vers l'autre, ou comment l'altérité vient aux bébés**. Erès, 1001 BB, 2008. P.16

[14] MAZET P. et STOLERUS S. **Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant**. Collection Les âges de la vie, Masson, 1999. P.60

- ***Individuation, affirmation de soi***

L'enfant passe d'un état de dépendance absolue à une autonomie relative. La mise en jeu de la séparation permet à l'enfant de construire un espace interne habité. Ainsi, individuation (être soi) et altérité (différent d'autrui) évoluent ensemble. Il marche, ose s'éloigner, fait ses propres expériences, teste et franchit les limites, s'oppose… La marche permet à l'enfant de s'affirmer et de prendre de la distance tant physique que psychique avec son entourage.

Acquérir la marche, c'est franchir une grande étape dans son développement psychomoteur. Cependant, le développement de la marche ne s'arrête pas à son acquisition.

Il faut envisager le développement psychomoteur comme changements dans le fonctionnement de l'individu et cela tout au long de sa vie. Je pense ici à la conception « *life span* » [15] ou « *vie entière* » initiée par L. Goulet et P. Baltes en 1970, qui pointent le fait que le développement et le changement est présent tout au long de la vie. La marche s'inscrit dans ce processus de changements continus, entre facteurs innés (équipement génétique, réalité physique…) et environnementaux (culture, milieu social, relations…). C'est pourquoi, après avoir précisé comment l'enfant parvient à faire ses premiers pas, je vous propose de continuer le chemin afin d'observer les changements liés au vieillissement qui touchent la marche.

« Le grandir ne s'arrête pas là, il y a un futur qui s'appelle le vieillir. »

[15] LECERF T. **Psychologie développementale du lifespan**. Article Gérontologie et société, n°123, 2007. pp.85-107

Au fil du temps, chacun change, s'adaptant sans cesse à un environnement et à un corps en constante évolution.

2- Les répercussions du vieillissement normal de la personne âgée sur la marche.

❖ *Qu'est-ce qu'une personne âgée ?*

D'après l'OMS, une personne est âgée à partir de 65 ans. Dans nos sociétés, nous parlons de personnes âgées à l'entrée en retraite. Mais selon P. Lucas, il n'est « *pas possible de fixer scientifiquement un âge à partir duquel chacun devient une personne âgée.* » [16]

Une personne âgée est une porteuse d'un héritage, de connaissances et d'une histoire qui lui est propre. C'est une personne dont le passé est chargé, nous rappelant qu'elle a existé et qu'elle continue d'exister. Etre âgé, c'est faire face à de nombreux changements et faire en sorte de s'y adapter. A ce propos, C. Jung précise que le vieillissement est fait « *d'une série d'acceptation, de désadaptation et de réadaptation successives.* » [17]

❖ *Qu'est-ce que le vieillissement normal ?*

Selon l'OMS, le vieillissement est « *un processus graduel et irréversible de modifications des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps.* » C'est un processus continu et irréversible qui s'inscrit dans la temporalité d'un individu du début à la fin de sa vie.

Le vieillissement dit normal équivaut à la sénescence. Celle-ci correspond aux changements physiologiques et psychologiques qui apparaissent avec le passage du temps en l'absence de maladie. La personne âgée fait l'expérience de pertes à la fois externes (perte d'êtres chers, du statut social…) et internes (pertes de capacités…). Le vieillissement nécessite alors une certaine capacité d'adaptation afin de conserver son autonomie.

Même si j'aborde le « vieillissement normal », il ne faut pas pour autant oublier, à l'image du jeune enfant qui grandit à sa façon, que la personne âgée vieillit à sa manière. C'est ce que F. Bourlière appelle le « *vieillissement différentiel* ».[18] Les conséquences du vieillissement sont donc, malgré quelques constantes, différentes d'un individu à l'autre en fonction de son hérédité, de son histoire personnelle et de son contexte de vie. Ces différences interindividuelles expliquent que les effets des changements liés au vieillissement se manifestent à des âges et des intensités variables.

---

[16] LUCAS P. et STEHMAN M. **L'expertise de l'enfant et de la personne âgée**. Anthemis, 2011. P.247
[17] Ibid P.247
[18] Ibid P.247

L'homme étant un « *être biologique, psychologique et social* », il faut aborder les conséquences du vieillissement dans ces trois dimensions qui interfèrent entre-elles. Ainsi, la qualité de vie, l'environnement, les activités physiques, intellectuelles et artistiques, la qualité relationnelle familiale et sociale, influencent le vieillissement de chacun.

Nous allons voir désormais quelles sont les modifications provoquées par le vieillissement et comprendre en quoi elles entraînent des répercussions sur la marche. La personne âgée va éprouver de plus en plus de difficultés à se mouvoir, à maintenir une bonne posture ainsi qu'à préserver son équilibre. Plusieurs phénomènes interviennent dans ces modifications. Je vais pour cela m'appuyer, entre autres, sur l'Examen Géronto-Psychomoteur qui permet d'avoir un aperçu global des capacités de la personne âgée.

a. Vieillir dans son corps.

❖ Le vieillissement physiologique et biologique :

L'effet du temps s'observe d'abord au niveau morphologique. Le vieillissement entraîne de nombreuses modifications corporelles visibles. Les cheveux deviennent gris, la peau se plisse, la taille et le poids diminuent… Par ailleurs, nous notons une fragilisation de l'ensemble des organes, des appareils et des systèmes internes.

❖ Le vieillissement locomoteur :

La locomotion est modifiée par plusieurs phénomènes, notamment le vieillissement des muscles, des os et des cartilages. Ces vieillissements se traduisent par une diminution de la masse et donc de la force musculaire, une perte d'élasticité au niveau des ligaments et des tendons, une moins bonne résistance de l'os, et une fragilité articulaire. Les mouvements vont alors être à la fois moins amples, souples et rapides. De plus, une déformation osseuse (des pieds, de la colonne vertébrale…) peut être présente et entraîner une instabilité lors de la marche. Le risque principal est alors la chute et les fractures qu'elle peut entraîner.

Mme B. est une dame très joviale et dynamique. Celle-ci se plaint de son arthrose et d'être « toute tordue, jusqu'au bout des doigts ». Mme B. adopte une marche rapide, de manière à pallier un déséquilibre certain. L'aide d'un déambulateur s'impose alors.

Par ailleurs, il s'ajoute une altération des fonctions de commandes et de régulation qui provoque une réduction des capacités de traitement de l'information (le temps de réaction et de latence avant la réponse est augmenté) en lien avec l'attention ainsi que les processus de sélection et de programmation de la réponse motrice. La personne âgée peut alors devenir plus hésitante et devoir porter une attention plus grande à sa marche.

Ces modifications influencent grandement la marche de la personne âgée qui va devoir s'adapter et trouver des moyens de compensation.

Généralement, la marche devient plus lente, moins aisée et se fait à petits pas. La personne âgée adopte une posture du tronc en flexion, l'amplitude des mouvements de ses membres inférieurs est réduite et le balancement alterné de ses membres supérieurs tend à disparaitre. L'équilibre est moins maîtrisé, le temps de double appui augmente, accompagné d'une réduction de la longueur et de la hauteur du pas. L'augmentation du polygone de sustentation se remarque par une largeur plus importante d'écartement des pieds.

Marcher demande à la personne âgée une grande attention avec un contrôle quasi permanant du regard au sol. La marche devient source de déséquilibre, de crainte de la chute et d'épuisement.

Mr R. marche à l'aide d'une canne. Son manque de confiance en lui et sa « peur du vide » (autrement dit de l'espace libre auquel il fait face pour se déplacer) ont des répercussions sur ses capacités à marcher. Sa marche est ralentie et se fait à petits pas.

- **Le vieillissement du système sensoriel :**

Le vieillissement se traduit par l'atteinte des organes des sens et leur fonction de perception. Ce vieillissement sensoriel est généralement caractérisé par un déclin progressif de l'acuité des sens. De plus, les voies afférentes, c'est-à-dire les voies sensitives qui amènent les influx nerveux au système nerveux central, subissent des perturbations : c'est la désafférentation (diminution ou perte des informations sensorielles entrantes).

Le système sensoriel vieillissant peut avoir des répercussions sur la vision, l'audition, l'olfaction, le goût, le tact et la proprioception, donc à fortiori sur la marche.

La vision :

Dans le processus de vieillissement, il est normal de noter une diminution de l'acuité visuelle. L'accommodation aux stimulations visuelles peut être plus délicate, la vision moins nette, la perception des nuances des couleurs diminuée, la sensibilité aux variations lumineuses augmentée, l'adaptation à la lumière et la pénombre plus difficile, et l'activité oculomotrice ralentie.

L'audition :

Le vieillissement s'accompagne généralement d'un déficit auditif. La personne âgée peut alors faire face à une baisse de l'audition et à des troubles de la discrimination des sons. Cette gêne auditive entraîne des problèmes de communication et peut aller jusqu'à limiter sa vie sociale.

Mme M. présente une forte gêne auditive qui rend parfois difficile la relation aux autres. Au groupe « équilibre et prévention des chutes », malgré ses prothèses de hanches qui compliquent le mouvement, elle se montre volontaire et persévérante. Sa marche (aidée d'un déambulateur) lui permet de conserver son autonomie et sa capacité relationnelle.

Au niveau de l'oreille, le vieillissement de l'appareil cochléo-vestibulaire s'accompagne aussi de la dégradation de la capacité d'équilibre (statique et dynamique). En effet, les voies vestibulaires participent au tonus postural et à l'information sur la direction et la vitesse du mouvement.

Mme F. est sujette à des vertiges, et cela d'autant plus lorsqu'elle fait des mouvements brusques avec la tête. Son équilibre est donc précaire, ce qui lui demande d'être vigilante lors de la marche.

Le tact :

Le sens du tact peut être modifié. La personne âgée peut alors être confrontée à des difficultés pour percevoir la douleur ou la température ambiante. De plus, les sensations telles que tenir ou appuyer par exemple sont altérées (ce qui peut avoir un effet lors de la marche au niveau des appuis plantaires). Ainsi, les gnosies, c'est-à-dire les connaissances du monde construites à partir des expériences sensorielles, peuvent être perturbées.

La proprioception :

La sensibilité proprioceptive, qui correspond à la perception de soi-même, consciente ou non, complète les sensibilités intéroceptive (qui concerne les viscères), extéroceptive (qui concerne la peau) et celle des organes des sens. De part la sensibilité provenant des muscles, des articulations et des os, elle permet d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment du corps et donne au système nerveux les informations nécessaires à l'ajustement des contractions musculaires pour les mouvements, le maintien des postures et de l'équilibre. Or, chez la personne âgée, la proprioception peut être endommagée, ce qui peut perturber la compréhension d'une situation et son ajustement.

b. Vieillir dans sa tête.

❖ Le vieillissement cognitif :

Le vieillissement cognitif se caractérise par une diminution des capacités mentales, telles que la concentration, l'attention, la vigilance, la capacité d'inhibition, la mémorisation, le raisonnement, le jugement, les connaissances, les apprentissages, la résolution de problèmes ou la vitesse de traitement des informations.

Au quotidien, cette baisse des capacités mentales se fait ressentir. La diminution des capacités attentionnelles se traduit par le fait de ne plus pouvoir faire deux choses à la fois et le fait d'être facilement distrait (difficulté à sélectionner l'information pertinente et inhiber les autres).

Il est fréquent de constater que les personnes âgées aient besoin de s'arrêter de marcher afin de pouvoir parler. Concilier les deux actions devient trop compliqué.

La mémoire flanche, notamment la mémoire de travail (mémoire à court terme) qui permet de stocker et manipuler des informations récentes pendant de courtes périodes et pendant la réalisation d'une action. Par contre, la mémoire procédurale perdure et protège la mélodie kinétique de la marche (enchainements moteurs automatiques).

Mr L. est en fauteuil roulant confort. Ce monsieur refuse de poser ses pieds sur les cale-pieds, recherchant le contact et l'appui du sol sur lequel il imprime des pas.

De manière générale, nous pouvons parler de ralentissement cognitif chez la personne âgée qui a besoin de plus de temps et de concentration pour accomplir une tâche.

- **Le vieillissement psychologique :**

Confrontée aux modifications liées au vieillissement, la personne âgée va devoir s'adapter à de nombreux changements. En effet, le vieillissement est marqué par la perte de ce que la personne a été, d'une certaine fonction sociale (avec la venue de la retraite) et de ses proches (décès du conjoint, des amis…). Ces pertes peuvent susciter un sentiment d'isolement, d'inutilité et d'angoisse. Nous pouvons parler ici de « deuils ». D'une certaine manière, la personne âgée fait le deuil d'elle-même et de la perte progressive de ses capacités. Ce deuil n'est pas qu'une occasion de tristesse, il est un processus d'adaptation ayant pour but de permettre au sujet d'acquérir la possibilité de vivre en l'absence de ce qu'il a perdu.

La personne âgée doit continuellement mettre en place de nouvelles stratégies dites de compensation à la fois motrice, cognitive, affective et sociale. Cela nécessite de sa part des capacités d'adaptation et d'ajustement. En effet, les changements liés au vieillissement et l'adaptation qu'ils sous-entendent entrainent de nombreux remaniements psychiques qui sont inévitablement soumis à l'influence de facteurs sociaux, familiaux, affectifs et environnementaux que connait la personne âgée.

Le narcissisme est éprouvé, le corps est soumis à des changements visuellement perceptibles, l'image de soi peut alors devenir défaillante, entrainant d'important remaniements psychiques. Les principales répercussions psychiques du vieillissement repérées chez la personne âgée vont être le manque de confiance en soi, le repli sur soi, la baisse de l'estime de soi, le désintéressement progressif envers l'environnement, le sentiment de solitude, l'isolement social, la difficulté d'adaptation et une plus forte sensibilité aux stress.

Mme J. est arrivée récemment dans l'EHPAD et se trouve dans un état dépressif. Elle a du mal à accepter les changements qu'elle subit, en particulier la perte de la marche. Cependant, ce n'est pas parce qu'elle se déplace désormais en fauteuil roulant qu'elle est complètement dépendante des autres. Elle a mis en place de nombreuses stratégies afin de s'adapter à ce nouveau mode de fonctionnement.

❖ **Le vieillissement psychomoteur :**

De manière générale, nous pouvons parler d'un ralentissement psychomoteur.

Au niveau de la **motricité**, comme nous l'avons vu, la marche est perturbée. En effet, l'équilibre, la posture et les coordinations motrices, étant liés à l'intégrité des informations sensorielles et à l'aptitude physique, sont altérés. Le **tonus** entre aussi en jeu et sa désorganisation génère des situations de déséquilibres de par une posture plus figée (rigidité des membres inférieurs) et des mouvements moins amples, fluides et spontanés. De plus, le vieillissement corporel peut avoir des conséquences sur la **latéralité** usuelle de la personne.

La personne âgée se sentant ainsi plus vulnérable et fragile, va limiter son **espace** de déplacement. A travers la diminution des espaces moteurs mais aussi sensoriels (notamment visuels et auditifs), « *c'est l'espace relationnel qui est touché, appauvri et désinvesti* ».[19]

En vieillissant, la personne âgée bouge moins, son corps est moins sollicité : les sensations kinesthésiques, tactiles et proprioceptives diminuent. De ce fait, la représentation des parties du corps et la sensation d'unité sont compromises. Ainsi, le **schéma corporel** se déstructure (celui-ci se réfère au corps réel et correspond à l'ensemble des perceptions menant à la connaissance de son corps et servant de repère pour le déroulement de l'action dans l'espace). Cette perturbation du schéma corporel peut alors être à l'origine d'une **désorientation temporo-spatiale** (perte des repères spatiaux et temporels). De plus, la personne âgée change, son corps est marqué par les effets du temps. L'image qu'elle a d'elle-même et qu'elle renvoie aux autres, n'est plus la même. C'est la question de l'**image du corps** (se référant au corps imaginaire) qui se pose. Parfois, la réalité psychique ne correspond pas à la réalité physique. Le lien entre corps et psychée n'est plus forcement évident et la personne âgée peut avoir du mal à s'approprier son corps.

Nous nous rendons bien compte que toutes ces modifications liées au vieillissement vont avoir un impact sur la capacité à marcher et la manière d'être en relation de la personne âgée.

En effet, la marche est au carrefour des dimensions motrices, psychiques et relationnelles. Ces domaines étant constamment remaniés, la marche chez la personne âgée se voit affectée et changée. La conserver est souvent la préoccupation première des personnes âgées qui espèrent ainsi garder leur autonomie, ne dépendre que d'elles-mêmes et jouir de leur liberté de mouvements.

Mme V. me dit qu'elle marche tous les jours sans faute dans les couloirs avec son déambulateur pour conserver autant que possible sa capacité à se déplacer seule et à être libre de ses mouvements.

[19] CALZA M. et CONTANT A. **Psychomotricité**. Collection Abrèges, 2ième édition, Masson, 1999. P.181

B – LA MARCHE S'INSCRIT DANS UNE DYNAMIQUE RELATIONNELLE.

« L'homme est présent dans son corps
même lorsqu'il parle dans le dialogue de la rencontre. »
F.J.J. Buytendijk

I- Etre en relation.

L'Homme est un Etre de relation. Selon J. Choque, « *L'homme est un système ouvert en interaction constante avec son environnement.* »

De plus, notons que « *Rien n'est à considérer isolément et chaque être existe au sein d'un contexte en interaction perpétuelle avec lui.* » [20] Cette réflexion met en évidence le fait que nous soyons un parmi les autres dans un environnement donné.

1- La relation : être en lien avec les autres.

Afin de comprendre en quoi la marche s'inscrit dans la relation, il est essentiel de comprendre en quoi celle-ci consiste, comment elle se met en place et ce qu'elle implique.

a. La relation.

Le mot « relation » vient du latin *« ralatio »* qui signifie « récit, narration ». Je pense en effet que c'est par nos relations que nous écrivons le récit de notre vie.

Le Larousse définit la relation comme « *caractère, état de deux ou plusieurs choses ou personnes entre lesquelles il existe un rapport.* » C'est un lien d'interdépendances et d'interactions. Il apparait alors la notion de communication qui permet de mettre en relation plusieurs personnes. La communication peut être verbale (par le langage) et/ou corporelle (par le tonus avec la notion de « *dialogue tonico-émotionnel* » de J. De Ajuriaguerra, les mimiques, les réactions de prestance, le regard, les postures, la respiration…)

Selon moi, la relation correspond aux liens, rapports, contacts et attachements entre des personnes. Elle sous-entend la rencontre entre des êtres singuliers au cours de différents contextes de vie. Ces rencontres permettent à l'individu de se construire lui-même et de s'inclure dans un groupe et plus largement dans la société. H. Wallon parle de « *façonnage du moi par le milieu.* » [21] L'être humain est un être social, marqué par ses relations.

[20] Cité par PIERSON M.L. dans **L'intelligence relationnelle**. Editions d'Organisation, Paris, 1999. P.12
[21] WALLON H. **Le rôle de l'autre dans la conscience du moi**. Article Persee, Enfance. Tome 12 n°3-4, 1959.

b. La mise en place de la relation.

❖ ***Un petit d'Homme équipé d'emblée pour entrer en relation***

« *L'enfant vient au monde muni d'une faculté extraordinaire à établir des contacts humains. Tout d'abord, il participe immédiatement à la création de ses toutes premières relations.* » nous précise D. Stern.[22] Ainsi muni d'un équipement de base extraordinaire pour entrer en relation avec son entourage, le tout jeune enfant va très tôt être un partenaire actif dans l'interaction et les échanges sociaux.

❖ ***De l'interaction à la relation***

C'est à partir des interactions entre la mère et l'enfant que va naître la relation. Celle-ci prend forme lorsque l'enfant acquiert la représentation mentale et permanente de l'autre. Vers la fin de la première année, l'enfant adopte certains comportements qui permettent de parler en termes de relation. En effet, aux alentours de 9 mois, l'enfant réagit face à l'étranger, R. Spitz parle de l'angoisse de séparation au huitième mois.[23] Nous observons une réaction de séparation (l'angoisse) et de réunion (la joie). Ce comportement signifie que l'enfant s'est attaché à sa mère et en a construit une représentation interne et permanente. Nous pouvons parler de véritable relation objectale lorsque l'enfant a conscience que l'autre est distinct de lui (différenciation).

❖ ***La nécessaire présence de l'autre***

J. Piaget [24] précise que, dans ses interactions précoces, l'enfant fait des expériences à la fois motrices et sensorielles qu'il intériorise peu à peu. Cette intériorisation est tout particulièrement liée à l'interaction qui se passe entre l'enfant et l'objet, nous parlons alors de relation d'objet.

Par ailleurs, lorsque l'enfant est en interaction avec une personne, il s'ajoute à l'expérience motrice et sensorielle, l'expérience affective qui met en jeu l'attention, l'excitation et les affects des deux protagonistes. Ces différentes expériences créent une unité qui va être intériorisée par l'enfant en tant que représentations. Il parvient ainsi à instaurer une relation, une expérience partagée. Il est intéressant de noter qu'aucune représentation ne peut être créée sans la composante affective, donc sans la présence de l'autre. De par ses représentations, l'enfant commence à construire son histoire dans la relation. Nous comprenons ainsi que ses premières relations influencent largement ses relations à venir. Ainsi, tout au long de sa vie, ses relations et ses représentations s'étendent, évoluent et se modifient constamment.

---

[22] STERN D. **Mère-enfant : les premières relations**. Mardaga, 1997. P.51

[23] LE RUN J-L. et GOLSE B. **Les premiers pas vers l'autre, ou comment l'altérité vient aux bébés**. Erès, 1001BB, 2008. P.14-15

[24] MAZET P. et STOLERU S. **Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant**. Collection Les âges de la vie, édition Masson, 1999.

Les relations que chacun entretient avec son environnement, qu'elles soient familiales, amicales, amoureuses ou encore professionnelles, guident sa vie. L'Homme est un être de relation, un être social et ce dès sa naissance. Nos relations orchestrent notre quotidien, nos motivations et nos mobiles de vie. Il me semble que notre bien-être en dépend. C'est pourquoi, être en relation est quelque chose de primordial et cela à tous les âges de la vie.

2- L'autonomie : être soi parmi les autres.

La relation amène l'idée de « plusieurs » mais où chacun est singulier. En effet, la relation permet de se sentir à la fois semblable et différent d'autrui. Chacun peut ainsi construire sa propre personnalité dans un contexte de liens sécures et encourageants.

a. L'autonomie.

Le mot « autonomie » vient du grec : *« autos »* : soi-même, et « *nomos »* : loi.
L'autonomie est la capacité pour chacun de déterminer ses propres règles, d'avoir la possibilité de penser et d'être libre de décider par soi-même.

L'autonomie amène les notions d'indépendance et de dépendance :

- *Une personne est autonome et indépendante* si elle est capable de penser, de choisir une action, d'agir et d'effectuer sans aide tous les actes de la vie courante.
- *Une personne est dépendante et autonome* si elle ne peut pas faire seule les actes de la vie courante, tout en étant capable de penser, de choisir et de décider.
- *Une personne est dépendante non autonome* si elle ne fait pas seule et ne peut plus ni choisir ni décider seule. La dépendance peut être multifactorielle et correspond au fait d'avoir besoin des autres. La relation s'impose alors. C'est une situation dans laquelle se trouvent fréquemment les jeunes enfants et les personnes âgées.

b. La mise en place de l'autonomie.

A la naissance et globalement au cours de sa première année de vie, le jeune enfant est complètement dépendant de son entourage, que ce soit pour répondre à ses besoins naturels et affectifs. Puis, petit à petit, l'enfant cherche à faire les choses par lui-même, il devient moins dépendant de ses parents. Cependant, il est intéressant de remarquer que l'autonomie de l'enfant ne s'acquiert que sur l'appui des parents qui, en quelque sorte, lui montrent le chemin. L'enfant va « *décider de l'endroit où il va aller* [et vers qui il va aller] *et s'il coopérera avec ses parents, car il a découvert qu'il possède sur eux certains moyens de contrôle.* » [25]

[25] BRAZELTON T.B. **L'âge des premiers pas**. Petite bibliothèque Payot, 2006. P.310

K. Lorenz précise, qu'en plus de leurs nombreuses capacités, les touts petits ont besoin d'une expérience parentale particulière pour leur procurer la socialisation indispensable à leur survie. C'est pourquoi l'acquisition de l'autonomie est très importante dans le développement personnel et social de l'enfant.

L'enfant grandit et murit. Il commence à comprendre le fonctionnement et l'utilisation de certains objets, puis il est capable de tenir seul son biberon, sa cuillère, tend un bras pour faciliter l'habillage, dit quelques mots notamment le « non » qui le fait accéder à la communication humaine, il acquiert la propreté… Il apprend à faire de plus en plus de choses tout seul et nécessite de moins en moins d'aide. Ce faisant, l'enfant s'affirme. Ce sera avec l'acquisition de la marche que son autonomie va réellement prendre son essor. « *L'enfant est à présent tout équipé pour explorer le monde en toute indépendance.* » [26]

Cette autonomie progressivement acquise est un bien précieux tout au long de la vie. Elle permet à chacun de construire son histoire librement, de ne dépendre que de soi-même et de faire ses propres choix afin de répondre à ses aspirations.

3- <u>Un lien fort entre autonomie et relation.</u>

F. Désobeau, nous rappelle qu'il faut « *être suffisamment fort et autonome pour affronter diverses situations avec les autres.* » [27]

Selon moi, la relation et l'autonomie sont étroitement liées. La marche permet d'acquérir un certain niveau d'autonomie et, par cette autonomie, de décider de la relation.

En effet, être autonome n'a de sens que dans la relation. C'est en acquérant son autonomie que chacun a la possibilité de devenir quelqu'un de singulier, unique, libre, avec sa personnalité, et cela au milieu des autres, de la société et des normes qu'elle implique. C'est être soi parmi les autres. Nous faisons partie d'un tout qui nous soutient et nous contient, sans nous assujettir…

Finalement, l'autonomie dans la relation c'est avoir la capacité d'être seul en présence d'autrui, et c'est aussi être soi dans un environnement fait de rencontres.

Nous comprenons que s'inscrire dans la relation tout en bénéficiant de son autonomie est essentiel au développement personnel de chacun. Voyons désormais en quoi la marche tient un rôle important dans cette inscription personnelle et sociale.

---

[26] BRAZELTON. **L'âge des premiers pas**. Petite bibliothèque Payot, 2006. P.305
[27] DESOBEAU F. **Thérapie psychomotrice avec l'enfant.** Erès, 2008. P.157

II- En quoi la marche s'inscrit dans la relation ?

Marcher c'est se déplacer en mettant un pied devant l'autre. Une action qui parait anodine puisque nous marchons sans réfléchir et pourtant elle est bien plus complexe qu'elle n'en a l'air…

1- La marche : un ancrage personnel et relationnel.

La marche suscite un double ancrage à la fois personnel et relationnel. En effet, marcher c'est pouvoir se porter soi-même et s'intégrer dans la vie sociale.

a. Une relation à soi.

❖ ***Se ressentir***

Marcher implique que nous soyons redressés, à la verticale et en équilibre, stable sur notre axe et nos appuis. Ainsi debout, nous pouvons marcher.

La marche entraine de nombreux effets physiologiques et de nombreuses sensations. Nous nous mettons en mouvement, notre cœur bat plus fort, nous respirons amplement, nous nous installons dans un rythme qui nous est propre, nous marquons la cadence de nos pas qui résonnent tant dans notre corps que sur la terre que nous foulons… Finalement, le mouvement régulier et répétitif de la marche, sorte de balancement et bercement, prend la forme d'une enveloppe.

Marcher c'est faire l'expérience du réel, en effet nous nous confrontons à la gravité, nous expérimentons la pesanteur, nous appréhendons l'espace… certes. Mais la réalité quand on marche, ce n'est pas seulement la solidité du sol, c'est encore plus l'épreuve de sa propre consistance. Dans la marche, c'est aussi de sa réalité dont il est question.

Ainsi, marcher permet de se sentir vivant, tout simplement. Selon, F. Gros, professeur de philosophie, la marche combine le faire avec l'être. « *Marcher c'est la joie simple d'éprouver son corps dans l'activité la plus archaïquement naturelle.* » [28]

❖ ***Une unité psychocorporelle***

La marche est le résultat d'une harmonie psychocorporelle. Quand nous marchons nous engageons tout notre être.

Le lien se tisse entre action et pensée. A ce propos, M. Montaigne écrit : « *Mes pensées dorment, si je les assis. Mon esprit ne va, si les jambes ne l'agitent.* » [29]

---

[28] GROS F. **Marcher, une philosophie.** Flammarion, Champs essais, 2011.
[29] MONTAIGNE M. **Essais**.

Ainsi, marcher amènerait la pensée. En effet, marcher ne sollicite rarement que notre corps, marcher fait imprégnation.

Selon B. Spinoza, « *Le corps peut, par les seules lois de sa nature, beaucoup de choses qui causent à son âme de l'étonnement… si le corps est inerte, l'âme est en même temps privée d'aptitude à penser.* » [30]

- ***Etre libre***

Pour F. Nietzche, « *marcher c'est d'abord s'élever* », c'est prendre de la hauteur et s'affirmer. En marchant, chacun a la possibilité d'avancer par ses propres moyens et d'aller de l'avant. D'un autre côté, c'est aussi pouvoir s'arrêter, reculer, changer de direction…

R.L. Stevenson, écrivain écossais et grand voyageur, nous dit : « *Vous devez être libre de vous arrêter et de continuer, et de suivre ce chemin-ci ou cet autre, au gré de votre fantaisie ; et parce que vous devez marcher à votre allure.* » [31]

Ainsi, la marche permet d'être libre non seulement de ses mouvements mais aussi de ses intentions, et donc libre de choisir d'aller vers l'autre ou non.

b. <u>Trait d'union entre soi et l'autre.</u>

Marcher est en quelque sorte un moment de transition, de relais, c'est entre ici et là-bas, entre moi et l'autre : c'est un entre-deux. Cet « *entre* » peut alors être utilisé pour la rencontre. Ainsi la marche s'inscrit dans un « sens » : à la fois *pourquoi* je marche et la *direction* (et elle met les sens en éveil...). C'est aller vers quelque chose ou quelqu'un mais sous quelle motivation, quelle intention ?

Pour marcher, il faut accepter de se séparer. Cette séparation n'est pas synonyme d'isolement, au contraire, elle est la promesse de nouvelles rencontres et de retrouvailles. En effet, marcher c'est accepter d'aller vers et d'entrer en relation avec les autres et le monde. C'est ce qui permet la rencontre. Or, je suis convaincue que chacun se construit par les rencontres qu'il fait. Exister soi-même c'est être en relation avec les autres. C'est pourquoi il est important d'envisager la marche dans son rôle de médiation entre soi et l'autre. Elle permet de passer « *de l'un aux autres* ».[32]

La marche amène l'Homme à être disponible vers la mobilité et ouvert à l'espace relationnel. Elle est à la fois le moyen et l'expression de la relation à soi-même, à l'autre et au monde. Selon J. Garros, la marche place l'Homme dans une « *verticale de relation* ».[33]

---

[30] SPINOZA B. **L'Ethique**.
[31] GROS F. **Marcher, une philosophie**. Flammarion, Champs essais, 2011.
[32] LE RUN J-L. et GOLSE B. **Les premiers pas vers l'autre, ou comment l'altérité vient aux bébés**. Erès, 1001 BB, 2008. P.69
[33] GARROS J. **Corporellement**…

c. <u>Une relation à l'autre.</u>

L'activité de la marche peut être assimilée à « *une motricité en relation* » selon les termes de B. Jolivet. De plus, H. Wallon et J. De Ajuriaguerra « ont toujours envisagé la fonction motrice comme première fonction de relation ».[34]

❖ *S'inscrire dans un environnement actif*

La marche est omniprésente dans notre quotidien. En marchant, nous croisons continuellement la route d'autres personnes. Nous faisons partie d'un monde en perpétuel mouvement dans lequel chacun suit son chemin.

❖ *Etre autonome dans la relation*

La marche augmente la capacité d'autonomie et les possibilités de relation.

→ La marche, une question d'autonomie :

La marche correspond aux premiers pas vers l'autonomie. En effet, le jeune enfant en acceptant de se séparer un moment, accède à la possibilité de redécouvrir par lui-même son monde environnant. La marche lui permet de faire de nombreuses expériences, de tester et franchir les limites…

D'une certaine manière, la marche permet à la personne âgée de maintenir son autonomie. C'est pouvoir encore se porter soi-même et se déplacer seule. Ainsi, la marche permet à la personne âgée de ne pas se sentir complètement dépendante des autres. Marcher c'est être libre de ses mouvements et de répondre à ses désirs au moment voulu. C'est rester maitre de soi… Il faut cependant garder en tête qu'une personne autonome peut être dépendante sur certains points. En fait, être autonome c'est accepter cette relative dépendance et s'adapter aux contraintes. Mais cette adaptation n'est pas aisée. Quand une personne âgée perd sa capacité à marcher, elle devient dépendante d'autrui pour se déplacer. Cela peut entraîner une baisse d'estime de soi, une difficulté d'acceptation, une dépression, un repli, un isolement, la sensation d'être prisonnier de son corps…

« *L'autonomie dans la marche est perçue, à juste titre,*
comme la garantie d'une autonomie dans la vie. »
F. Pitteri [35]

---

[34] VAIVRE-DOURET L. **Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant.** ECPA, 2004. P.11
[35] POTEL C. **Psychomotricité : entre théorie et pratique**. In Press, 2010. P.301

→ ***La marche, une question de relation :***

C'est parce que le jeune enfant est dans un bain d'interactions constantes avec ses parents et son environnement qu'il va grandir. Il fait de nombreuses d'expériences et devient curieux de ce qui l'entoure. S'il n'y avait pas la relation (à soi, aux autres et à l'environnement) alors pourquoi marcher ? Marcher permet d'aller rencontrer quelqu'un ou quelque chose de sa propre initiative, mais c'est aussi pouvoir s'en éloigner. C'est mettre du sens sur ses actions.

De même chez la personne âgée, la marche permet de conserver ses liens et d'en créer de nouveaux. Elle facilite le maintien du lien social. Lorsque la marche devient difficile, voire impossible, il est plus compliqué de garder ce lien et d'initier la relation. Par ailleurs, lorsqu'une personne ne s'inscrit plus dans un lien et se retrouve isolée, l'intérêt de la marche est diminué.

❖ ***Réflexions autour de la dynamique marche-autonomie-relation***

Plusieurs exemples révèlent que la marche, bien qu'étant un des moyens facilitant l'accès à l'autonomie et à une liberté de relation, peut être remise en cause dans son lien marche-autonomie-relation. Par exemple, un enfant autiste marche mais n'investit pas celle-ci dans l'exploration, la découverte et la relation. Souvent caractérisée par une démarche sur la pointe des pieds, la marche du sujet autiste serait plutôt une forme d'autostimulation, un moyen de se sentir tenu (de ressentir du solide en soi), de mettre de la distance… Par ailleurs, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut marcher toute la journée dans une sorte d'errance et n'est pas pour autant autonome. Les bases fondatrices de la marche sont motrices mais la marche demande un investissement exploratoire et relationnel pour être efficace. D'un autre côté, une personne handicapée moteur en fauteuil roulant peut être à la fois dépendante et autonome (avoir besoin d'aide physique mais avoir toute les capacités pour raisonner) et tout à fait s'inscrire dans une relation.

2- <u>Marcher c'est décider de la relation.</u>

Bien avant la marche, le jeune enfant s'inscrit dans une relation. Il grandit au sein d'une famille avec laquelle de nombreuses interactions ont lieu. Le bébé présente d'emblée des capacités innées pour solliciter son entourage. Ce sont d'abord les réflexes qui vont être interprétés par les parents comme des signes d'attachement et de communication (comme par exemple le grasping). Le bébé va ressentir des états de bien-être et d'inconfort qu'il va exprimer par son état tonique, ses mouvements, ses cris, ses expressions du visage, son regard… Ses parents vont y apporter une réponse, créant de ce fait de nombreuses interactions. Le tout petit favorise ainsi l'établissement des échanges et des relations humaines. Dans ce bain d'interactions, le jeune enfant va apprendre à maîtriser ses capacités « sociales » afin de mieux se faire comprendre et exprimer ses désirs. Ainsi, dès sa

venue au monde, le bébé montre une réelle faculté à établir des contacts humains et participe immédiatement à la création de ses toutes premières relations.

Petit à petit, dans cet échange et ce plaisir réciproque entre enfant et parents, le jeune enfant va découvrir et apprivoiser son corps. Il découvre ses capacités motrices et son entourage est déjà très impatient de le voir faire ses premiers pas. Enfin, arrive la marche. Ses capacités sociales innées se voient maintenant complétées par cette acquisition. Grâce à la marche, le jeune enfant redécouvre le monde qui l'entoure et expérimente la distance à la fois physique et relationnelle. Il peut engager ou désengager la relation avec ses partenaires. Désormais, non seulement il participe à la relation mais aussi il la décide plus facilement par la mise en jeu des distances (approcher ou éviter). L'enfant est un véritable être social.

La relation se trouve entre « ce que » et « ce qui » permet la marche. C'est à la fois grâce à son entourage et à la fois pour aller à sa rencontre ou s'en éloigner que la marche s'est développée.

La vie suit son cours, l'enfant grandit, devient adulte, puis vieillit…

Le pas est moins vif, plus hésitant, l'allure freine et l'effort fatigue plus vite. Mais la marche, bien que ralentie, est précieuse. Elle permet de se déplacer librement afin de sortir de chez soi, d'aller voir ses proches… donc de maintenir son autonomie et ses relations sociales. Parfois, la marche est trop difficile et l'aide humaine ou matérielle devient indispensable. La personne âgée dépend alors des autres et perd une partie de sa liberté. Ses relations s'en voient modifiées : elle ne peut plus exécuter seule son désir d'aller vers quelqu'un ou quelque chose, ou de s'en éloigner.

Nous venons de constater que la marche permet de décider de la relation mais aussi qu'elle se construit et se maintient dans la relation. Voyons désormais comment la psychomotricité peut se servir de la relation comme support pour intervenir auprès de personnes présentant un trouble de la marche.

SYNTHESE ET HYPOTHESE

Tout au long de la vie, l'individu se construit en fonction de ses spécificités, tant physiques que psychiques, et selon ses propres relations avec l'environnement. Comme nous l'avons vu, la marche s'acquiert et fluctue en fonction de l'évolution des capacités propres du sujet portées par une dynamique de relation. La marche permet de faire ses propres expériences, découvertes et rencontres. Elle soutient donc l'autonomie et le lien social.

Le lien entre la marche et la relation se remarque autant chez les jeunes enfants que chez les personnes âgées que j'ai rencontré lors de mes stages.

Chez le jeune enfant, la relation et notamment les interactions avec son entourage, lui permettent d'investir sa marche afin de se séparer, de découvrir, de grandir… La marche lui permet de gérer la distance, de s'opposer, de s'éloigner et se rapprocher…

Chez la personne âgée, la relation et notamment le lien social, se trouve être une motivation dans le maintien de la marche pour garder la possibilité d'aller vers… La marche lui permet d'aller de l'avant, de rester autonome, de se sentir encore acteur de sa vie…

La marche et la relation s'inscrivent dans un cercle vertueux où l'un a sur l'autre des effets positifs et bénéfiques favorisant l'estime de soi, l'ancrage personnel et relationnel, l'autonomie, l'intégration et le lien social, le plaisir d'être… Seulement parfois, la marche et la relation sont prises dans un cercle vicieux entrainant la dépendance, l'isolement, le repli…

Notre intervention en psychomotricité a pour but d'interrompre, ou du moins de ralentir, ce cercle vicieux. Pour cela, notre lecture du trouble de la marche ne s'arrête pas à l'acte moteur mais se porte de manière privilégiée du côté relationnel. Nous nous intéressons à l'histoire singulière du sujet au sein d'un environnement qui lui est propre. Qu'en est-il de l'investissement de sa marche dans ses interactions, ses relations… ?

Je pose comme base l'hypothèse suivante : *un trouble de la marche, en tant que cause ou conséquence, est lié à une perturbation de la relation*, afin de déterminer l'importance de la prise en compte de la relation lors d'un accompagnement proposé en psychomotricité auprès d'un sujet présentant un trouble de la marche.

Deuxième partie

LA PLACE DE LA RELATION DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN TROUBLE DE LA MARCHE EN PSYCHOMOTRICITE

A - APPROCHE PSYCHOMOTRICE DE LA MARCHE.

« Le plaisir du fonctionnement dans l'expérience d'un corps en jeu,
en relation et dans le lien éprouvé à l'autre. »
B. Jolivet

I- La marche, un acte psychomoteur.

1- Le lien corps-psyché.

Comme nous l'avons vu, la marche se situe au carrefour entre motricité, psychisme et relation. Elle fait le lien entre corps instrumental, identitaire et relationnel. La marche est le reflet à la fois du corps en mouvement et en relation, du lien entre corps et esprit, de la relation à soi, à l'autre et à l'environnement. Par tous ces aspects, nous comprenons que la marche est un acte psychomoteur.

En empruntant les termes de F. Joly, je peux dire que lorsque nous nous intéressons à la marche, nous nous intéressons à « *l'habitation corporelle* » et à « *l'exercice des fonctions instrumentales, toniques, praxiques et sensorimotrices, dans le développement, dans l'histoire du sujet, et dans la relation « psychisée » et toujours affectée et pulsionnalisée à l'autre*. »[36] La marche se situe au carrefour psychomoteur, faisant le trait d'union entre psycho et moteur. A l'image de la psychomotricité, la marche se trouve au nouage intime du corps, de ses fonctions, de la relation et de l'histoire du sujet.

Selon S. Lebovici [37] : le jeu de l'enfant à la bobine ainsi que l'acquisition et l'investissement de la marche sont « *deux registres développementaux exemplaires illustrant, en effet, au mieux le passage obligé par l'expérience psychomotrice, c'est-à-dire ludique, motrice et relationnelle, appelant des registres inextricablement liés […]* » La marche est décrite comme une expérience psychomotrice permettant l'appropriation subjective du monde, des objets, de l'autre et de soi-même. Selon lui, la psychomotricité a pour rôle « *d'introduire (ou de réintroduire), d'organiser (ou de réorganiser) cette relation fondamentale symbolique et structurante* » illustrée par la marche.

2- Les caractéristiques psychomotrices de la marche.

La marche est une activité qui met en jeu de nombreuses aptitudes caractéristiques de la psychomotricité. A savoir : la motricité globale, le tonus, les coordinations dynamiques générales, l'équilibre, le rythme, le schéma corporel, l'image du corps, l'espace, le temps, l'orientation, la respiration, l'attention, la vigilance…

[36] POTEL C. **Psychomotricité : entre théorie et pratique**. In Press, 2010. P.27
[37] Ibid P.29-30

La marche s'inscrit dans un mouvement corporel global. Elle demande une **régulation tonique** adaptée afin d'être stable sur son axe corporel et ajusté dans sa posture et ses mouvements. Le tonus se trouve à la base de la motricité, de la communication non-verbale et de l'expressivité. Il soutient aussi l'éveil et la vigilance nécessaire à la marche. La **vigilance** permet au sujet de maintenir un niveau suffisant d'efficacité attentionnelle afin d'ajuster sa marche en toutes circonstances.

Lors de la marche, les mouvements entrent dans une alternance droite-gauche et haut-bas. Les **coordinations** permettent alors de mettre en action plusieurs muscles en vue d'un mouvement harmonieux et efficace dirigé vers un but. Cette alternance est marquée par la cadence des pas qui confère à chacun un **rythme** propre et variable en fonction des individus (tempo spontané) et des situations. La marche s'inscrit alors dans un **espace-temps** ; l'espace étant favorisé par la conscience du **schéma corporel**. Selon J. De Ajuriaguerra, celui-ci « *fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* ».[38] Lors de la marche, le schéma corporel permet d'organiser et d'orienter le mouvement afin qu'il soit adapté. De plus, l'**image du corps**, décrite comme l'investissement affectif et inconscient du corps en relation par F. Dolto, prend une place importante dans le positionnement du sujet dans son environnement et la représentation de sa marche.

Toutes ces dynamiques psychomotrices entrent en jeu, de manière plus ou moins consciente, dans l'exercice quotidien de la marche. C'est pourquoi, elles sont susceptibles d'être abordées dans une prise en charge psychomotrice autour de la marche. Je souhaite revenir plus précisément sur les notions de tonus, de schéma corporel, d'image du corps et d'espace-temps qui sont pertinentes à développer lorsque nous envisageons la marche dans son aspect relationnel.

- ***<u>Le tonus et la communication non-verbale.</u>***

Le tonus signe notre présence au monde. Tout au long de la vie et plus particulièrement chez les touts petits et les personnes âgées, le corps apparait comme le principal moyen d'être en relation avec son environnement et avec autrui. Les postures, les gestes, les mimiques… dévoilent les émotions et les tensions. J. De Ajuriaguerra parle de « *dialogue tonico-émotionnel* » entre le bébé et ses parents. Cette première communication non-verbale, portée par les fluctuations toniques des deux partenaires, est présente tout au long de la vie et se retrouve particulièrement chez la personne âgée.

La marche, propre à chacun, se caractérise par une façon d'être aussi bien corporelle que psychique. C'est se mobiliser dans son corps pour aller vers quelque chose ou vers l'autre. La marche confère une manière singulière de se présenter à l'autre. De manière imagée et simpliste, je peux donner comme exemples : un sujet dépressif peut avoir

[38] ANDRE P., BENAVIDES T. et GIROMINI F. **Corps et psychiatrie**. Heure de France, 2ième édition, 2004. P.234

tendance à se replier sur lui-même, à être courbé… Une personne fière va « se tenir droite comme un i »... Un bébé repu et confiant va s'abandonner dans les bras de sa mère…

- ***Le schéma corporel et l'image du corps.***

Selon F. Dolto, « *C'est grâce à notre image du corps portée par- et croisée à- notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.* »

La marche met en jeu à la fois la reconnaissance du corps et son utilisation (le schéma corporel) et son investissement psychoaffectif et narcissique (l'image du corps). La marche est le reflet de la représentation de soi et médiatise la relation à l'autre. De plus, A. Sanglade précise que « *cette représentation de soi dépend des relations aux autres et de leur qualité, ainsi que de la formation du narcissisme.*»

En psychomotricité, travailler ces aspects de schéma corporel et d'image du corps va modifier l'acte moteur et l'engagement du corps dans la relation à l'autre. En effet, nous favorisons une meilleure conscience corporelle (écoute de soi) et une revalorisation narcissique (estime de soi) nécessaire à l'investissement de la marche. Nous nous intéressons tout particulièrement à la manière dont le sujet habite son corps.

- ***L'espace et le temps.***

La notion d'espace-temps amène l'idée de distance physique et donc relationnelle. La distance est ce qui sépare le soi et le non-soi, l'autre, l'objet. Elle sous-entend les rapports de séparations, de voisinages et de retrouvailles, d'approche et d'évitement, de proximité et d'éloignement... dans lesquels la part de l'affectivité est grande. La distance est donc synonyme de relation. La marche ouvre un espace de libertés et d'échanges et confronte aussi aux limites. Par la mise en jeu des distances, la marche permet de se positionner dans la relation, de la doser, donc de la maîtriser. C'est se positionner soi dans un environnement de relations.

E.T. Hall, anthropologue américain, développe la notion de proxémie.[39] Il met ainsi en évidence la variabilité des distances relationnelles en parlant de distances intimes, personnelles, sociales et publiques. « *Chaque personne a son propre rapport à l'espace, déterminé par son expérience personnelle, son état de sécurité affective, son fonctionnement sensoriel.* » [40]

[39] HALL E.T. **La dimension cachée.**

[40] SCIALOM P., GIROMINI F. et ALBARET J-M. **Manuel d'enseignement de psychomotricité.** De Boeck-Solal, collection Psychomotricité, 2012. P.230

Dans notre pratique, il est intéressant d'observer comment la personne joue avec cette distance afin d'appréhender son rapport au monde et à fortiori aux autres. Il est important, en tant que psychomotricien, de tenir compte de l'aspect affectif et relationnel de la perception de l'espace, mise en jeu lors de la marche.

Par ailleurs, marcher permet de prendre conscience de l'espace qui nous entoure et de s'y intégrer activement. Un sage taoïste disait : « *les pieds sur le sol occupent très peu d'espace ; c'est par tout l'espace qu'ils n'occupent pas qu'on peut marcher*. » [41] A cette notion d'espace s'ajoute la prise en compte du temps. En effet, la marche c'est en quelque sorte de l'espace qui prend du temps.

Ayant mis en évidence le fait que la marche est un acte psychomoteur, donc au cœur d'une activité motrice, psychique et relationnelle, voyons désormais qu'est-ce qu'un trouble de la marche, comment il peut se manifester et impacter la relation.

[41] Cité par GROS F. **Marcher, une philosophie**. Flammarion, Champs essais, 2011.

II- Les troubles de la marche et leurs répercussions sur la relation.

1- Le trouble de la marche : un trouble psychomoteur.

a. Le trouble psychomoteur.

Selon J. De Ajuriaguerra, « *les troubles psychomoteurs dans leur ensemble, oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente et la vie plus ou moins jouée.* » [42] De plus, J. Berges précise que les troubles psychomoteurs se manifestent à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui.

Nous relevons une conception à la fois relationnelle et biomécanique du corps. Il est intéressant de noter le double engagement entre le corps instrumental et relationnel.

Les troubles psychomoteurs, souvent d'origine plurifactorielle (génétique, biologique, neurologique, psychologique, sociale…), mettent à mal les mécanismes d'adaptation du sujet dans son milieu. A ce propos, J. Corraze explique que « *le trouble psychomoteur s'insinue dans le jeu des éléments de l'action qui se définit comme l'ajustement des moyens à un but. Il vient donc troubler les relations entre les moyens et leur fin.* » [43]

b. Le trouble de la marche.

Les troubles de la marche s'inscrivent dans cette dynamique plurifactorielle. Ils peuvent résulter d'un déficit fonctionnel mais peuvent aussi être l'expression d'un trouble plus profond d'ordre personnel ou relationnel.

Le trouble de la marche est rarement envisagé comme étant isolé. Nous envisageons le trouble dans son contexte global (familial, social, culturel, relationnel…) car nous ne pouvons pas considérer une personne sans son environnement. Il faut donc s'interroger sur la place que prend le symptôme dans la dynamique du sujet pour en comprendre la signification souvent cachée. Un trouble de la marche peut être considéré soit comme une difficulté qui entrave le bon fonctionnement de l'individu, soit comme un signe d'appel d'un mal être interne. Il peut alors être un moyen de s'exprimer, de se faire voir, un appel en absence de mot, faute de pouvoir s'exprimer autrement. En effet, il n'est pas aisé pour les touts jeunes enfants ainsi que pour les personnes âgées de relater oralement leur souffrance, c'est donc le corps qui parle d'eux et pour eux.

---

[42] BALLOUARD C. **L'aide mémoire de psychomotricité**. 2ième édition Dunod, 2011. P.41

[43] SCIALOM P., GIROMINI F. et ALBARET J-M. **Manuel d'enseignement de psychomotricité.** De Boeck-Solal, collection Psychomotricité, 2012. P.254-255

Dans ce cas, selon R. Diatkine, « *leur corps est l'expression de leur malaise et ce n'est que grâce à un processus relationnel utilisant leur corps qu'un processus évolutif peut s'esquisser.* »[44] C'est pourquoi, la psychomotricité me semble particulièrement indiquée face aux situations dans lesquelles la dimension affective ou relationnelle paraît dominante dans l'installation initiale du trouble de la marche et lorsque celui-ci se manifeste comme symptôme, c'est-à-dire comme « *la traduction somatique, la révélation corporelle d'un trouble plus profond* » selon J. De Ajuriaguerra.

En tant que psychomotricien, nous sommes conscients des multiples enjeux présents dans la marche. Nous devons garder l'esprit ouvert et ne pas nous arrêter uniquement sur le trouble instrumental. Nous allons voir en effet qu'un trouble de la marche, qu'il en soit la cause ou la conséquence, est fréquemment lié à une problématique relationnelle.

2- Les pathologies influençant l'activité de la marche.

La capacité à marcher peut être perturbée pour différentes raisons, tant sur le plan somatique, que psychologique et relationnel.

Les troubles de la marche peuvent être dus aux aléas du développement psychomoteur en tant que : [45]

- Troubles de la relation, entre troubles instrumentaux et troubles du comportement :

Tels que : l'inhibition, l'instabilité (TDA/H), les relations parents-enfant perturbées (dépression maternelle, angoisse, difficulté d'ajustement, malaise affectif et relationnel, carences…), les troubles de la fonction tonico-émotionnelle (mauvaise régulation tonique…), le trouble de l'acquisition de la coordination, la dépression, la dépréciation de soi, le laisser-aller, la perte d'intérêt, l'isolement, le repli…

- Troubles associés à des pathologies sévères :

Tels que : la prématurité, les retards de développement psychomoteur, les troubles envahissants du développement tels que l'autisme, la psychose, les handicaps et déficits moteurs, intellectuels et sensoriels, les démences, la spasticité, les épilepsies, les infirmités motrices cérébrales, les malformations, les fractures, les chutes, les paralysies, les dysfonctionnements de l'appareil locomoteur (pathologies traumatiques, orthopédiques, neurologiques, rhumatologiques), les accidents vasculaires cérébraux…

Ces troubles et pathologies peuvent avoir un impact sur les capacités à marcher, soit par leur aspect fonctionnel (il est difficile, voire impossible, physiquement de marcher), soit par leur aspect psychoaffectif et relationnel (la marche n'est pas ou n'est plus correctement investie dans l'autonomie et la relation pour diverses raisons : environnement pas assez stimulant ou attrayant, perte d'intérêt et de motivation…).

---

[44] Cité par F.DESOBEAU dans **Thérapie psychomotrice avec l'enfant.** Erès, 2008. P.59

[45] **Cours de Sémiologie psychomotrice.** F.Decory. 2010.

Cette liste, non exhaustive, de troubles ayant des conséquences sur la marche montre la pluralité et la complexité des problématiques auxquelles nous pouvons faire face en psychomotricité lorsque nous nous intéressons à la marche.

3- Les incidences sur la relation.

Les troubles de la marche peuvent se traduire par une précocité ou un retard d'acquisition (voire une non-acquisition), des particularités (lenteur, rapidité, raideur, inconsistance, faible amplitude de mouvements, trouble de l'équilibre…), un besoin d'aide humaine ou matérielle, une déambulation… Ces troubles ont une incidence sur la manière d'être et d'initier la relation. Ils vont pouvoir entraver ou favoriser la relation. C'est pourquoi un trouble de la marche concerne à la fois le patient et son milieu social.

Il est alors pertinent de s'intéresser sur le « pourquoi » du trouble de la marche. Est-il le signe d'un défaut d'équipement ou masque-t-il un défaut d'élaboration psychique et/ou de relation (fuite, accrochage…) ? En psychomotricité, selon J. Bergès[46], nous nous intéressons bien plus au fonctionnement qu'à la fonction. Finalement, plus que sur la cause du trouble, nous allons nous questionner sur sa signification et ses répercussions…

[46] POTEL C. **Psychomotricité : entre théorie et pratique**. In press, 2010. P.34

B - DONNER UN SENS A LA MARCHE.

« L'objectif et le subjectif de l'action qui se déroule ne sont pas des réalités séparées.
L'action n'est pas l'activité d'un esprit désincarné. »
J. De Ajuriaguerra

I- Mes lieux de stages : une expérience aux deux pôles de la vie.

1- Centre Médico-Psychologique Petite Enfance.

a. Présentation du centre.

Le Centre Médico-Psychologique Petite Enfance (CMP), dans lequel je réalise un jour de stage par semaine, accueille de jeunes enfants âgés de 0 à 30 mois (lors de la première consultation) et leurs parents. Les familles consultent sur conseil de tiers médicaux ou sociaux. Les enfants reçus font face à des évènements pouvant avoir un impact péjoratif sur leur développement psychomoteur (maladies aigue ou chronique, handicap, hospitalisation, naissance prématurée, situations familiale ou sociale compliquées…). Ce CMP a une vocation de prévention en aidant et accompagnant les parents et leur enfant pour que leur relation, leur lien, ne soient pas compromis.

b. Les familles accueillies.

Etre ou devenir parents est une grande étape. Il n'est pas toujours facile d'assumer ce rôle, en particulier lorsque l'enfant n'est pas à l'image de celui rêvé. Le lien ne se tisse pas forcement comme chacun l'aurait souhaité et quelque chose « échappe »…

c. Etre psychomotricien en CMP.

L'intervention en psychomotricité vise à soutenir ces familles en difficulté notamment en apportant un nouveau regard sur l'enfant chez qui le symptôme « *tend à attirer l'attention, mais il ne fait que masquer le problème* » (Lapierre et Aucouturier). J'ai pu remarquer cela notamment pour les troubles de la marche qui affectent non seulement le jeune enfant mais aussi ses interrelations avec ses parents. La marche nécessite des bases fondatrices motrices mais elle n'est efficace que dans son investissement personnel (exploration, curiosité, conscience de soi…) et relationnel (se séparer, se retrouver…).

En tant que psychomotriciens, nous allons pouvoir soutenir le développement psychomoteur de l'enfant en lui permettant de faire des expériences enrichissantes (par le jeu notamment) dans un contexte de relation. Nous allons intervenir différemment selon l'origine du trouble : physique, psychique ou relationnelle, tout en gardant en tête le fait que ces trois domaines sont intimement liés.

Les touts petits sont en constante évolution, c'est pourquoi nous nous concentrons sur une observation qui permet d'appréhender la singularité du jeune enfant au sein de son environnement relationnel.

Cette observation se rapproche de l'évaluation selon la conception de J.P. Visier [47] :

- Apprécier la spécificité dynamique du jeune enfant : comprendre son mode de fonctionnement (tant les dysfonctionnements que les compétences).
- Eclairer la dynamique de l'interrelation entre le jeune enfant et ses parents en tant que « *reflet du développement psycho-affectif du bébé, des obstacles à ce développement, de ses atouts, de ses perturbations* » (S. Lebovici).
- Rechercher une étiologie organique : examens complémentaires lorsque le trouble évoque une atteinte somatique.

Nous allons à la fois prendre conscience des craintes et des projections parentales, et à la fois attester des potentialités réelles du bébé. Nous soutenons en même temps l'enfant et ses parents : en rassurant l'un, nous rassurant l'autre. En effet, « *le corps de l'enfant et le corps familial sont en harmonie.* » [48]

Lors des rencontres, les parents, en position d'observateurs, peuvent porter un nouveau regard sur leur enfant en interaction avec le psychomotricien. Une nouvelle image de leur enfant se dessine et modifie leurs attitudes et pensées.

A ce propos, E. Bick [49], psychanalyste à l'origine de l'observation du bébé au sein de sa famille, soutient que les phénomènes d'observation entrainent des phénomènes de transformation. Ces transformations s'opèrent tant chez l'observateur (parents et psychomotricien) que chez l'enfant.

Concrètement, au CMP, nous proposons des prises en charge qui sont essentiellement des suivis parents-enfant et parfois des suivis avec l'enfant seul.

---

[47] CALZA A. et CONTANT M., **Psychomotricité.** Collection Abrèges, 2ième édition Masson, 1999. P.40
[48] Ibid P.78
[49] CICCONE A., CRESTI-SCACCIATI L., DURON C. et al. **L'observation du nourrisson et ses applications.** Erès, Collection Mille et un bébés, 1998.

2- Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

a. Présentation de l'établissement.

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), où je réalise mon stage d'un jour par semaine, accueille 89 résidents. Parmi eux, 18 sont reçus à l'UPAD qui est une Unité fermée pour les Personnes Agées Désorientées (notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).

En EHPAD, trois notions sont particulièrement importantes et doivent être envisagées sur le même pied d'égalité : *soin*, *autonomie* et *vie*. C'est-à-dire que l'équipe doit répondre aux besoins de la personne âgée à la fois en lui apportant les soins nécessaires afin qu'elle ait la meilleure santé possible, en favorisant le maintien d'un maximum d'autonomie et en prenant en compte l'histoire et la singularité de la personne.

b. Les personnes accueillies.

Lorsqu'une personne âgée s'installe en EHPAD, elle fait face à un changement brutal. Ses repères, tant spatiaux-temporels qu'affectifs et sociaux, sont bouleversés. Elle découvre un nouvel environnement, à la fois un nouveau lieu, mais aussi des nouvelles personnes et habitudes. Il n'est pas forcement aisé de s'y adapter et de l'accepter… Les relations sociales en EHPAD peuvent être vécues comme fragiles car les personnes âgées sont fréquemment confrontées à la mort d'un camarade, l'investissement affectif semble alors difficile.

En EHPAD, il est fréquent de rencontrer des personnes âgées ayant peur de se mobiliser, de se verticaliser, de se déplacer, d'affronter le vide… debout elles ne tiennent plus. Ce manque d'assurance se traduit par une perte de l'élan vital souvent accompagné d'une perte de désir et d'identité.

c. Etre psychomotricien en EHPAD.

La psychomotricité en EHPAD a pour principaux objectifs de maintenir l'autonomie, les capacités de la personne âgée et son lien social. L'intervention en psychomotricité vise à apprivoiser et réinvestir ce corps vieilli : par les sensations liées aux mouvements, à la respiration et à la présence d'émotions. Nous retrouvons toutes ses caractéristiques dans l'activité de la marche. Il s'agit d'aider la personne à retrouver la motivation et le plaisir de s'occuper d'elle-même et de se mouvoir. De plus, par l'intermédiaire de la prise de conscience du corps (ressentis), nous amenons la personne à avoir conscience d'elle-même, favorisant ainsi son sentiment d'identité et sa possibilité d'être en relation.

Pour évaluer les différents besoins de la personne âgée, une évaluation de l'autonomie à l'aide de la grille AGGIR est faite et un « entretien d'accueil » est réalisé par la psychologue afin de recueillir des informations à propos des éléments de vie de la personne. En psychomotricité, nous disposons de l'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP) qui permet de rendre compte des capacités globales de la personne âgée.

Concrètement, dans cet EHPAD, nous proposons aux personnes âgées des bains thérapeutiques, des séances snoezelen, des entretiens individuels, des repas thérapeutiques et un atelier « équilibre et prévention des chutes » que je vais vous présenter.

• L'atelier « équilibre et prévention des chutes » :

Qu'est-ce-que vous faites dans cet atelier ? « On rit ! » Mme M.

Présentation :

L'atelier « équilibre et prévention des chutes » est un moment privilégié dans lequel les participants, par le biais de propositions mettant en jeu le corps tant dans son écoute attentive que dans sa mobilisation active, peuvent prendre plaisir à agir et cela au sein d'une relation sécure et étayante.

Objectifs :

L'atelier a pour but de soutenir les capacités motrices afin de prévenir les chutes et maintenir une autonomie à la marche. Pour cela, nous favorisons la prise de conscience de ses propres capacités et incapacités, réintroduisons la notion de plaisir, de confiance en soi, de revalorisation… De plus, selon P-Y. Goriaux, « *en psychomotricité, ce qui est premier c'est la relation avec le monde physique et humain. Les acquis psychomoteurs sont des constructions, créations identifiées, investies car imprégnées de cette relation. Ils servent à agir, se situer, se représenter, s'exprimer et communiquer.* » [50]

Ainsi, nous mobilisons à la fois le corps fonctionnel et relationnel. Etayé par la dynamique de relation, cet atelier permet de transformer le corps subi en corps agi, pensant, affects et de plaisir, et ce faisant de maintenir l'autonomie et la vie sociale. En effet, la psychomotricité se concentre sur le corps en relation.

Selon P. Lucas, « l'*âge contribue à réduire les capacités des personnes vieillissantes à décider par elles-mêmes et à agir sur leur environnement.* » [51] L'atelier équilibre permet de maintenir ces capacités d'autonomie et de relation.

[50] BLOISSIER P. **Groupes et psychomotricité. Le corps en jeu**. Solal, Psychomotricité, 2002. P.85
[51] LUCAS P. et STEHMAN M. **L'expertise de l'enfant et de la personne âgée**. Anthemis, 2011. P.250

Personnes accueillies :

Cet atelier est un groupe fermé accueillant une dizaine de personnes âgées dont les capacités de marche, la confiance en soi et le lien social sont à soutenir. Ce sont des personnes qui se déplacent seules ou avec une aide partielle (canne ou déambulateur). Ce sont des personnes âgées qui présentent un risque de chute élevé ou ayant déjà chuté. A ce propos, cet atelier permet de diminuer l'angoisse liée à la chute en soutenant les capacités de chacun et en dédramatisant la situation.

Voici quelques paroles de participants au groupe équilibre :

Lorsque je leur demande « pourquoi est-il important de continuer à marcher pour vous ? », ils me répondent :

- « *Sinon on est dépendant de tout le monde.* » Mme B.
- « *Comme ça je peux descendre aux activités.* » Mme Lf.
- « *Pour ne pas finir en fauteuil roulant, le fauteuil c'est la fin*. » Mme M.
- « *Je me sens bien quand je marche*. » Mme Lt.

C'est autour d'un même désir que ces personnes âgées décident de se retrouver : rester debout et continuer à marcher, être ensemble, conserver son autonomie et la possibilité de décider de ses relations.

Déroulement type de l'atelier « équilibre et prévention des chutes » :

L'atelier s'inscrit dans un cadre défini : une heure tous les jeudis après-midi à heure fixe et au même endroit. Cette stabilité se retrouve dans le déroulement de l'atelier lui-même.

Les participants s'installent sur les chaises disposées en cercle, mettant de côté leur canne ou leur déambulateur.

- **Premier temps :** Echange convivial ou « comment allez-vous ? »

Nous commençons par nous informer de l'état (tant physique que moral) de chacun, et de ce qu'ils ont fait au cours de la semaine. En considérant ainsi la personne dans sa globalité et par l'écoute bienveillante, la relation de confiance est facilitée.

- **Deuxième temps :** Réveil corporel

En position assise : tous ensemble, nous commençons par respirer amplement plusieurs fois afin de se tourner vers soi-même, se recentrer, se concentrer et se détendre. Insister sur la conscience respiratoire amène une sensation d'apaisement ayant des conséquences sur la régulation du tonus musculaire. Ensuite, nous réveillons notre corps par des mouvements au niveau des articulations allant du haut vers le bas du corps (ce sont des mouvements de flexions, d'extension, de rotation, d'étirement…). Nous favorisons la conscience corporelle par l'apport de nouvelles sensations (éveil des appuis plantaires par exemple), la

modification des postures (se redresser, se pencher, pivoter, tirer, pousser…), la réduction des tensions du corps, la recherche de l'amplitude des mouvements…

- **Troisième temps : Activités dynamiques**

En position debout : exercices de motricité globale autour de la marche mettant en jeu les dissociations, les coordinations, les équilibres statiques et dynamiques, le contrôle du tonus, le regard, la respiration, le rythme, l'orientation, le schéma corporel, la prise de conscience de la posture et de l'axe, les réflexes… Ces sont des propositions telles que des parcours d'obstacles (enjamber, marcher sur…), des mouvements aux barres symétriques, des mobilisations sur le gros ballon, des échanges de balle, des expériences dynamiques de la marche… Bien que principalement individuels, ce sont des exercices qui favorisent les interactions, l'écoute et la communication entre les participants.

Nous abordons aussi le relever du sol en dédramatisant la situation. Celui-ci se fait en plusieurs étapes : se coucher sur le dos, se tourner sur le côté, se tourner sur le ventre, se mettre à quatre pattes, se hisser et se relever en s'appuyant sur un objet fixe, se retrouver en position verticale, s'assoir et retrouver ses esprits.

- **Quatrième temps : Verbalisation du vécu**

Le dernier temps est un moment d'échanges à propos du vécu et des ressentis de chacun lors de l'atelier (difficultés rencontrées, douleurs, détente, émotions, remarques…). Les expériences vécues sont toutes imprégnées d'affects. Ainsi, ce temps de partage favorise la verbalisation, la mise en sens et la représentation du vécu de chacun (parler des sensations pour les changer en éprouvés).

A la fin de l'atelier, nous prenons le goûter ensemble. C'est un moment convivial où les échanges sont facilités.

❖ **Les bienfaits du groupe :**

La participation des personnes âgées à l'atelier « équilibre et prévention des chutes » est bénéfique à plusieurs niveaux : moteur, personnel et relationnel.

- ***Maintenir et stimuler les capacités motrices :***

L'activité physique régulière et adaptée proposée maintient (voire augmente) le volume et la masse musculaire, entretient la souplesse articulaire, maintient la masse minérale osseuse, améliore l'équilibre (adresse et coordinations), stimule la fonction sensori-motrice, améliore la posture… Cet atelier est le lieu d'expériences de plaisir. Tout cela facilite le maintien des capacités de marche et diminue les risques de chutes.

- ***Un retour sur soi :***

L'activité physique éveille la conscience corporelle et la connaissance de soi (ses capacités et ses limites). L'identité corporelle est ainsi favorisée (schéma corporel et image de soi). Par sa participation, la personne âgée garde ou recouvre une image valorisante d'elle-même et un sentiment de confiance en elle. En dédramatisant et en introduisant du semblable, nous amenons la personne âgée à se rassurer et à se réconcilier avec son corps souvent vécu comme insécure et instable. Cet atelier vise ainsi un certain mieux-être.

- ***Favoriser le lien social :***

L'intégration dans un groupe facilite la relation, la communication et permet de s'inscrire dans la vie sociale. Par ce sentiment d'appartenance, l'isolement est diminué.

Selon J. Choque, il est nécessaire pour l'être humain « *d'échanger avec les autres et avec son environnement, sur un mode verbal ou non verbal, au niveau sensori-moteur, intellectuel et affectif, dans l'objectif de partager ses idées, ses expériences, ses sensations, d'exprimer ses besoins et de comprendre ceux de son entourage.* » [52] Il parle de besoin de communiquer et d'être en relation chez tout individu.

Tout d'abord, le groupe est source de motivation, d'échanges et d'intégration sociale. Au sein d'un groupe, chacun trouve sa place en tant que sujet. Le groupe permet d'être soi, différent d'autrui et en lien avec les autres. Il maintient ainsi le lien social et évite l'isolement (la personne âgée a envie de sortir de sa chambre et de retrouver les autres).

De plus, l'intégration dans un groupe renforce l'idée d'appartenance et donc d'identité. A ce propos, il est intéressant de remarquer que le sentiment d'appartenance fait partie de la pyramide des besoins selon Maslow. La personne âgée fait donc partie d'un groupe où des liens se créés dans un climat de confiance et de sécurité. Ce groupe bienveillant a un effet contenant favorisant l'expression, l'échange et le partage des affects, vécus et difficultés rencontrées. Il est fréquent que plusieurs personnes évoquent le même vécu, ceci est très rassurant et permet de diminuer le sentiment de solitude et de différence. « *Sentir que l'on ressemble, qu'il y a du même, éloigne le sentiment de solitude, de rupture avec les autres.* » [53]

Par ailleurs, le groupe favorise la prise d'initiative et la revalorisation narcissique (mise en avant personnelle, encouragements des autres…) dans un respect des différences et une reconnaissance des efforts de chacun. Le groupe procure le plaisir simple d'être ensemble soutenu par l'entre-aide et le dynamisme des participants.

---

[52] CHOQUES J. et S. **Animations pour personnes âgées : 400 exercices pratiques et ludiques**. Lamarre, 2000. P.21

[53] DESHAYS C. **Trouver la bonne distance avec l'autre**. InterEditions-Dunod, 2010. P.36

❖ **Ma place au sein de ce groupe :**

J'ai rapidement pris en charge seule le groupe équilibre. Au sein de ce groupe, j'ai du m'adapter à chacun en fonction de son rythme, de ses besoins et demandes, de ses capacités et incapacités, de ses désirs, envies et refus.

Cela m'a demandé une grande vigilance : il m'a fallu assurer à la fois le déroulement de l'atelier, la sécurité physique et affective de chaque participant, tout en favorisant au plus leurs capacités d'autonomie.

En adoptant un regard « vivifiant », respectueux et bienveillant sur la personne âgée, et en l'amenant à reconnaitre un « corps-plaisir », je cherche à réanimer un élan vital. Celui-ci est soutenu par la marche dans une dynamique relationnelle.

J'ai axée les séances sur le fait qu'en psychomotricité, « *donner des années à la vie ne suffit pas, il faut aussi donner de la vie aux années* »[54], d'où l'importance du plaisir porté par la relation dans le groupe qui permet à chacun d'être soi-même, dans l'ici et le maintenant.

3- Du jeune enfant à la personne âgée : un lien autour de la marche.

a. Des processus inversés d'acquisitions et de pertes.

Le déclin observé chez les personnes âgées apparait comme l'effet inverse du développement de l'enfant. L'enfant, grâce au développement conjoint de ses capacités tant motrices, cognitives que psychoaffectives et relationnelles gagne en autonomie. Le sujet âgé connait un certain ralentissement et une régression de ses capacités, lui faisant perdre peu à peu son autonomie.

Nous pouvons notamment mettre en lien des processus inversés d'acquisition et de perte de la verticalité et de la marche chez les jeunes enfants et les personnes âgées. Ces derniers retrouvent la logique du développement connue aux premiers temps de leur vie, notamment pour la restauration de l'équilibre par exemple.

b. Apprivoiser et ré-apprivoiser la marche.

Lors de mes stages, j'ai constaté que la problématique de la marche est prégnante. J'ai d'ailleurs observé des points communs entre les jeunes enfants rencontrés au CMP et les personnes âgées accueillies en EHPAD.

[54] JUHEL J-C. **La psychomotricité au service de la personne âgée**. Chronique sociale, PUL, 2010.

Au niveau moteur, tout deux s'adaptent aux modifications de leur corps (force, énergie, musculature, morphologie…) et manquent d'assurance lors de la marche (recherche de l'équilibre se traduisant par un polygone de sustentation élargi…).

Au niveau psychique, chacun fait face à de nombreux remaniements notamment par rapport à leur identité (mise en jeu de leur altérité, leur singularité, leur personnalité…).

Sur le plan relationnel, ils se trouvent dans une situation de dépendance plus ou moins relative à l'autre et sont dans une recherche d'autonomie afin de pouvoir vivre seuls en présence d'autrui. De plus, la présence d'un environnement suffisamment bon et adapté est essentielle tant du côté du jeune enfant que de la personne âgée afin d'avoir l'appui d'un objet externe sécure pour s'affirmer.

A chacun de ces niveaux, la marche occupe une place importante. J'ai pu remarquer que son aspect relationnel est réellement à prendre en compte dans notre intervention psychomotrice tant auprès des jeunes enfants que des personnes âgées. La relation est le point de départ de notre action, la base sur laquelle s'appuyer et rebondir.

II- L'accompagnement autour de la marche en psychomotricité.

❖ ***La psychomotricité :***

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle qui intervient sur les fonctions motrices, cognitives et affectives de la personne afin d'harmoniser les relations qu'elle entretient avec elle-même et son environnement.

En psychomotricité, nous nous intéressons à la manière dont le sujet perçoit son corps, se le représente ainsi qu'à la manière dont il s'en sert pour investir son environnement, exprimer ses émotions et entrer en relation. [55]

L'action en psychomotricité s'articule autour de différents axes d'interventions possibles : la prévention, l'éveil et l'éducation, la rééducation et la réadaptation, mais aussi la thérapie. En psychomotricité, nous sommes face à une double situation : à la fois une dimension clinique avec la passation de bilans et une dimension relationnelle initiée par la rencontre du psychomotricien et du patient.

1- L'évaluation de la marche.

Afin d'apporter une réponse la plus adaptée possible à une personne présentant un trouble de la marche, nous devons prendre en compte trois critères.[56] Nous allons nous interroger à la fois sur la finalité (quels sont les buts poursuivis par le sujet ?), sur les moyens (comment faire pour atteindre ces buts ?) et les carences (pourquoi n'y arrive-t-il pas et par quels moyens pourrait-il y parvenir ?). Nous pouvons pour cela, nous appuyer sur des bilans psychomoteurs et des observations fines.

a. Les bilans.

Pour apprécier l'activité de la marche, différents outils sont à notre disposition. La passation de bilans apporte une vision objective des capacités de marche du sujet.

❖ ***Chez les jeunes enfants :***

Auprès des jeunes enfants âgés de 0 à 30 mois, nous pouvons utiliser le **Brunet-Lézine** qui permet d'évaluer quatre domaines : moteur et postural (renseignant sur le développement locomoteur de l'enfant), coordination oculomotrice, langage et relations sociales. Il permet de dépister précocement certaines anomalies du développement psychomoteur.

---

[55] Cours : **Les spécificités des démarches thérapeutiques en psychomotricité**. Pontacq, 2012

[56] SCIALOM P., GIROMINI F. et ALBARET J-M. **Manuel d'enseignement de psychomotricité.** De Boeck-Solal, collection Psychomotricité, 2012. P.13-14

Nous disposons aussi du **Vaivre-Douret**, échelle d'évaluation du développement moteur du jeune enfant de 0 à 4 ans, qui renseigne sur les domaines posturo-moteur, locomoteur et de la préhension-coordination visuo-manuelle.

- ***Chez les personnes âgées :***

Auprès de personnes âgées, nous disposons de l'**Examen Géronto-Psychomoteur** qui permet d'avoir un aperçu global des capacités du sujet. Par rapport à la marche, il nous permet d'évaluer les coordinations statiques et dynamiques, la motricité des membres inférieurs et supérieurs (lors de mobilisations articulaires et de mouvement de motricité fine), le domaine de l'organisation spatio-temporelle, des perceptions et de la vigilance.

Plus spécifiquement, pour rendre compte des capacités à la marche, nous disposons de plusieurs tests. L'épreuve de **Tinetti** qui permet d'évaluer les capacités d'équilibre (facultés à maintenir un équilibre statique et à réaliser des situations sollicitant l'équilibre dynamique) et le risque de chute (la précarité du maintien de la station unipodale signe un risque de chute élevé).[57] Le **test marcher-parler** (ou « stop walking then talking test ») permet d'analyser la capacité à marcher d'une personne lorsqu'elle est sollicitée par une activité mentale (réalisation d'une double tâche). Le risque de chute est accru chez les personnes stoppant leur marche pour parler. Le « **Ten Meter Walk** » permet de mesurer la vitesse de marche spontanée et la longueur des pas. Le « **Get up and go** » met en évidence les transferts assis-debout, les capacités de marche, les changements de directions et l'équilibre dynamique. Ces tests permettent de juger du comportement moteur du sujet au quotidien.

Nous pouvons compléter nos appréciations par une évaluation des repères spatio-temporels par des questions (date de naissance, âge, date du jour, saison, lieu…). La désorientation spatio-temporelle est souvent liée à des troubles du schéma corporel (pouvant être apprécié par la réalisation du dessin du bonhomme). Ces modifications peuvent avoir des répercussions sur les capacités de déplacements de la personne âgée et sur sa marche.

La réalisation de ces bilans nous permet d'avoir une connaissance objective des capacités de marche du sujet rencontré. Cependant, elle n'est pas suffisante car elle omet de renseigner sur sa personnalité et son contexte de vie.

En plus de cet aspect de l'aptitude motrice, il est donc important d'approfondir notre observation en nous intéressant tout autant à l'investissement relationnel dont le sujet fait preuve lors de l'exercice de la marche.

[57] ALBARET J-M. et AUBERT E. **Vieillissement et psychomotricité**. Solal, collection Psychomotricité, 2001. P.156-157

b. L'observation.

L'activité psychomotrice, telle que la marche, est révélatrice du sujet lui-même par son expression et va servir de médiation dans notre rencontre.

Dans son bilan psychomoteur, G. Soubiran propose des axes d'observation du sujet lors de l'activité de la marche. Elle précise que sous notre regard, la marche naturelle de l'individu risque d'être modifiée.

De manière générale, nous allons observer chez tout sujet : sa façon de marcher (démarche naturelle, ballant des membres supérieurs, déroulement du pied, attaque du pas, appuis plantaires…), son tonus, sa posture, son attitude, son occupation de l'espace, sa respiration, ses mimiques, son regard, sa spontanéité… tout ce qui signe la manière personnelle de bouger et d'être en relation de l'individu.

Envisager un individu comme un tout isolé n'a pas de sens. « *Il ne peut pas y avoir de corps sans pensée, ni d'humain sans les autres. Dès lors nous existons au travers de nos relations avec les autres* ».[58] D'ailleurs, B. Jolivet définit la psychomotricité comme une « *motricité en relation* ». En effet, tout interagit, voilà pourquoi il faut souligner dans nos observations l'importance du relationnel, afin de prendre en compte le symptôme de manière non-isolée.

En psychomotricité, nous nous rapprochons du modèle systémique soutenu par G. Bateson. Nous envisageons l'Etre humain comme un Etre de relation, accordant ainsi une importance aux différents systèmes dont il fait parti et qui l'influencent. Nous considérons l'influence mutuelle des processus biologiques, psychiques et relationnels et cherchons à en comprendre les interrelations. « *Bateson ne s'est pas demandé pourquoi cette personne-ci se comporte de manière folle. Il s'est demandé dans quel système humain, dans quel contexte humain, ce comportement peut faire du sens.* » (Elkaïm).

2- Un accompagnement adapté à chacun.

a. Une approche complexe.

En psychomotricité, nous envisageons la personne dans toute sa complexité. Ainsi, nous prenons en compte le trouble de la marche au cœur de processus dynamiques liés entre corps, psyché et relation, afin d'en comprendre les enjeux dans chaque situation et ainsi y apporter une réponse adaptée.

[58] SCIALOM P., GIROMINI F. et ALBARET J-M. **Manuel d'enseignement de psychomotricité.** De Boeck-Solal, collection Psychomotricité, 2012. P.295

F. Désobeau défend l'idée de thérapie psychomotrice en mettant en avant le fait que celle-ci vise à rencontrer la personne et non pas à réparer. A ce propos, J. Berges précise que la « *pratique psychomotrice consiste à donner une place au sujet plutôt qu'à rééduquer un quelconque symptôme fonctionnel.* »[59] La spécificité même de la psychomotricité est de s'inscrire dans une rencontre singulière. Notre approche est différente de la simple technique, c'est bien plus un engagement de soi dans la relation avec autrui. Ainsi, nous portons notre attention sur la manière d'être en relation du sujet rencontré. C'est en ce sens que nous nous différencions de la kinésithérapie qui privilégie particulièrement l'aspect fonctionnel de rééducation. Il est important de remarquer l'aspect de complémentarité de nos interventions.

Les capacités motrices sont les bases fondatrices de la marche, mais celle-ci n'est efficace que lorsqu'elle est investie et inscrite dans la relation. Je m'appuie sur F. Joly pour soutenir que l'essentiel dans la marche est son « *utilisation investie, affectée, ludique et exploratoire dans la relation à l'autre et au monde.* » [60]

C'est pourquoi, sans pour autant occulter l'aspect rééducatif de la psychomotricité, j'ai décidé de me pencher tout particulièrement sur l'importance de considérer la relation afin d'apporter une réponse adaptée à une problématique liée à la marche.

b. <u>Etre acteur de sa prise en soin.</u>

La psychomotricité offre un espace privilégié, protégé et partagé où s'instaure une relation entre le patient et le psychomotricien. En notre présence, le sujet ressent son existence grâce au plaisir partagé : nous sommes là pour lui et cette présence appelle à la rencontre. « *C'est le sentiment d'exister pour quelqu'un, qui le rend sujet de ses actes*. » [61]

Les objectifs de soin et moyens mis en place sont déterminés et appuyés par la demande (explicite ou non) du patient et de son entourage. Le psychomotricien va repérer le symptôme, ses manifestations et ses répercussions afin d'en comprendre la signification et amener vers un apaisement, un changement.

La psychomotricité permet d'appréhender les troubles de la marche sur son versant relationnel, envisageant ainsi la marche non pas comme seul moyen de locomotion mais bien plus comme médiation au service de la relation.

---

[59] POTEL C. **Psychomotricité : entre théorie et pratique**. In Press, 2010. P.29
[60] Ibid P.26
[61] DESOBEAU F. **Thérapie psychomotrice avec l'enfant.** Erès, 2008. P.96

3- La relation : un atout auprès d'une personne présentant un trouble de la marche.

Lorsque nous envisageons une intervention psychomotrice auprès de la marche, nous soutenons l'harmonisation à la fois des fonctions motrices, psychiques et relationnelles. Afin de lier, voire de relier, la marche à la relation.

a. La relation : point de départ et finalité de la marche.

Comme nous l'avons vu, la marche est intriquée dans des enjeux relationnels qui vont influencer son activité.

En psychomotricité, nous pouvons nous appuyer sur la relation pour motiver la marche. La relation peut être un point de départ, un but, un désir, voire un mobile de vie, auquel la marche peut aspirer. C'est pourquoi nous allons nous appuyer sur le contexte de vie et la personnalité de l'individu rencontré afin de proposer une prise en charge adaptée et complète.

Cette prise en charge psychomotrice pourra être un suivi :

- individuel, privilégiant une relation duelle
- du patient et son entourage, dans lequel la relation guidera notre intervention. Nous le verrons grâce à la présentation de la petite L. (p.62-70).
- en groupe, pour apporter une dimension dynamique et plus socialisée. Nous l'expliciterons par la présentation de Mme M. (p.73-79).

b. Soutenir les capacités de la marche.

De l'éveil au réveil psychomoteur…

Nous amenons les touts jeunes enfants à découvrir et investir certains mouvements et positions menant à la marche. Nous pouvons nous appuyer sur la connaissance des différents niveaux d'évolution motrice (NEM) tels que la reptation, les retournements, la quadrupédie et diverses formes de redressement pour parvenir à la marche. La locomotion se développe selon une succession de transferts d'appui, de redressements, de maintiens, d'enchaînements et de déplacements. Ceci peut être réutilisé auprès de personnes âgées afin de soutenir l'activité de la marche et de leur proposer des solutions adaptatives.

Nous jouons sur l'équilibre, le contrôle du mouvement, le renforcement musculaire, la stabilité posturale, l'axe postural, la prise de conscience du corps et ses potentialités par l'utilisation du gros ballon, l'expérimentation des différents appuis et façon de marcher, des poussées, des parcours d'obstacles, l'apprentissage des étapes pour se relever du sol, la

découverte des sensations liées à l'activité de la marche…[62] Notre présence sécurisante permet au sujet de prendre confiance en lui et de faire ses propres expériences afin de s'élancer dans une motricité exploratoire et relationnelle.

L'utilisation du gros ballon…

L'utilisation du gros ballon est spécifique à la psychomotricité. Nous pouvons le mettre à profit autant auprès des touts petits qu'auprès des personnes âgées. Grâce au gros ballon nous stimulons les réactions posturales avec la mise en jeu des équilibres-déséquilibres, la prise de conscience de l'axe, de la variation des appuis et des sensations (vestibulaires, tactiles…), et surtout la confiance en soi et en l'autre (le psychomotricien).

Auprès des plus petits, le gros ballon offre un portage contenant, permettant à la fois de ressentir son unité corporelle et de faciliter la relation. De plus, il permet de faciliter les mouvements tels que les retournements, le passage de la position décubitus dorsal à la station assise, les enroulements (qui favorisent le lien entre le haut et le bas du corps)…

Auprès des personnes âgées, nous utilisons un gros ballon en forme de cacahuète. L'utilisation de ce ballon permet de mettre en jeu l'équilibre afin d'améliorer la stabilité et la posture tout en stimulant les muscles stabilisateur (prévention des chutes). Tout d'abord, la personne vient s'assoir sur le ballon, elle fait quelques pas en avant puis en arrière, se redresse et se lève. Cette activité sollicite : la recherche du centre de gravité, le maintien de l'équilibre, la confiance en soi et en l'autre, importance du regard (anticipation : regarder où l'on s'assoit) et la maitrise de ses gestes (ne pas se laisser tomber, s'aider de ses mains pour se relever…).

c. <u>Proposer des chemins détournés.</u>

Lorsque la marche ne permet pas d'entrer en relation, notre rôle est aussi de trouver des chemins de détours. Nous allons mettre à disposition du sujet d'autres stratégies pour permettre la relation si elle la souhaite.

La marche est un des moyens possibles pour favoriser la relation mais ce n'est certainement pas le seul. En effet, en dehors de la marche, la relation peut être établie par la communication non-verbale (tonus, regards, mimiques, gestes, toucher…) et verbale (langage, paroles, voix, sons, prosodie…). Tous ces aspects permettent à l'individu de se sentir exister dans le regard de l'autre. Se reconnaissant ainsi comme un être singulier et considéré, la relation est facilitée.

[62] ALBARET J-M. et AUBERT E. **Vieillissement et psychomotricité.** Solal, collection Psychomotricité, 2001. P.224-230

D'autre part, nous avons vu que la marche est un moyen d'expression. En psychomotricité nous pouvons proposer de nombreuses médiations à dominante expressive pour compenser les perturbations de la marche et/ou de la relation. Il s'agit de propositions favorisant la créativité, telles que le jeu, le dessin, le modelage, l'art, le mime, le théâtre, la danse… qui peuvent être des portes d'entrée pour l'accomplissement de soi, l'échange et la relation. Ce faisant, nous offrons un espace de liberté où il est possible de retrouver une certaine autonomie et la joie d'être en relation.

« *En respectant et considérant l'individu, nous créons un espace où il peut devenir acteur et développer au mieux ses aptitudes de réflexions, de créativité, d'ingéniosité. […] chacun a un potentiel et des ressources pour trouver des solutions personnelles, ajustées face aux évènements de l'existence et aux problèmes quotidiens rencontrés.* » [63]

Mr F., nouveau résident à l'EHPAD, nous dit : « *Si j'oublie de venir vous rencontrer, alors n'hésitez pas à venir me voir.* » En psychomotricité, c'est aussi à nous d'aller à la rencontre des personnes…

Nous venons de voir que la relation occupe une place de choix dans la prise en charge en psychomotricité et qu'il est judicieux de la mettre à profit afin de soutenir les capacités de marche. Voyons désormais, à travers des situations concrètes, la place de la relation lors d'interventions psychomotrices auprès de sujet présentant un trouble de la marche.

[63] DESHAYS C. **Trouver la bonne distance avec l'autre.** InterEditions-Dunod, Paris, 2010. P.18

III- Les rencontres.

Par la présentation de certaines de mes rencontres, je vais mettre en évidence le lien étroit entre la marche et la relation. Nous comprendrons alors la spécificité de l'accompagnement proposé en psychomotricité autour d'un trouble de la marche.

1- De nombreux liens entre marche et relation tout au long de la vie.

Lors de mes stages, j'ai pu être témoin de nombreuses situations problématiques s'articulant autour de la marche, à la fois chez les jeunes enfants et les personnes âgées. Ce sont des situations dans lesquelles la marche et la relation sont en lien : soit la marche est présente mais elle n'est pas investie dans la relation, soit la marche fait défaut mais la relation est présente ou du moins recherchée, soit ni la marche ni la relation n'est investie…

J'ai ainsi remarqué que fréquemment, un trouble de la marche, qu'il en soit la cause ou la conséquence, est en lien avec un trouble de la relation. Alors, quel peut être le rôle de la relation auprès de personnes atteintes de trouble de la marche ? Confronté à un trouble de la marche, qu'en est-il de la relation à soi et aux autres ?

2- Quand la marche et la relation se soutiennent l'une l'autre.

Mes rencontres avec notamment, une petite fille L. et une dame âgée Mme M. soulignent l'importance du lien entre la marche et la relation, mettant ainsi en évidence la nécessité, dans notre accompagnement en psychomotricité, d'envisager la marche dans sa dynamique relationnelle.

Je vais ainsi présenter mes rencontres avec la petite L. au CMP lors du suivi parents-enfant, puis avec Mme M. à l'EHPAD lors de l'atelier « équilibre et prévention des chutes » (décrit p.48).

…

❖ ETUDE DE CAS : L.

- **Présentation de L. et son contexte de vie :**

L. est une petite fille âgée de 9 mois lorsque nous la rencontrons au CMP pour la première fois avec ses parents. Elle a un grand frère âgé de 5 ans qui est scolarisé.

L. est une enfant désirée qui nait à terme au mois de janvier 2012 suite à une grossesse difficile. Sa mère nous dit avoir eu « la totale » (grande fatigue, nausées, maladies…) et s'est ajouté à la situation une suspicion de malformation cardiaque grave in-utéro pour L., source d'une inquiétude majeure pour ses parents.

Ils racontent qu'à sa naissance, L. subit trois jours d'examens par rapport à son possible problème cardiaque, puis rentre chez elle. Ils n'ont alors aucun résultat, aucune information. Face à cette situation, ses parents se sentent lâchés et impuissants. Les résultats ne seront donnés que tardivement aux parents qui vont ainsi passer quelques mois dans une attente angoissante et dans la peur qu'il arrive quelque chose sans savoir comment réagir. Nous comprenons que c'est un moment vécu très difficilement et il n'est pas aisé d'y accueillir leur petite fille.

Au quotidien, L. reste la journée avec sa mère qui ne travaille pas.

- **Leur venue au CMP :**

La mère de L. nous rapporte qu'avant l'âge de 6 mois « ça allait, on ne l'entendait pas. Puis, L. a découvert qu'elle pouvait pousser sur ses pieds et à partir de là, elle a constamment voulu marcher. »

Cependant, sa marche n'est pas autonome, L. ne peut pas marcher seule. Pour cela, elle a besoin de la main d'un de ses parents afin de tenir debout et en équilibre. N'ayant expérimenté aucun autre moyen de déplacement, tel que le ramper et le quatre-pattes, elle se retrouve complètement dépendante de la présence de ses parents pour se déplacer. Ces derniers se voient constamment sollicités et sont désemparés face à l'exigence de L. qui ne pense qu'à marcher… Le motif de consultation initial mis en avant est donc la marche. Leur souhait est qu'elle parvienne à marcher seule.

- **Notre première rencontre :**

C'est sur les conseils de leur pédiatre que L. et ses parents viennent au CMP. Après une première rencontre avec la psychologue du CMP, nous recevons en psychomotricité pour la première fois L. et sa mère au mois d'octobre, L. a alors 9 mois.

Lors de cette première rencontre, L. reste la majeure partie du temps sur les genoux de sa mère mais ne cesse de s'agiter. Celles-ci ne semblent pas parvenir à s'accorder dans le portage. Par ailleurs, dans sa relation avec nous, L. se montre distante : pas de réels échanges que ce soit par le regard ou le contact, elle fuit la relation et semble dispersée. Son comportement révèle une difficulté de séparation où nous faisons tiers.

La mère de L. nous explique que sa petite fille veut marcher en permanence sauf qu'elle n'y parvient pas seule. Nous constatons que pour y arriver, elle tient le doigt de sa mère qui est alors obligée de la suivre pour lui permettre d'avancer. Lorsque celle-ci ne répond pas à ses exigences, L. se retrouve frustrée et exprime son mécontentement (cris, pleurs, mouvements brusques). Selon sa mère, les colères de L. sont fréquentes face à la frustration.

Nous proposons à L. de s'assoir un moment au sol où se trouvent quelques objets mais elle n'apprécie pas cette position et les jouets mis à sa disposition ne retiennent son attention que brièvement…

L. est une petite fille qui apparait normalement intelligente, elle est éveillée et curieuse (malgré sa labilité émotionnelle), et néanmoins sa marche ne s'inscrit pas dans une dynamique d'exploration et de relation. Elle ne semble trouver satisfaction que dans l'exercice de la marche, se montrant ainsi « avide de marche » et l'absence de but évoque une sorte d'errance. Comment L. investit sa marche ? Interrogeons-nous alors sur le pourquoi de cette marche plutôt qu'à sa précocité. Il est important de comprendre la marche de L. au sein de sa relation avec ses parents : est-elle engagée dans la relation ?

- **<u>Mes observations :</u>**

Les observations de L., de ses parents et de leurs interactions au fil des séances vont nous permettre d'appréhender au mieux la situation et d'y apporter un soutien adapté.

Nous relevons du côté de L. plusieurs choses. D'abord, une grande exigence en lien avec son intolérance à la frustration, son manque de concentration et sa dépendance à l'autre dans ses déplacements. Ceux-ci se font dans une « marche tenue » évoquant une difficulté de séparation et de relation notamment avec des évitements relationnels et une fuite du regard (comme une fuite en avant grâce à la marche ?). Elle se place dans une agitation motrice constante, semble avoir en permanence besoin de bouger (instabilité psychomotrice) et présente un investissement de la marche pour elle-même. La marche lui apporterait-elle la sensation d'être tenue ?

Nous notons du côté des parents, une difficulté d'accordage avec leur petite fille, une grande inquiétude liée à l'incompréhension du comportement de L., un sentiment de culpabilité et une forte angoisse exprimée notamment par sa mère (liée à l'angoisse vis-à-vis de la santé de L.). En venant au CMP, ses parents sont à la recherche d'un soutien pour leur fille mais aussi pour eux-mêmes. Ils souhaitent que nous amenions L. à la marche autonome.

La demande concerne la marche, difficulté mise en avant reflétant un trouble plus profond. En effet, la marche se trouve au carrefour entre motricité, psychisme et relation. Il est important de considérer la présentation de ce symptôme dans cette dynamique d'interactions car la marche devient un enjeu tant pour L. que pour son entourage.

- **Accompagnement de L. et ses parents :**

Un suivi régulier en psychomotricité est instauré. Face à l'isolement et à l'état de fatigue de L. et sa mère, les rencontres ont lieu deux fois par semaine. Ce sont des parents réellement mobilisés autour de leur petite fille.

En psychomotricité, nous accueillons et accompagnons L. et ses parents là où ils en sont avec ce qu'ils nous apportent. C'est un moment et un espace privilégié qui leur est accordé. Nous allons proposer à L. de nombreuses expériences afin qu'elle découvre par elle-même toutes ses capacités, et amener ses parents à la voir telle qu'elle est afin de les rassurer, les soutenir, et de redonner une place adaptée à leur petite fille.

Lors de nos rencontres, nous favorisons les interactions ludiques (entre L., ses parents et nous-mêmes) tout en mettant en avant les capacités de L. afin de rassurer ses parents et consolider leur lien d'attachement. Ce faisant, les compétences motrices et relationnelles de L. sont encouragées et facilitées.

Au fil des séances, nous allons soutenir L. dans son développement psychomoteur. Au niveau psychique, à travers des jeux (symboliques, cognitifs…) qui lui permettent une élaboration psychique et l'expérience du « réel ». Au niveau moteur, nous l'amenons à découvrir certaines positions et postures (par exemple, se relever en passant par le chevalier servant), l'équilibre-déséquilibre (par le gros ballon, l'expérience de la chute, la marche…), mais aussi son propre corps (pieds nus, mobilisations…). C'est tout un travail d'intériorisation de ce qui est mis en jeu dans ses expériences, à la fois la contenance, la verticalité, le lien… Au niveau relationnel, nous nous appliquons à soutenir et répondre à son interaction grandissante. Nous allons appréhender l'investissement de sa marche dans cette dynamique relationnelle, c'est pourquoi la prise en charge avec ses parents est essentielle.

Les premiers temps :

Au cours des premières séances, L. marche toujours en tenant les mains de ses parents, seul moyen qu'elle utilise pour se déplacer. A 9 mois, L. se confronte ainsi très tôt aux difficultés que sous-entend la marche, notamment la séparation, et ne peut pas réagir de la même manière qu'un enfant qui marche à 15 mois. Elle semble partagée entre s'aventurer et quitter ses parents. Marcher en leur tenant le doigt serait une manière de s'aventurer sans avoir à les laisser. Ses parents sont alors embarqués comme un doudou. Lorsqu'elle se détache de ses parents, elle crie (seul un tout petit périmètre d'éloignement est toléré).

Qu'en est-il du doudou pour l'aider à se séparer ?

L. n'avait pas investi de doudou. Ses parents lui en proposent un, et petit à petit, avec l'aide de ce doudou, elle va accepter d'aller découvrir la salle avec le psychomotricien. Elle se montre attentive et vérifie souvent la présence de ses parents.

Je peux ainsi m'appuyer sur le concept d'objet transitionnel développé par Winnicott pour souligner l'importance de l'investissement du doudou par L. Cette première possession « non-moi » a une fonction auto-apaisante et fait l'objet d'un investissement affectif très fort. Le doudou, en permettant à l'enfant d'être seul tout en restant en lien avec sa mère, permet de supporter l'absence et facilite la séparation et l'ouverture vers le monde extérieur. A ce moment là, les parents doivent aussi accepter de ne plus être tout pour l'enfant, ils reconnaissent son autonomisation. Par ailleurs, la salle de psychomotricité constitue pour L. et ses parents une sorte d'aire transitionnelle. C'est un espace relationnel privilégié (« *où la rencontre peut avoir lieu sans risque, où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaitre* » selon Ballouard) qui facilite l'instauration d'une relation entre L. et le monde qui l'entoure. La salle de psychomotricité peut alors être un « *espace de séparation* »[64] privilégié afin d'amener de la différenciation, de l'individualisation, de la distance… dans un espace suffisamment sécure.

Des changements rapidement observés :

Nous sommes au début du mois de novembre et la mère de L. nous annonce fièrement les derniers changements : L. se déplace maintenant sur les fesses et marche en se tenant à la table basse. La motricité serait-elle désormais utilisée pour l'exploration ?

D'ailleurs, L. fait ses premiers pas avec nous dans la salle de psychomotricité. C'est un moment émouvant pour ses parents. Madame ne semble pas très sécure, elle se montre extrêmement attentive à sa fille lorsqu'elle marche seule et sursaute au moindre déséquilibre. Nous pouvons nous demander pourquoi L. n'a pas fait ses premiers pas chez elle dans l'intimité familiale ? A-t-elle trouvé dans nos rencontres un espace suffisamment sécure pour se lancer ?

[64] CALZA A. et CONTANT M., **Psychomotricité.** Collection Abrèges, 2ième édition, Masson. 1999. P.79

Pour l'instant, lorsqu'elle marche, L. ne regarde pas où elle va, ni vers qui elle va : elle regarde le sol. Nous pointons alors l'importance du regard dans l'activité de la marche, en effet celui-ci s'horizontalise et guide le déplacement. Dans la marche, le regard est un ancrage au même titre que les pieds. C'est pourquoi nous incitons L. à regarder dans les yeux la personne vers qui elle se dirige, ce qui en plus l'inscrit dans une relation.

Des difficultés persistantes :

L. est toujours très exigeante envers ses parents et tant qu'elle n'a pas eu son « quota » de marche, L. ne parvient pas à se poser.

Nous cherchons à favoriser les capacités d'attention de L. et à l'inscrire dans la relation à l'occasion de jeux calmes avec nous. Mais L. ne parvient pas à se concentrer, elle est sans cesse en mouvement et j'ai l'impression qu'elle fuit la relation. Elle ne me regarde que très peu dans les yeux et elle a du mal à donner un objet. Plutôt que de me donner le jouet, elle le jette. Je ne sais pas si cette attitude est due à une difficulté de relation où il lui est encore trop difficile de me tendre directement le jouet, ou si elle est due à l'envie de tout mettre par terre pour sortir de cette situation qui lui est inconfortable… Elle se montre ainsi intolérante à la frustration par de fréquentes colères. Parviendra-t-elle à se concentrer réellement tant qu'elle ne saura pas marcher seule ? Les activités calmes sont encore difficilement investies par L., nous continuons progressivement ces propositions tout en lui amenant des expériences plus dynamiques mieux acceptées.

Un travail autour du gros ballon s'instaure progressivement. Les premiers temps, L. se montre craintive et prend le temps de se familiariser avec le gros ballon (elle le regarde, le touche, tape dessus, le fait rouler…). Y être déposer dessus semble peu rassurant pour L. qui a des difficultés à se relâcher et s'abandonner dans le portage. De plus en plus en confiance, L. va tirer profit du holding apporté par le gros ballon, elle est ainsi plus ouverte à la relation et l'échange est facilité (regards, babillages…). Le travail sur le gros ballon lui permet à la fois d'intérioriser une contenance, de faciliter ses mouvements, de prendre conscience de son axe, et de s'inscrire dans une relation.

Lorsque nous nous intéressons à la relation :

La séance de mardi, où le psychomotricien a reçu seul L. et sa mère, est très importante pour la suite de nos rencontres. La mère de L., très émue, a pu exprimer de nombreux ressentis. D'abord, elle raconte qu'elle n'arrive pas réellement à entrer en relation avec sa fille. Elle explique se sentir tel un objet utilisé pour pouvoir marcher. Elle ne parvient pas à jouer avec sa fille qu'elle trouve très exigeante et peu câline.

Nous percevons ici que la consultation pour un problème de marche initialement s'inscrit dans des mécanismes de structuration complexe au niveau de la relation notamment. C'est un sentiment que la mère de L. n'avait pas partagé avec son mari, alors que nous apprendrons plus tard qu'il avait le même. De plus, nous remarquons qu'à la question « comment vous trouvez votre petite fille ? » posée régulièrement lors des

différentes séances, le père répond systématiquement qu'il travaille toute la journée, donc qu'il ne la voit pas beaucoup. Il lui est compliqué de parler de sa fille.

Il semble difficile pour ces parents de rencontrer et d'investir leur petite fille.

<u>Une évolution positive :</u>

Au niveau de la motricité, L. continue de se déplacer sur les fesses et sa marche est désormais dirigée vers un but. L. ne se lance pas tant qu'elle n'a pas repéré où elle va. D'ailleurs, lorsqu'elle marche vers moi, je remarque que L. s'accroche à mon regard.

Persiste encore des interrogations par rapport à sa relation aux autres : la distance interpersonnelle ne paraît pas adaptée. Par exemple, L. vient vers moi mais ne me rencontre pas : elle cherche à m'escalader, à se coller à moi… L. semble envahie par ses émotions et par ce collage, elle coupe la relation. Ainsi, la distance relationnelle n'est pas encore ajustée.

Par rapport à son comportement, L. parvient à se concentrer un long moment tranquillement assise à la table, s'intéressant aux jeux proposés dans un échange interactif. Au jeu d'empiler les cubes, attendre un peu puis les faire tomber, elle est attentive quand nous lui montrons et ne se précipite pas pour démolir la tour (elle attend le décompte). Ainsi, L. apprend à différer et à anticiper son action dans le temps, et elle supporte mieux la frustration. Par ailleurs, elle fait tomber les objets au sol, et ce faisant, elle expérimente le haut et le bas (la gravité). Ces expériences concrètes sont en lien avec la découverte et l'investissement de son propre corps (le haut et le bas). Notons à ce propos que l'investissement du bas du corps est essentiel pour l'activité de la marche. Petit à petit s'élabore la structuration du corps dans l'espace que nous favorisons à travers des jeux de déséquilibre (comme par exemple avec le gros ballon, ou encore en jouant la chute).

Il est désormais fréquent que L. aille s'installer paisiblement sur les genoux de sa mère. C'est un important changement par rapport aux séances des semaines précédentes pendant lesquelles L. était tel un « petit asticot » que sa mère n'arrivait pas à tenir.

Ces évènements illustrent le concept de spirale d'interactions (initialement développé par Escalona sous le terme de « spirale transactionnelle ou interactionnelle »). Ce concept met en évidence que parents et jeune enfant « *s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement* ». Ainsi, en ayant pu exprimer ses angoisses plus profondes, la mère de L. a opéré un changement d'état psychologique et affectif qui a eu des effets sur sa relation avec sa fille. Stern parle alors d' « accordage affectif », reflétant un partage intersubjectif d'un même état affectif entre la mère et son enfant. Une influence réciproque de la vie émotionnelle et affective s'opère entre L. et sa mère. La situation semble moins figée.

Nous remarquons alors qu'une relation, bien qu'encore fragile, s'instaure. Les bases relationnelles se consolident. Sa mère nous annonce qu'elle ne se sent plus utilisée comme un objet par sa fille, que L. joue plus et qu'elle est plus câline. Ainsi, la mère de L. trouve progressivement sa place auprès de sa fille. Comme dit Winnicott, « *l'enfant parentalise ses*

parents ». Par ailleurs, il est intéressant de noter que désormais, lors de nos séances, L. entre d'emblée en relation avec tout le monde.

En parallèle de cette évolution, des préoccupations sont encore présentes et doivent être entendues.

D'abord, la mère de L. aborde son inquiétude pour les repas. Pour parvenir à la faire manger L., ses parents lui donnent des jouets pour faire diversion. Nous nous demandons alors ce qu'il en est de l'engagement dans la relation et de l'accordage affectif. Ce moment du repas est un moment privilégié entre un enfant et ses parents qui vont s'inscrire dans une réelle relation. Qu'en est-il de L. et ses parents ?

Ensuite, lors d'une discussion à propos des premiers mois de L., sa mère raconte son sentiment et son vécu d'abandon. Elle s'est sentie lâchée et livrée à elle-même face à sa petite fille qui risquait à tout moment d'avoir un problème cardiaque. Elle regardait plusieurs fois par jours la couleur des lèvres de sa fille pour s'assurer que tout allait bien. Elle exprime clairement l'angoisse et la peur qu'elle a connues au cours de cette période de doutes. Face à cette situation, nous pouvons nous demander comment cette mère a investi son bébé. Comment ne pas trop s'attacher au cas où il y aurait un problème ? Finalement, la mère de L. nous dit avoir eu les résultats des analyses le mois dernier (en novembre) et que tout va bien. Pourquoi n'avoir pu nous en parler que maintenant ? Le fait d'accepter que tout aille bien est-il aussi difficile ?

Une régression passagère :

L. a été malade, ce qui fait que nous ne la voyons pas pendant deux semaines. A son retour, la séance n'est pas celle que nous aurions pu espérer dans sa dynamique d'évolution. Il me semble la revoir quelques semaines auparavant : elle ne veut plus marcher seule et présente une instabilité psychomotrice (s'agite beaucoup, ne parvient pas à se concentrer…), une labilité émotionnelle (se montre exigeante, ne supporte pas la frustration, s'impatience rapidement, pleure…), et un évitement relationnel avec une fuite du regard. Nous comprenons que face à sa fragilité du moment, L. retourne à un fonctionnement qu'elle connait. C'est un mouvement régressif normal.

Par ailleurs, L. joue mieux : spontanément elle va donner à manger à son doudou (jeu symbolique) et m'interpelle pour jouer avec elle. Dans ses jeux, se joue la question de la séparation et donc des retrouvailles. Ces enjeux se découvrent dans une alternance présence-absence, un mouvement d'aller-retour que L. appréhende de mieux en mieux. Ce sont des jeux de « coucou-caché », de cacher des objets pour les retrouver… Le jeu est ainsi support et expression de ce qui se joue chez L. Dans le jeu de l'enfant, nous retrouvons tout ce qui le préoccupe, pour L. il s'agit là de la séparation.

L. avance :

Les vacances de Noël passent et je retrouve L. accompagnée de sa mère. Elle a grandi et nous accueille avec un large sourire. Nous remarquons que, depuis peu, sa mère prend plus soin d'elle-même. Cela peut paraitre anodin mais pourtant c'est le signe d'un mieux-être : elle n'est plus seulement mère, consacrée uniquement à sa fille, mais aussi femme.

La première chose qu'elle nous dit c'est que L. marche, elle en est très fière. En effet, L. marche toute seule et très bien. De plus, lorsqu'elle tombe, elle ne râle plus et se relève toute seule en se hissant. L. gère mieux ses émotions et se console vite et seule à l'aide de son doudou.

Par ailleurs, L. parvient à avoir de plus en plus de moments calmes et posés (que ce soit chez elle ou en séance). Elle s'intéresse à des jeux variés et peut choisir de jouer seule (puzzle, hochet à clochette, ballon, poupon, dinette, petit chariot…).

Enfin, la mère de L. raconte que ses relations avec sa fille s'améliorent et qu'elles sont plus complices (ce que je remarque aussi pendant la séance : beaucoup de regards et de sourires échangés).

Les parents de L. nous disent que la situation est devenue « normale », ils n'expriment plus d'inquiétude et sont ravis de voir L. marcher seule. Son père ajoute en souriant que ce n'est pas parce qu'elle marche seule qu'ils ne doivent plus être derrière elle car « elle fait des bêtises ». En effet, marcher permet de tester et franchir les limites. Et c'est très bien…

- **Fin de la prise en charge :**

Nous avons accueilli une petite fille fragile qui, au fil du temps, a profité de l'étayage proposé en psychomotricité pour s'appuyer et se construire sur des bases solides. Sa marche est désormais maîtrisée et investie dans l'exploration et la relation. Elle est ainsi plus autonome et libre de ses mouvements. Sa capacité à se concentrer et à se poser a réellement augmenté. De plus, elle supporte mieux la frustration et trouve par elle-même des solutions pour y faire face. L. est une petite fille souriante et en relation que nous n'avons plus problème à rencontrer. Elle sollicite les autres dans ses jeux et ses découvertes, tout comme elle peut choisir de jouer seule en notre présence.

Progressivement, nous avons vu L. et ses parents de manière plus espacée dans le temps, ce qui nous a permis tout de même de nous assurer du bon développement de L. au sein de sa famille. Finalement, nous mettons un terme à nos rencontres au début du mois de février. Il leur est suggéré de rencontrer à nouveau la psychologue afin de faire le point sur la situation et de les guider sur d'éventuels questionnements (ce qui relève ici plus de la guidance parentale).

- **<u>Réflexions amenées par cette rencontre :</u>**

Dans cette situation, la marche est présentée comme symptôme alors qu'elle est finalement l'expression d'un trouble plus profond qui engage L. et son entourage. La marche se trouve être au cœur d'une problématique interactive qui prend part à l'apparition et au maintien de son trouble de la marche.

La situation de L. illustre le fait que la marche est un acte psychomoteur en étant à la fois une conquête motrice, psychique et relationnelle. L'investissement de sa marche vient ainsi traduire sa manière d'être en relation. Au début de nos rencontres, L. marchait sans but, sans regard… finalement sans présence aux autres. Elle marchait pour marcher et non pas pour explorer, découvrir et rencontrer.

Selon B. Golse, cette marche peut prendre la valeur d'une enveloppe motrice défensive face à un défaut de contenance primordial, témoignant d'une altération des liens corps-psyché. Dans la répétition incessante de l'activité de la marche s'exprimerait le défaut d'élaboration. De plus, L. montre des difficultés à être seule en présence d'autrui (qu'en est-il de son activité psychique autonome, de la permanence de l'objet, de la séparation… ?). Elle semble avoir besoin de la totale disponibilité de sa mère (qui se sent utilisée comme un objet) et « d'immobiliser » ses parents par sa grande exigence. Je remarque que ces différentes caractéristiques évoquent une certaine instabilité.

Derrière cette instabilité se cache vraisemblablement l'angoisse liée à l'état de santé de L. connue par ses parents. Son agitation est perçue comme signe de vie et donc certainement bien mieux tolérée. L'instabilité de L. traduit son engagement dans la relation : elle agit et réagit. Cette marche peut être une manière de mobiliser ses parents. Par son activité incessante de la marche, L. réagirait-elle face à la difficulté d'investissement de ses parents confrontés à cette angoisse ?

- ***Réflexion :***

<u>La déambulation : une marche entre dérive et ancrage.</u>

Au premier abord, la marche de L., à la fois incessante et demandant nécessairement la présence de l'autre, me faisait penser à une sorte d'errance et d'agrippement. A ce propos, M-L. Roux pense que « *l'errance va représenter - par l'espace extérieur investi et perçu et par le mouvement de déplacement qui l'occupe - l'illusion d'un objet contenant et qui fasse sens.* »[65] Dans son errance, la perte du sens, des limites et du partage des affects parait entrainer l'impossibilité d'entrer en relation pour L. Celle-ci se trouve dans ces enjeux de séparation Moi-autrui et de conscience de soi et de l'autre.

« *Comme un bateau ivre dans une perpétuelle dérive, ne cherche-t-il pas un ancrage à transformer en port d'attache ? Quitter le port peut alors devenir voyage, exploration, quête d'identité où les liens sont enrichissements au lieu d'agrippements.* » [66]

Lors de mes stages j'ai eu l'occasion de rencontrer de jeunes enfants et des personnes âgées dont la marche n'était pas réellement investie dans sa dynamique exploratoire et relationnelle. Elle semblait plutôt être présente pour les sensations qu'elle apportait (une « *auto-perception obscure* »[67] selon S. Freud). C'est en quelque sorte : « je bouge donc je suis ». J'ai donc été amené à rencontrer des sujets ayant des comportements de déambulation et d'errance qui marchaient sans but précis, au hasard.

Or, selon M. Montaigne, « *L'âme qui n'a point de but établi, elle se perd, car c'est n'être en aucun lieu que d'être partout.* » [68]

J'ai d'abord pensé que cette marche n'avait pas de sens, mais j'ai pu remarquer des liens entre ce comportement d'errance et le vécu de l'individu. Le corps « objet » incarne alors la dynamique psychique. C'est justement notre rôle d'accompagner la personne vers une mise en sens et une résolution des problématiques sous-jacentes de la marche.

Ce comportement d'errance se remarque fréquemment en EHPAD. Seulement, si L. a pu le transformer en marche exploratoire et inscrite dans la relation, il est difficile pour une personne âgée qui déambule de réinscrire sa marche dans un sens, car elle est fréquemment liée à une pathologie (par exemple à la maladie d'Alzheimer).

Selon A-M. Rajon : « *L'errance est nécessaire et bénéfique quand elle est disponibilité ouvrant vers l'autre ; elle est dangereuse et destructrice quand elle est dérive sans objet*. » [69]

---

[65] AIN J. **Errances. Entre dérives et ancrages**… Erès, 1996. P.74
[66] Ibid P.7
[67] Ibid P.74
[68] MONTAIGNE M. **Essais**.
[69] AIN J. **Errances. Entre dérives et ancrages…** Erès, 1996. P.148

Pour illustrer mes propos, je vais présenter brièvement Mme Ll.

Mme Ll. est une dame âgée de 79 ans d'origine espagnole. Elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer et réside à l'UPAD depuis 1 an.

L'Alzheimer, maladie neuro-dégénérative progressive, se traduit par des troubles cognitifs dont des troubles de la mémoire (impossibilité d'enregistrer de nouveaux souvenirs) et par la triade aphasie, apraxie et agnosie.[70] Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont confuses, désorientées dans le temps et l'espace, changent de comportement et de personnalité, perdent peu à peu leur autonomie… Cette démence entraîne des répercussions sur le quotidien du sujet et sur son entourage.

Mme Ll. est une dame d'humeur joyeuse qui déambule à longueur de journée. Cette déambulation est appelée « *compulsion de répétition* » par M. Péruchon.
J'ai créé une fiche d'évaluation des comportements de déambulation afin de percevoir les répercussions tant sur la personne que sur son environnement (famille, résidents, soignants, lieux…) et y apporter des réponses adaptées. J'ai rempli une fiche pour Mme Ll. que vous trouverez en annexe 1 (p.90).

Dans sa déambulation, Mme Ll. parle beaucoup, cherche à ouvrir les portes, elle ramasse tous les objets qu'elle trouve… Recherche-t-elle une contenance ? Des limites ? Des repères ? De plus, Mme Ll. recherche le contact : elle suit les gens, s'y accroche et les « embarque » avec elle, mais les autres résidents la repoussent. Cet agrippement pourrait être lié à une angoisse. Selon D. Ajzenberg, l'errance serait la réponse apportée à un « *inquiétant sentiment d'inexistence et une profonde absence de repères*. »[71]

A ce propos, en tant que psychomotricien, nous pouvons ramener (par les sensations notamment) le sentiment de soi et proposer un espace privilégié et contenant. Cela peut se faire lors de séances snoezelen par exemple (au cours de celles-ci, Mme Ll. reste très agitée, marche inlassablement, passe furtivement d'une chose à l'autre et cherche le contact corporel avec autrui). Au quotidien, nous cherchons à nous adapter au rythme propre de Mme Ll., marchant à ses côtés.

Notre intervention psychomotrice a pour but d'amener Mme Ll. vers un mieux-être en lui permettant d'exprimer ses émotions et angoisses, et en rétablissant une communication basée sur le non-verbal, la créativité et le sensoriel.

[70] JUHEL J-C. **La psychomotricité au service de la personne âgée.** Chronique sociale, 2010. P.107
[71] AIN J. **Errances. Entre dérives et ancrages…** Erès, 1996. P.84

❖ ETUDE DE CAS : MME M.

- **Présentation de Mme M. :**

Mme M. est une dame âgée de 91 ans, née au mois de janvier 1922 à Bordeaux où elle a vécu toute sa vie. Elle a travaillé en tant que commerçante dans une épicerie. Mme M. s'est mariée jeune et a eu quatre enfants. Aujourd'hui, elle est veuve et les visites de ses enfants sont rares. Mme M. se présente d'un tempérament calme et jovial.

Mme M. a de nombreux antécédents médicaux dont certains vont affecter ses capacités de marche. A savoir : une gonarthrose bilatérale douloureuse (arthrose aux deux genoux), une prothèse de hanches bilatérale et une ostéoporose. Cette fragilité osseuse augmente le risque de fractures. Au niveau de sa posture, Mme M. présente une scoliose lombaire à convexité gauche et une hyper-lordose. De plus, Mme M. est sujette à des vertiges et, en réponse à une importante gêne auditive, elle est appareillée.

- **Son entrée à l'EHPAD :**

Mme M. entre à l'EHPAD le 20 Août 2009. Le motif principal de son entrée en institution est une perte partielle d'autonomie se traduisant principalement par des difficultés de la marche. Mme M. se déplace à l'intérieur à l'aide d'un déambulateur à quatre roues et a besoin d'être accompagnée pour aller à l'extérieur. Sa marche se fait à petits pas et lui demande de l'effort.

Mme M. est évaluée GIR 6 à la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource). Elle est encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante. Les pertes d'autonomie révélées par la grille AGGIR se résument aux déplacements notamment à l'extérieur.

Les fonctions cognitives (à la fois l'orientation dans le temps et l'espace, les apprentissages, l'attention, la mémoire, le langage et les praxies constructives) de Mme M. sont appréciées par le MMSE (Mini Mental State Examination). Elle obtient un score de 24/30. Ses difficultés se remarquent au niveau « attention et calcul », mettant principalement en avant des troubles attentionnels. Il est intéressant de noter que son problème auditif est une gêne ressentie en particulier lors de la partie « langage ».

Enfin, Mme M. répond aux questions de l'échelle de dépression gériatrique. Il en ressort une dépréciation de soi et une dévalorisation, une anxiété (s'inquiète pour son fils), un isolement (préfère rester dans sa chambre plutôt que sortir, en partie car elle est gênée par son problème auditif), et elle dit s'ennuyer. Cependant, elle pense être de bonne humeur la plupart du temps.

- **Au sein de l'EHPAD :**

Bien que Mme M. ait donné son accord pour s'installer en institution, c'est un moment difficile marqué par de nombreux changements et pertes (de repères, d'habitudes, de lieux, de personne, d'environnement, de rythme, de libertés…). Encore aujourd'hui, elle dit ne pas avoir complètement accepté son institutionnalisation.

Progressivement, Mme M. a trouvé sa place et de nouveaux repères (repas, nouvelles connaissances, participation au groupe équilibre…). Mme M. s'intègre dans son nouvel environnement (sa chambre est personnalisée). Cependant, elle investit peu les espaces communs et préfère rester seule dans sa chambre. Elle aime lire, tricoter, faire des mots-fléchés, regarder la télé… Mme M. ne participe pas aux activités quotidiennes proposées par l'animateur en partie en raison de sa gêne auditive qui lui donne le sentiment d'être en échec (elle ne lui permet pas de participer aux conversations et lui demande un effort d'attention supplémentaire).

- **Notre rencontre :**

Je rencontre pour la première fois Mme M. à l'atelier « équilibre et prévention des chutes » auquel elle participe depuis octobre 2010.

C'est une dame souriante, expressive et attentive aux personnes qui l'entourent. Son attitude et son comportement sont adaptés à la situation de groupe. Elle est ouverte aux autres bien que sa gêne auditive perturbe sa relation (par ses mimiques, elle fait comprendre qu'elle n'entend pas afin qu'on se tourne vers elle pour l'intégrer dans l'échange. Cependant, elle peut aussi en être agacée et se résigner à ne pas suivre la conversation).

- **Le projet de soin en psychomotricité pour Mme M. :**

Mme M. a des difficultés pour se déplacer et va chuter à trois reprises courant 2010. Ses chutes, bien que sans mal apparent, ont déstabilisé Mme M. qui est alors moins confiante et a tendance à se replier sur elle-même. Elle est alors prise en charge quelque temps par un kinésithérapeute qui la fait marcher tous les jours.

Afin de soutenir Mme M. à plus long terme et en réponse à ses difficultés de locomotion et à son isolement, elle est accueillie au groupe équilibre dans le but de maintenir ses capacités à la marche et de lui permettre de maintenir un lien social.

- **Prise en soin de Mme M. au sein de l'atelier équilibre et prévention des chutes :**

Objectifs :

- Maintenir les capacités psychomotrices nécessaires à la marche afin de favoriser son autonomie lors des déplacements et de prévenir les chutes.
- Eveiller sa conscience corporelle par l'écoute de son corps, la prise de conscience de ses capacités et incapacités afin d'y adapter son comportement.
- Revalorisation narcissique et reprise de confiance en elle et en son corps fragilisé (son rapport au corps étant difficile : insécurité, instabilité…).
- Maintenir le lien social en lui permettant de vivre un moment de plaisir partagé et de sortir de son isolement.

Au fil des séances :

- ***Les débuts :***

Mme M. intègre l'atelier suite à une chute survenue en octobre 2010 sur l'incitation d'une autre dame du groupe. Mme M. vient à l'atelier en fauteuil roulant. Elle fait de nombreux efforts et ne rate jamais une séance. Après quelques séances, elle reprend l'utilisation de son déambulateur pour se déplacer, ce qui est très encourageant et gratifiant.

- ***Evaluation de l'équilibre et des capacités de la marche :***

En janvier 2012, un point est fait sur l'évolution de Mme M. notamment par le test de Tinetti. Elle obtient un score de 14/33 contre 19/33 en août 2011. Sachant que plus le score est élevé, plus le sujet présente des difficultés et un risque de chute important, le résultat de Mme M. est donc le reflet d'un net progrès.
Ce test révèle des améliorations (notamment en équilibre statique) :

- au niveau de l'équilibre statique (11/24 contre 14/24) : Mme M. peut réduire son polygone de sustentation et est moins sujette aux vertiges.
- au niveau de l'équilibre dynamique (3/9 contre 5/9) : Mme M. présente une meilleure stabilité du tronc et une meilleure initiation à la marche.

- ***Le cheminement de Mme M. au sein de l'atelier :***

Implication de Mme M. :

Du fait de ses prothèses de hanches, Mme M. ne peut pas réaliser tous les exercices proposés mais elle se montre très participative et volontaire. Mme M. a besoin d'être soutenue lors de la marche : elle prend appui sur moi. Les difficultés de Mme M. se remarquent essentiellement au niveau de sa ceinture pelvienne (lever les genoux, faire des mouvements de droite à gauche avec les pieds…). Il est nécessaire d'adapter les propositions

à ses capacités afin de la réassurer et lui redonner confiance en elle. (Par exemple, je vais éviter de lui faire faire un demi-tour sur elle et plutôt l'encourager à se retourner en faisant un arc de cercle, je vais adapter la hauteur des obstacles à franchir…) Par ailleurs, les encouragements du groupe l'amènent à être de plus en plus confiante pour s'essayer à de nouvelles propositions.

Mme M. est très appliquée lors de la réalisation de l'ensemble des exercices.
Lors du premier temps en position assise, Mme M. fait attention à sa posture : elle se tient droite sur son axe (le dos décollé du dossier, les épaules vers l'arrière et le menton relevé).
Lors des activités dynamiques, Mme M. se montre persévérante et raisonnée. Bien qu'un exercice lui semble trop compliqué, elle choisit d'essayer et, tout en respectant ses capacités, cherche à faire au mieux. Cependant, il arrive que, portée par l'envie de bien faire, elle puisse se mettre en danger, il est alors nécessaire pour moi de la canaliser. Cela dit, Mme M. prend de plus en plus conscience de ses capacités et de ses limites et s'y adapte.

Ressources et évolution de Mme M. :

En étant soutenue, Mme M. parvient à réaliser différentes façon de marcher : en avant et en arrière, en levant les genoux, sur la pointe des pieds, sur le côté, talon-pointes, pas croisés, grands pas, les jambes tendues… Parvenir à réaliser tout cela lui apporte une grande fierté car elle se perçoit comme le « maillon faible du groupe ». Elle gère sa vitesse, sa force… bien que son équilibre reste précaire. Cependant, marcher en levant les genoux et faire des grands pas lui est difficile, voire douloureux. Il est important de lui faire prendre conscience de ses limites et de la valoriser sur ses compétences.

Tout au long de l'année, je remarque que Mme M. enjambe de mieux en mieux les obstacles (bien qu'encore très bas). L'amplitude de ses mouvements augmente mais reste encore faible. Ceci se remarque lors des mouvements fait à la barre (lever une jambe sur le côté, talon-fesse, plier les genoux, pointes de pieds…).

Mme M. ne semble pas avoir de difficulté au niveau des coordinations et dissociations, de l'orientation spatiale, du rythme… Elle trouve des stratégies de rééquilibration (faire une pause, reprendre ses esprits et repartir) et prend de plus en plus confiance en elle.

Par ailleurs, les difficultés attentionnelles repérées chez Mme M. ne se remarquent que rarement lors de l'atelier. Elle est généralement très concentrée et appliquée. Cependant, en fonction de son moral et de ses douleurs, il lui arrive d'avoir une attention fluctuante (repli sur soi notamment). Mme M. parle peu de ses ressentis et répond systématique en haussant les épaules « il fait aller » pour qualifier son état. L'atelier lui offre un moment d'écoute de ses ressentis et de considération de sa personne qu'elle saisit de plus en plus.

Au sein de ce groupe, « *le soutien n'est pas seulement affaire de béquilles, il est aussi celui d'une écoute attentive.* »[72]

Je m'appuie sur J. De Ajuriaguerra pour préciser que dans cet atelier, « *le but n'est pas moteur, mais la possibilité de sentir le corps comme objet total dans le mécanisme de la relation.* »[73] Ainsi, bien que la performance ne soit pas le but recherché, au sein du groupe, les capacités de marche et la réussite des exercices sont reconnues et valorisées par les participants qui se comparent entres-eux, s'applaudissent… La relation motive ici la marche : les participants cherchent à montrer le meilleur d'eux-mêmes.

Respirer pour se recentrer :

Lors des propositions dynamiques, Mme M. se trouve rapidement essoufflée. Même si elle en a conscience et y fait attention, il est nécessaire de lui proposer des temps de pause lors de la réalisation des exercices. Par ailleurs, Mme M. prend l'initiative d'amener une petite bouteille d'eau à l'atelier et elle boit après chaque exercice afin de récupérer.

Le travail sur la régulation de sa respiration, par l'amplification et la synchronisation de l'effort sur l'expiration notamment, permet à Mme M. d'avoir accès à une meilleure endurance et à une moindre fatigabilité tant physique qu'émotionnelle. En effet, sous l'influence des émotions, la respiration harmonise le tonus musculaire.

La mobilisation du regard :

Pour pallier aux vertiges de Mme M., j'insiste sur la stabilisation posturale et du regard lors des équilibres statiques (par exemple sur la plateforme d'équilibre) et dynamiques (par exemple lors de la marche). En effet, la vision joue un rôle dans la régulation posturale car elle complète les informations vestibulaires et kinesthésiques.

Par crainte, les personnes âgées ont tendance à regarder le sol quand elles marchent. Cela ne leur permet pas d'anticiper leurs mouvements (pas de projection ni d'orientation) et les coupent de la relation. Je leur propose alors un exercice autour de la mobilisation du regard lors de la marche. Ils vont ainsi faire l'expérience de la marche en regardant le sol, en regardant droit devant eux, en regardant quelqu'un dans les yeux et enfin en fermant les yeux.

A la question « lors de quelle marche vous êtes-vous senti le plus à l'aise ? », seule Mme M. répond « en regardant quelqu'un dans les yeux ». Car selon elle, « on marche pour aller à la rencontre de quelqu'un ».

Je remarque que les participants ont pris plaisir à faire cet exercice et ont joué de la situation (baise-mains, révérences, poignées de main, commentaires…). La marche mise au service de la rencontre était là toute imprégnée d'affects et d'émotions.

---

[72] MESSY J. **La personne âgée n'existe pas**.
[73] POTEL C. **Psychomotricité : entre théorie et pratique**. In Press, 2010. P.28

- ***Sa relation aux autres :***

Comme précisé auparavant, Mme M. n'entend pas bien, c'est pourquoi l'appui de la communication non-verbale est essentiel. L'imitation et l'utilisation des gestes est importante pour lui permettre de réaliser les exercices.

Le fait d'avoir intégré ce groupe et y avoir trouvé sa place semble avoir conforté Mme M. dans ses capacités de communication. Les participants adoptent une attitude bienveillante, pouvant répéter ou se tourner vers elle afin de la faire participer à la conversation. La relation ainsi facilitée est à nouveau envisagée comme possible et moins angoissante par Mme M.

Par ailleurs, Mme M. peut utiliser sa marche comme moyen de communication non-verbale afin de la mettre au service de la relation : s'éloigner, se rapprocher, se détourner… compensant ainsi en quelque sorte sa gêne auditive. Mme M. me dit que la marche lui permet « d'aller au devant » de sa gêne auditive.

- ***Réévaluation de ses capacités motrices à la marche :***

Le 11 Avril 2013, je réévalue l'équilibre et la marche de Mme M. à l'aide du test de Tinetti (voir annexe 2 p.94). Mme M. obtient un score de 15/33. Ce résultat révèle un certain maintien de ses capacités motrices.

- Un score de 12/24 en équilibre statique :

Mme M. a la capacité de maintenir son équilibre du moment où elle peut utiliser un objet ou une personne comme support pour se stabiliser. Par contre, lorsqu'elle ne se tient pas, son équilibre est très précaire : il lui faut un moment pour se stabiliser afin de lâcher son support. Elle dit elle-même ne plus pouvoir se déplacer sans son déambulateur ou sans se tenir aux meubles. Mme M. se montre attentive et prudente lors de la passation des items.

- Un score de 3/9 en équilibre dynamique :

Mme M. ne marche qu'avec l'aide de son déambulateur ou d'une personne. Elle présente une démarche particulière : il lui est difficile de lever les pieds, son tronc balance légèrement de droite à gauche en réponse à la cadence de ses pas.

- **Conclusion et perspectives :**

Selon Mme M., cet atelier lui permet de travailler sa respiration et d'être ainsi moins essoufflée lors de la marche. Par ailleurs, elle précise que les axes travaillés (les équilibres statiques et dynamiques, lever les pieds, regarder devant soi, respirer calmement…) deviennent des automatismes et qu'elle n'a plus besoin d'y réfléchir pour avoir un meilleur équilibre. Son assiduité et son investissement dans l'atelier ont contribué à cette évolution positive. Son engagement se remarque par ses très nombreux efforts et sa persévérance.

Mme M. précise que de participer à cet atelier lui « permet de bouger un peu car sinon on est assis toute la longue journée » et « d'avoir du contact ». Elle me dit que comme elle est sourde, la marche lui permet « d'aller au devant ». Ainsi, l'atelier lui permet de maintenir ses capacités de marche, mais aussi et surtout, de maintenir l'estime d'elle-même et le lien social. Mme M. dit apprécier participer au groupe, c'est un rendez-vous qu'elle ne manque sous aucun prétexte et où elle a plaisir à aller.

Par sa participation à l'atelier, Mme M. a retrouvé confiance en elle et est plus à l'aise au sein d'un groupe. Désormais, Mme M. participe à certaines activités proposées par l'animateur, du moment où le groupe est réduit et qu'elle y retrouve des camarades appréciés (à savoir, les participants du groupe équilibre).

L'entrée en institution, qui était synonyme de pertes pour Mme M., avait entrainé une certaine angoisse, un repli sur soi et un retrait de la vie en communauté. Progressivement, l'atelier lui a permis de s'adapter et de « faire avec » ses pertes, tant physiques (difficulté à la marche, diminution auditive) que psychoaffectives (séparation de son environnement familier, changement de milieu…), qui ne sont plus un obstacle à son intégration sociale.

En venant à l'atelier, la demande première de Mme M. et de l'équipe était de soutenir ses capacités à la marche pour maintenir son autonomie. Mais bien au delà, le prétexte de la marche a permis à Mme M. de s'intégrer et de se réinscrire dans un lien social nécessaire à son mieux-être personnel. En nous intéressant à sa marche, nous avons affecté sa relation à elle-même et aux autres.

❖ **Bilan de mes rencontres avec L. et Mme M. :**

Par ces présentations, je pense avoir clairement illustré le lien entre la marche et la relation. Ces deux entités fonctionnent ensemble et en soutenant l'une nous soutenons l'autre. Cette complémentarité est présente du jeune enfant à la personne âgée. C'est pourquoi la compréhension de la marche dans sa dynamique relationnelle est essentielle à prendre en compte lors de notre intervention. Tout au long de la vie, « *tonus et motricité participent à l'organisation relationnelle* »[74]. En psychomotricité, nous prenons en compte à la fois les capacités physiques et psychoaffectives de l'individu.

[74] POTEL C. **Psychomotricité : entre théorie et pratique**. In Press, 2010. P.32

3- <u>Quand ne pas marcher peut entraver la relation.</u>

Nous avons vu que la marche est quelque chose de désiré tant du côté des jeunes enfants et des personnes âgées que de leur entourage. En effet, la marche est synonyme de vie, de bonne santé, d'autonomie et de relation. Mais alors qu'en est-il des personnes qui ne marchent pas ?

Lors de mes stages j'ai rencontré des sujets (jeunes et âgés) qui ne marchaient pas ou plus. J'ai pu remarquer que le fait de ne pas marcher a des répercussions sur la manière d'être en relation et l'estime de soi du sujet lui-même et aussi sur son entourage. La « non marche » peut alors entraver la relation. Non pas qu'une personne qui ne marche pas n'est pas en relation, mais je pense que celle-ci est affectée.

Prenons l'exemple de la petite R. : à 18 mois elle ne marche pas et cela inquiète beaucoup ses parents. « Quand est-ce-que tu vas marcher ? » lui demande avec émotion sa mère. Cette inquiétude a des répercussions sur leur mode de relation. Il va falloir montrer à R. et à ses parents que la relation peut être initiée autrement : par le jeu, le regard, la voix, le portage… afin de maintenir et consolider leur lien d'attachement.

Prenons l'exemple Mme B. Cette dame âgée atteinte de la maladie de Parkinson est en fauteuil roulant confort et ne peut pas se déplacer sans aide. Mme B. n'apprécie pas la dépendance qu'engendre cette situation. Elle peut solliciter la relation mais il lui est plus difficile de l'initier et la décider. Mme B. peut alors interpeller son entourage par des gestes ou des appels mais celui-ci ne répond pas forcement à ses nombreuses interpellations qui peuvent agacer. Mme B. peut se retrouver installée à côté d'une personne qu'elle n'apprécie pas et elle ne peut plus aller spontanément à la rencontre d'un camarade avec qui elle aimerait être… Mme B. demande alors, quitte à perdre en confort, à changer de fauteuil pour un standard plus léger qui lui permettrait de gagner en autonomie et d'augmenter la liberté de ses relations, puisqu'elle pourrait se déplacer seule.

Finalement, est-ce vraiment la marche ou plutôt le déplacement qu'elle implique qui permet de décider de la relation ?

Par ailleurs, être en fauteuil roulant amène la personne âgée à conserver la même posture toute la journée. Elle n'est plus capable de déplacements autonomes et ses possibilités de mouvements s'appauvrissent. La personne âgée perd de plus en plus la possibilité d'agir sur elle-même et sur le monde extérieur. Du fait de cette relative immobilité, les afférences neuro-motrices et neuro-sensorielles diminuent significativement.

Alors comment se sentir vivant ? Privée d'élan vital, la personne peut se réfugier dans un état d'adaptation minimale, se tenant loin d'elle-même et des autres. Qu'en est-il des relations, à soi et aux autres ?

Je pense alors que la psychomotricité peut aider les sujets qui ne marchent pas à entrer en relation avec les autres, à se sentir encore libre de ses décisions et acteur de sa vie. Nous pouvons amener le sujet à sentir son corps afin d'être présent à lui-même et d'être disponible pour la relation. Nous pouvons proposer des moments d'échanges, de mieux-être, du Snoezelen, des activités créatives… Je pense qu'en impulsant une dynamique de relation, l'élan vital de la personne se réveille.

C'est d'abord en donnant l'envie au sujet d'investir la relation que nous pouvons favoriser l'investissement de la marche, si celle-ci est possible.

A ce propos, j'ai pu remarquer qu'une personne âgée n'ayant plus d'envie de vivre, ni de relation qui la tienne debout, peut se replier sur elle-même et bien qu'ayant les capacités physiques pour marcher, elle ne le fait plus. Ainsi, la relation perturbe à son tour la marche.

La marche n'est pas qu'une question de capacités physiques et d'équilibre… La marche demande une certaine force psychique, une détermination, une volonté, une envie, une motivation… qui, je pense, est soutenue par la relation. D'ailleurs, selon J. De Ajuriaguerra « *l'acte est vécu, il est appétence, prise de contact, motivation…* ».

CONCLUSION

La marche place l'Homme dans sa singularité : être à la verticale, debout, pour se déplacer et jouir de son libre arbitre. Elle est le signe de l'élan vital de chacun, à l'image d'une certaine envie de vivre. Elle parait essentielle afin d'exprimer et réaliser ses désirs. Ainsi, la marche permet d'initier une action et de s'inscrire dans la relation, par sa propre volonté et en fonction de ses propres aspirations.

Tant auprès des touts jeunes enfants que des personnes âgées, j'ai pu constater que le non investissement de la marche signe une problématique plus globale de l'individu que le simple défaut fonctionnel. Il m'est ainsi apparu essentiel d'envisager un trouble de la marche comme étant étroitement intriqué à une dynamique relationnelle. L'entourage du sujet occupe une place importante quant à l'évolution du trouble de la marche (il peut être un soutien ou un frein). L'individu et son entourage s'influencent en permanence.

J'ai remarqué dans mes deux stages que la famille exprime une forte angoisse face à un trouble de la marche, en particulier face à la « non marche » (lorsque l'enfant ne marche pas et lorsqu'un parent ne marche plus). Ce n'est pas tant le trouble de la marche qui inquiète mais ce qu'elle sous-entend. Dans ce cas, le trouble de la marche vient concrétiser ou révéler un trouble plus profond d'ordre psychique et/ou relationnel. Le trouble de la marche affecte autant le sujet concerné que son entourage. En tant que psychomotricien, il est important de prendre en compte cet aspect relationnel afin de proposer un accompagnement adapté dans lequel le sujet et son entourage sont acteurs.

C'est parce que nous ne pouvons pas envisager l'individu seul que je me suis particulièrement intéressée au fait que la marche est liée à la relation. J'ai pu constater que la marche n'est pas toujours inscrite dans une interaction. Bien sûr elle peut servir à aller à la rencontre de quelqu'un mais aussi à son encontre et elle facilite l'accomplissement personnel. La marche recèle toutes les dynamiques de relation et d'autonomie : c'est se porter soi-même. C'est pourquoi il faut déterminer la dynamique dans laquelle s'inscrit la marche pour y apporter un soutien ajusté.

Pour autant, il n'est pas toujours évident de faire la part entre ce qui résulte du biologique, du psychique ou du relationnel. Je me rends compte que, par rapport à mon hypothèse supposant un lien entre un trouble de la marche (en tant que cause ou conséquence) et une perturbation de la relation, le plus important en psychomotricité est de s'intéresser à la signification que prend le trouble pour la personne et son entourage.

Avoir mis en lien deux populations différentes (non seulement par leurs âges éloignés mais aussi par leur bagage existentiel plus ou moins chargé d'expériences de vie) a enrichi ma compréhension des troubles de la marche et leur prise en charge psychomotrice.

Sans pour autant infantiliser la personne âgée, il faut reconnaitre que celle-ci, lors de la marche et des relevés après une chute par exemple, utilise les mêmes mouvements et positions fondamentales présentes dans le développement locomoteur de l'enfant (retournement, quatre-pattes, chevalier servant, se hisser en position verticale, tenir debout, maîtriser son équilibre par l'écartement des pieds plus important et un regard dirigé principalement vers le sol). Je soutiens donc l'intérêt de connaitre les étapes du développement psychomoteur de l'enfant afin de s'y référer pour proposer une aide adaptée à la personne âgée. En effet, cette dernière a gardé des traces mnésiques de ces différentes étapes qui sont les plus naturelles et spontanées, voire les plus adaptées afin de se relever, se tenir debout et marcher.

Au niveau de la relation, je me suis souvent trouvée face à des individus autant jeunes qu'âgés chez qui la communication est essentiellement non-verbale. En absence de langage, la marche peut être un moyen de gérer la distance et à fortiori la relation (autant aller vers que se détourner). Mais lorsqu'il n'y a ni le langage, ni la marche, gérer la distance et décider de la relation de sa propre initiative est fortement entravé.

Il n'existe pas de prise en charge psychomotrice type d'un trouble de la marche. Nous proposons un accompagnement à partir de ce que nous apporte chaque individu, c'est-à-dire en fonction de sa personnalité, de ses capacités et de ses intérêts. Ce faisant, le sujet est acteur dans son évolution et va pouvoir se saisir des appuis proposés pour soutenir son potentiel et son adaptation. Dans notre approche psychomotrice, nous accordons une place de choix à la relation car c'est grâce à celle-ci que l'accompagnement va être adapté, accepté et concluant. Nous pouvons ainsi passer par l'envie d'investir la relation afin de soutenir la marche. L'important n'est pas la réalisation de l'action en tant que telle, mais bien plus son investissement. En mettant en jeu la relation lors de la marche, nous mettons du sens sur l'acte et réinscrivons le sujet dans son histoire.

Comme nous l'avons vu, la marche met en mouvement et harmonise tous les aspects moteurs, psychiques et relationnels. L'accompagnement en psychomotricité prend en compte ces différentes composantes sur un même pied d'égalité. En s'intéressant à la marche, nous nous intéressons bien plus à « *l'habitation corporelle* » du sujet.

Finalement, la marche est en quelque sorte un moteur de l'activité psychoaffective et relationnelle. C'est pourquoi en investissant la marche, nous amenons l'individu à se porter lui-même et à s'affirmer en tant qu'Etre habité.

> *… Pour certaines personnes, la marche est une philosophie de vie. Elle permet de prendre le temps d'aller à la rencontre des autres dans un monde qui tourne trop vite. Je pense à S. et A. Poussin qui ont traversé l'Afrique à pieds pour « **provoquer des rencontres qui, sans notre marche, n'auraient pas lieu** » …*

BIBLIOGRAPHIE

- AIN J. et al. **Errances. Entre dérives et ancrages…** Erès, 1996.

- ALBARET J-M. et AUBERT E. **Vieillissement et psychomotricité.** Solal, Psychomotricité, 2001. (pp.15-35, 155-163 et 219-230)

- ALBARET J-M., SOPPELSA R., et MICHEL S. **Examen Géronto-Psychomoteur**. Hofrefe, 2011.

- ANTOINE J-M., CZERNICHOW P., HOUSSET B. et al. **Vieillissement.** Collection Abrégés, édition Masson, 2005. (pp. 3-20, 117-125 et 155-170)

- ATLANI-SOYER E. et VIDAL A**. Dans le mouvement ! Bouger, respirer, sauter, danser, se remuer les méninges, aller de l'avant.** Collection Grain de sel, édition Hatier, 1990.

- BENICHOU J. et LIBOTTE M. **Le livre du pied et de la marche.** Odile Jacob, 2002. (pp. 53-64)

- BENONY C. et GOLSE B. **Psychopathologie du bébé.** Nathan, 2003.

- BLOISSIER P. **Groupes et psychomotricité. Le corps en jeu.** Solal, Psychomotricité, 2002.

- BRAZELTON. **L'âge des premiers pas.** Petite bibliothèque Payot, 2006.

- CALZA A. et CONTANT M. **Psychomotricité.** 2ième édition, Masson, Collection Abrèges, 1999. (pp. 1-97 et 179-189)

- CANTEGREIL-KALLEN I. **Le vieillissement normal des fonctions cognitives.** 2008 *http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee1psyetdemence/VieillissNormal.pdf*

- CHOQUES J. et S. **Animations pour les personnes âgées : 400 exercices pratiques et ludiques.** Lamarre, 2000.

- CICCONE A., CRESTI-SCACCIATI L., DURON C. et al. **L'observation du nourrisson et ses applications.** Erès, Collection Mille et un bébés, 1998.

- CLAIN A. **Un petit pas pour l'enfant, un grand pas dans l'humanité. Approche psychomotrice des enjeux de la marche et accompagnement dans une construction identitaire.** Mémoire de psychomotricité, Bordeaux. 2011.

- CLAIR O. et DUBOS G. **Etre psychomotricienne en gériatrie…** Revue Thérapie psychomotrice, n°59. 1983. (pp. 43-51)

- DESHAYS C. **Trouver la bonne distance avec l'autre.** InterEditions-Dunod, Paris, 2010. (pp. 5-26 et 33-37)

• DESOBEAU F. **Thérapie psychomotrice avec l'enfant. La rencontre en son labyrinthe.** Erès, 2008.

• DIMEGLIO A., HERISSON C. et SIMON L. **La marche de l'enfant.** Sauramps médical, 2002. (pp. 15-22 et 97-102)

• FORESTIER M. **En marche pour la vie !** Thot, 2006.

• GRAINDORGE C. **Ce qui se joue vraiment avant 6 ans. Quand bébé grandit.** Leduc.S, 2007. (pp. 9-97)

• GROS F. **Marcher, une philosophie.** Flammarion, Champs essais, 2011.

• GUEDENEY N. et A. **L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée.** Masson, Les âges de la vie, 3ième édition, 2009. (pp.94-101 et 147-156)

• JOLY F. et LABES G. **Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1 : Corps, tonus et psychomotricité.** Papyrus, 2009.

• JUHEL J-C. **La psychomotricité au service de la personne âgée. Réfléchir, agir et mieux vivre**. Chronique Sociale, PUL, 2010.

• LE CAMUS J. **Le dialogue phasique. Nouvelles perspectives dans l'étude des interactions père-bébé.** Revue Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol.43, n° 1-2, pp.53-65. 1995.

• LE RUN J-L. et GOLSE B. **Les premiers pas vers l'autre. Ou comment l'altérité vient aux bébés.** Erès, collection 1001 BB, 2008.

• LEFEBVRE DES NOETTES A. et THOMAS N. **Vers la marche… avec les enfants trisomiques.** Vidéo de l'association CAMPS 94, diffusé par l'APAP.

• LLOPIS S. **Vieillesse : quand corps et esprit « s'emmêlent ». Tomber, mais se relever pour vivre debout !** Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2011.

• LUCAS P. et STEHMAN M. **L'expertise de l'enfant et de la personne âgée. Les deux pôles de la vie.** Anthemis, 2011. (pp. 125-142 et 181-264)

• MARTIN-HUNYADI C., BOUILLERET V., DEMUYNCK-ROEGEL C. et al. **La marche chez les personnes âgées.** Article

• MAZET P. et STOLERU S. **Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant.** Collection Les âges de la vie, édition Masson, 1999.

• POTEL C. **Psychomotricité : entre théorie et pratique.** In Press, 2010.

• ROBERT-OUVRAY S. **Le corps étai de la psyché.** Article
http://s.robertouvray.free.fr/articles.htm

• SCIALOM P., GIROMINI F. et ALBARET J-M. **Manuel d'enseignement de psychomotricité.** De Boeck-Solal, collection Psychomotricité, 2012.

• SERVANT-LAVAL A. **Cours théorico-pratique d'anatomie fonctionnelle** de deuxième année de psychomotricité, Bordeaux. Version 2010.

• STERN D. **Mère-enfant. Les premières relations.** Mardaga, 1997.

• TRINQUIER A. **Va et vient entre mère et enfant : les premiers pas vers l'autre.** Mémoire de psychomotricité, Bordeaux. 2004.

• VAIVRE-DOURET L. **Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant.** ECPA, 2004.

• VASSEUR R. et DELION P. **Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans.** Erès, 2010.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 3

INTRODUCTION 6

Première partie: LE LIEN MARCHE - RELATION

A - LA MARCHE, DU DEBUT A LA FIN DE L'HISTOIRE. 9

I- La marche de l'Homme : universelle et pourtant si singulière. 9

1- Un mode de locomotion propre à l'Homme. 9

a. Marcher, c'est mettre un pied devant l'autre 9

b. La marche, une question d'unité 10

2- Une démarche personnelle. 10

a. La signature de notre marche 10

b. La marche évolue au fil du temps qui passe 11

II- Des premiers pas de l'enfant aux derniers pas de la personne âgée. 13

1- L'acquisition normale de la marche : une conquête motrice, psychique et relationnelle. 13

a. Le développement locomoteur. 13

b. Développement psychoaffectif et relationnel. 17

2- Les répercussions du vieillissement normal de la personne âgée sur la marche. 21

a. Vieillir dans son corps 22

b. Vieillir dans sa tête 24

B – LA MARCHE S'INSCRIT DANS UNE DYNAMIQUE RELATIONNELLE. 27

I- Etre en relation. 27

1- La relation : être en lien avec les autres. 27

a. La relation 27

b. La mise en place de la relation 28

2- L'autonomie : être soi parmi les autres. 29

a. L'autonomie 29

b. La mise en place de l'autonomie 29

3- Un lien fort entre autonomie et relation. 30

II- En quoi la marche s'inscrit dans la relation ? 31

1- La marche un ancrage personnel et relationnel. 31

a. Une relation à soi. 31
b. Trait d'union entre soi et l'autre. 32
c. Une relation à l'autre. 33

2- Marcher c'est décider de la relation. 34

SYNTHESE ET HYPOTHESE 36

Deuxième partie : LA PLACE DE LA RELATION DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN TROUBLE DE LA MARCHE EN PSYCHOMOTRICITE.

A - APPROCHE PSYCHOMOTRICE DE LA MARCHE. 38

I- La marche, un acte psychomoteur. 38

1- Le lien corps-psyché. 38

2- Les caractéristiques psychomotrices de la marche. 38

II- Les troubles de la marche et leurs répercussions sur la relation. 42

1- Le trouble de la marche : un trouble psychomoteur. 42

a. Le trouble psychomoteur. 42
b. Le trouble de la marche. 42

2- Les pathologies influençant l'activité de la marche. 43

3- Les incidences sur la relation. 44

B - DONNER UN SENS A LA MARCHE. 45

I- Mes lieux de stages : une expérience aux deux pôles de la vie. 45

1- Centre Médico-Psychologique Petite Enfance. 45

a. Présentation du centre 45
b. Les familles accueillies 45
c. Etre psychomotricien en CMP 45

2- Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. 47

a. Présentation de l'établissement 47
b. Les personnes accueillies 47
c. Etre psychomotricien en EHPAD 47

3- Du jeune enfant à la personne âgée : un lien autour de la marche. 52
a. Des processus inversés d'acquisitions et de pertes 52
b. Apprivoiser et ré-apprivoiser la marche 52

II- L'accompagnement autour de la marche en psychomotricité. 54

1- L'évaluation de la marche. 54
a. Les bilans. 54
b. L'observation. 56

2- Un accompagnement adapté à chacun. 56
a. Une approche complexe. 56
b. Etre acteur de sa prise en soin. 57

3- La relation : un atout auprès d'une personne présentant un trouble de la marche. 58
a. La relation : point de départ et finalité de la marche. 58
b. Soutenir les capacités de la marche. 58
c. Proposer des chemins détournés. 59

III- Les rencontres. 61

1- De nombreux liens entre marche et relation tout au long de la vie. 61

2- Quand la marche et la relation se soutiennent l'une l'autre. 61
❖ ETUDE DE CAS : L. 62
❖ ETUDE DE CAS : MME M. 73

3- Quand ne pas marcher peut entraver la relation. 80

CONCLUSION 82

BIBLIOGRAPHIE 84

TABLE DES MATIERES 87

ANNEXES 90
Annexe 1 : Evaluation du comportement de déambulation de Mme Ll. : 90
Annexe 2 : Test de Tinetti : Mme M. le 11.04.2013 : 94

ANNEXES

Annexe 1 : Evaluation du comportement de déambulation de Mme Ll. :

EVALUATION DES COMPORTEMENTS DE DEAMBULATION

NOM : Mme Ll.
Date : 28.03.13

Habitudes de vie :

Quelle place occupait la marche dans le quotidien de la personne ? (personne qui marchait beaucoup, habitudes de promenades, marche liée à l'anxiété…)

Non renseigné

Particularités du parcours :

	Oui	Non	Observations
Toujours le même itinéraire		X	
Moments précis (horaires prévisibles…)		X	la journée et parfois la nuit
Fréquence (temps d'errance dans la journée)	Préciser :		toute la journée : surtout en fin de matinée et l'après-midi.
Présence de points de repères propres (personnes, objets…)		X	
Arrêts fréquents aux endroits communautaires où les rencontres sont facilitées	X		salle commune
Echanges sociaux (cherche contact ou en reçoit…)	X		
Eloignement des lieux communs (isolement)		X	
Activité solitaire (parle, examine des objets…)	X		Logorrhée, s'accapare plein d'objets
Facteurs déclenchants, majorants l'errance (environnementaux, individuels…)	X		La venue de personnes dans l'UPAD
Facteurs diminuant	X		Le contact, corporel et verbal

Comportement de la personne dans lequel apparait la déambulation :

	Oui	Non	Observations
Humeur de la personne :			
Ennui	X		
Solitude, isolement	X		
Tristesse		X	
Peur, insécurité		X	

Anxiété			
Gaité	X		
Exploration	X		explore les objets de la salle
Désorientation spatiale	X		
Forme de communication, d'expression	X		va à la rencontre des autres
Autre			
Attitude de la personne :			
Comportement de recherche (quelque chose ou quelqu'un)			
Comportement d'occupation			
Satisfaction d'un besoin	X		besoin de contact ? de se sentir ?
Attirée par une stimulation sensorielle…	X		par l'extérieur (luminosité ...), par le toucher des objets et personnes
Autre			
Lors de sa déambulation :			
Se laisse distraire (bruit, activité, personne…)	X		va à la rencontre des gens qui sont sur son chemin
Est renfermée (rompt tout contact)		X	
Modification du trajet en fonction des personnes rencontrées	X		
Cherche à garder contact avec une personne	X		s'agrippe aux gens, les suit
Autre			

<u>Déambulation à risque :</u>

Danger	Oui	Non	Observations
Pour la personne			
- Risque de chute			bonnes capacités à la marche mais rapide
- Franchit des endroits dangereux		X	(car portes fermées)
- Tente d'aller à l'extérieur (voire cherche à fuir)	X		cherche à ouvrir les portes
- Autre			
Pour les autres			
- Résidents	X		embarque avec elle des personnes plus fragiles
- Soignants			

Solutions actuelles prises :

	Oui	Non	Observations
Traitement médicamenteux	X		
Contention :		X	
- Quel type ? (barrières, contrainte au fauteuil…)			
- Quel moment et durée ?			
- Réaction du résident ?			
UPAD	X		
PEC		X	
Activités proposées	X		difficulté d'adhésion, de concentration… mais intérêt.
Autre			

Conséquences du comportement de déambulation :

	Oui	Non	Observations
Pour le résident :			
- Occasion de contact avec d'autres	X		
- Libération de tensions	X		
- Ne mange pas/peu	X		ne reste pas assise à table
- Autre			
Pour la famille :			
- Embarras	X		
- Angoisse	X		
- Autre			soulagée que Mme Ll. soit accueillie en UPAD
Pour les autres résidents :			
- Agacement	X		se détournent
- Réactions agressives	X		la repoussent physiquement et verbalement
- Autre			
Pour les soignants :			
- Perturbe	X		entre dans les chambres lors des toilettes, perturbe les repas…
- Surveillance constante	X		
- Accapare beaucoup de temps	X		
- Sentiment d'impuissance	X		
- Autre			

Observations complémentaires :

Mme Ll peut fréquemment se montrer opposante (recherche de limites ?)
Elle peut parfois avoir un comportement agressif inattendu

Il a été mis en place quelques repas "manger-main" : Mme Ll mange plus mais perturbe toujours les repas

Solutions à envisager si ce comportement de déambulation :

- **N'a pas de conséquences nocives pour le résident ni pour son entourage :**
    - ne pas chercher à diminuer l'errance.
        - Planification d'activités au cours de la journée (individuelles ou en groupe, objectifs réalistes, simples, concrets et de courte durée).
        - Réorientation (installation de repères…)
- **N'a pas de conséquences nocives pour le résident mais pour la famille/l'entourage :**
    - Permettre à la famille d'exprimer ses ressentis (voir à proposer un soutien psychologique).
    - Accompagnement : changer la façon de voir ce comportement.
- **A des conséquences nocives pour le résident :**
    - Modifier certains aspects du comportement de déambulation.
    - Accompagner la personne dans sa marche, établir un contact, sécuriser.
    - Chercher le but, le besoin, l'émotion exprimé par ce comportement.

Prise en charge en psychomotricité :

Nous allons prendre conscience du besoin recherché, de l'état émotionnel présent dans l'activité de la marche afin de trouver éventuellement une autre solution plus adaptée pour arriver à la même satisfaction. Nous allons nous ajuster au rythme propre de la personne, l'accompagner dans sa marche et établir une communication non-verbale (contact visuel, toucher, refléter les émotions perçues…), prendre le temps de l'écouter, lui proposer une activité réconfortante…

A partir des observations des phénomènes de déambulation du sujet et des conséquences sur lui-même et l'environnement (lieux, équipe, résidents, famille…), en prenant en compte les solutions apportées (s'il y en a), l'expression des besoins, le contexte et les interactions possibles… Qu'est-ce-que la psychomotricité peut apporter aux résidents et leur entourage ?

- Conseil aux équipes
- Soutien aux familles
- Intervention globale sur l'environnement (locaux, temps d'activités…) :
    - proposer la mise en place d'activités qui canalisent au cours de la journée
    - amener des « temps de pause » afin d'apporter à la personne un moment de mieux-être (baisser les tensions), de détente, de retour à soi… (Snoezelen, relaxation, toucher relationnel, mise en place d'un espace réservé au sujet… pour amener de la contenance, des limites)
    - organiser le temps et l'espace (mettre en place des repères…)

Nous ne pouvons pas faire des séances individuelles pour tous les résidents qui en auraient besoin donc nous allons mettre en place des choses qui ont un impact plus large et qui peuvent se faire sans notre présence.

<u>Annexe 2 :</u> Test de Tinetti : Mme M. le 11.04.2013 :

<u>Tinetti :</u>

<u>Equilibre statique :</u>

0	Equilibre assis
1	Se lever d'une chaise
1	Equilibre immédiat après s'être levé
1	Equilibre debout les yeux ouverts et les pieds joints
2	Equilibre debout les yeux fermés
2	Equilibre après 360° sur soi-même
0	Résistance à une poussée sternale
1	Equilibre en regardant vers le haut après rotation de la tête de chaque côté
1	Equilibre en station unipodale + temps : *< 5sec = risque de chute*
1	Equilibre avec hyper-extension de la tête en arrière
1	Equilibre penché en avant pour attraper un objet
1	Equilibre en s'asseyant

Score : 12/24

<u>Equilibre dynamique :</u>

0	Initiation à la marche
0	Hauteur du pas
0	Longueur du pas
0	Symétrie du pas
1	Régularité de la marche
0	Déviation de la trajectoire
1	Stabilité du tronc
0	Ecartement des pieds pendant la marche
1	Demi-tour pendant la marche

Score : 3/9

Score global du Tinetti : 15/33

plus le score est élevé, plus le patient présente de difficultés.