



HAL
open science

**“ Connais-toi toi-même ” : conscience corporelle de la
personne âgée dépendante. Apport de la
psychomotricité et de la médiation aquatique sur le
réinvestissement corporel de la personne âgée
dépendante**

Marion Caunègre

► **To cite this version:**

Marion Caunègre. “ Connais-toi toi-même ” : conscience corporelle de la personne âgée dépendante. Apport de la psychomotricité et de la médiation aquatique sur le réinvestissement corporel de la personne âgée dépendante. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340275

HAL Id: dumas-01340275

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340275>

Submitted on 30 Jun 2016

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.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« Connais-toi toi-même »

**CONSCIENCE CORPORELLE DE
LA PERSONNE ÂGÉE
DÉPENDANTE**

Apport de la psychomotricité et de la médiation aquatique sur le réinvestissement corporel de la personne âgée dépendante

CAUNÈGRE Marion

Née le 29 Mai 1990 à Bordeaux

Directeur de Mémoire : François Lacombe

Juin 2016

REMERCIEMENTS

Un grand merci

À **François Lacombe**, mon maître de mémoire, pour m'avoir aiguillé tout au long de cette année et m'avoir appris à travailler de manière autonome,

À **Julie et Alexis**, maitres de stage attentionnés, pour leurs nombreux conseils et le partage de leur vécu professionnel. Merci à vous pour le temps que vous m'avez accordé,

À **Lola**, pour son oeil critique, sa relecture essentielle dans l'élaboration de ce mémoire, et son amitié sans faille,

À **mes parents**, pour leur soutien, leur affection, et leurs efforts afin d'essayer de comprendre ce qu'est la psychomotricité,

À **mes amis**, ceux d'hier et d'aujourd'hui, et surtout mes camarades de classe avec qui j'ai pu partager tellement de choses. Merci à eux d'avoir été présents, dans les bons mais aussi dans les mauvais moments,

À **toi**, pour la patience dont tu as su faire preuve, ton écoute et le regard bienveillant que tu poses sur moi depuis toutes ces années ...

Et à **tous ceux** qui ont participé de près ou de loin dans l'écriture de ce mémoire.

Un grand merci à ces aînés et aînées pour m'avoir tant apporté autant personnellement que professionnellement.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS	4
INTRODUCTION	5
Partie 1 : La personne âgée dépendante en institution	8
I. Le vieillissement normal	8
II. Le vieillissement pathologique	15
Partie 2 : La conscience corporelle : au fil des âges	20
I. La structuration de la conscience corporelle dans l'enfance et ses remaniements à l'adolescence	22
II. La conscience corporelle de la personne âgée dépendante	25
Partie 3 : L'eau, l'élément et ses enjeux	33
I. L'élément EAU	33
II. La médiation EAU en psychomotricité	40
Partie 4 : Apport de la psychomotricité en milieu aquatique, réinvestissement corporel de la personne âgée dépendante	48
I. Le cadre thérapeutique en milieu aquatique	48
II. La psychomotricité : relation soignant/soigné	51
III. Les enjeux de la psychomotricité dans l'eau	52
IV. Prise en charge d'une personne âgée en milieu aquatique : un réel impact sur le réinvestissement corporel favorisant une nouvelle conscience corporelle propre	57
DISCUSSION	76
CONCLUSION	77
TABLES DES MATIÈRES	78
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	84

AVANT-PROPOS

Savoir vieillir

Vieillir, se l'avouer à soi même et le dire,
Tout haut, non pas pour voir protester les amis,
Mais pour y conformer ses goûts et s'interdire,
Ce que la veille encore on se croyait permis.

Avec sincérité, dès que l'aube se lève,
Se bien persuader qu'on est plus vieux d'un jour.
À chaque cheveu blanc se séparer d'un rêve
Et lui dire tout bas un adieu sans retour.

Aux appétits grossiers, imposer d'après jeûnes,
Et nourrir son esprit d'un solide savoir ;
Devenir bon, devenir doux, aimer les jeunes
Comme on aime les fleurs, comme on aime l'espoir.

Se résigner à vivre un peu sur le rivage,
Tandis qu'ils vogueront sur les flots hasardeux,
Craindre d'être importun, sans devenir sauvage,
Se laisser ignorer tout en restant près d'eux.

Vaquier sans bruit aux soins que tout départ réclame,
Prier et faire un peu de bien autour de soi,
Sans négliger son corps, parer surtout son âme,
Chauffant l'un aux tisons, l'autre à l'antique foi,
Puis un beau soir, discrètement, souffler la flamme
De sa lampe et mourir parce que c'est la loi.

François FABIE

INTRODUCTION

L'eau est l'un des quatre éléments fondamentaux composant notre planète. Tout au long de mon enfance l'eau est très présente, et synonyme de bien être, amusement ou encore rencontres. En effet, avec un père Maître Nageur Sauveteur, passer des journées entières à m'approprier cet élément constitue mon quotidien. Je m'y sens incroyablement bien, « comme un poisson dans l'eau », sans en comprendre néanmoins les raisons. Plus tard, ce milieu devient mon terrain de jeu - au sens sportif du terme - dans lequel je peux exprimer des performances au cours de mon parcours d'étudiante, jusqu'à l'obtention d'une licence « Activité Physique Adapté Santé » en STAPS. En intégrant l'Institut de Formation en Psychomotricité, je ressens l'envie d'étudier cet élément. Il m'a suivi tout au long de ma vie. J'ai, par conséquent, envie de l'appréhender d'un oeil plus professionnel avec mes connaissances de future psychomotricienne, afin d'en saisir ses bienfaits sur le corps mais aussi sur l'esprit, d'un point de vue thérapeutique.

L'idée de travailler sur la conscience corporelle me vient suite à mes premiers jours de stage dans un EHPAD, où je me retrouve à faire des prises en soin en balnéothérapie de manière autonome. La marche est alors le premier axe vers lequel j'oriente mon sujet. La diversité de ce thème me demande d'affiner ma réflexion. Mon questionnement se porte alors sur l'intérêt de la marche en psychomotricité. Qu'apporte-t-elle à la prise en soin de la personne par le psychomotricien? Ce qui aiguille mon cheminement sur la conscience corporelle souvent mise à rude épreuve chez ces personnes, mais également tout au long de la vie. Les pratiques corporelles que l'on a eu et que l'on a encore à l'école ont un impact sur mes propres représentations corporelles. L'articulation entre l'eau, la conscience corporelle et la psychomotricité m'intéresse et me questionne.

Je suis actuellement en stage dans un EHPAD qui peut accueillir 60 personnes de façon permanente et 10 personnes en hébergement temporaire. L'âge des résidents va de 59 à 101 ans. Il y a une unité sécurisée et les chambres sont toutes individuelles. L'EHPAD est entouré d'un jardin, il n'y a pas de salle de psychomotricité mais une balnéothérapie, sous forme de piscine, dont se servent la psychomotricienne et les kinésithérapeutes. Tout au long de l'année je suis en autonomie sur des prises en soin en balnéothérapie avec deux personnes, l'une

ayant subi un AVC il y a 6 mois, et l'autre ayant la maladie de Parkinson. Elles sont, toutes deux, très demandeuses pour des séances en balnéothérapie. Leur premier désir est de marcher. Avec mon regard de stagiaire en psychomotricité, la marche vient à la suite de tout un travail autour de la sensorialité, du mouvement et de l'expressivité, pour amener à une réappropriation corporelle afin d'aller vers une meilleure conscience corporelle. C'est pour cela que je me penche sur ce sujet tout en restant attentive à leur demande de départ, qui est la marche avec tout ce que cela représente.

Comment le psychomotricien, en s'appuyant sur la médiation aquatique, peut aider les personnes âgées dépendantes à réinvestir leur corps afin de restaurer leur conscience corporelle? Qu'est ce que la conscience corporelle? Comment évolue-t-elle tout au long de la vie? En quoi l'eau et la psychomotricité sont elles adaptées à cette population? Quels outils cliniques le psychomotricien peut-il utiliser avec cette population et à travers cette médiation, afin de permettre aux personnes âgées de réinvestir leur corps?

Hypothèse 1 : Le corps change tout au long de notre vie, en même temps que nos représentations. En vieillissant, la plasticité neuronale est moins malléable et les adaptations aux changements moins faciles, je suppose donc que la conscience corporelle en pâtit. Le corps étant de moins en moins en mouvement, on observe généralement un repli sur soi qui, de ce fait, engendre une diminution des échanges relationnels. La psychomotricité s'intéresse au corps, mais aussi au corps en relation et au corps dans l'environnement donc elle sera adaptée à cette population.

Hypothèse 2 : Le schéma corporel et l'image du corps sont mis à mal par la diminution de mise en mouvement du corps. L'eau est un facilitateur du mouvement. Je suppose que cette médiation est adaptée à cette population et leur permet de réinvestir leur corps.

Hypothèse 3 : Le mouvement ainsi que la sensorialité peuvent être des pistes de prise en soin. La personne âgée dépendante se retrouve, bien souvent, dans un fauteuil roulant. Celui-ci entraîne une diminution des mouvements ainsi qu'une perte de sensations. La psychomotricité peut amener, à travers le langage corporel, un réinvestissement du corps, de meilleures représentations et par conséquent une conscience corporelle en passant d'un corps douleur au corps plaisir.

Je traiterai dans les deux premières parties de l'évolution de nos représentations corporelles au fil des âges, afin de comprendre où en est la personne âgée dans sa conscience corporelle. Puis dans une troisième partie , je verrai l'élément eau et ses particularités. Enfin, en dernière partie, je m'attacherai à montrer le rôle de la psychomotricité auprès de cette population, à travers la médiation aquatique, dans le but d'une meilleure conscience corporelle pour acquérir un bien être corporel et relationnel avec soi même, les autres et son environnement. Ces parties théoriques seront complétées pour finir par une partie clinique qui me permettra de faire le lien avec la pratique et de faire le point sur mon travail, tout au long de cette année.

PARTIE 1 : LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE EN INSTITUTION

« Nous commençons à vieillir, quand nous remplaçons nos rêves par des regrets. »¹.

« Longtemps perçu comme une usure du temps sur un individu ou comme l'accumulation de séquelles organiques voire même une maladie en soi, le vieillissement est de plus en plus considéré comme un passage obligé teinté de normalité. »². Faire la différence entre vieillesse et vieillissement me semble indispensable avant de commencer mon propos. La vieillesse se définit comme l'état qui caractérise un groupe d'âge particulier, alors que le vieillissement est un processus dynamique que subit un organisme après sa phase de développement.

Le vieillissement est un phénomène dont les retentissements corporels, cognitifs et sociaux sont étroitement liés. Il peut être normal ou pathologique. Il est également courant d'entendre parler de vieillissement habituel, réussi ou pathologique.

I. LE VIEILLISSEMENT NORMAL

Le vieillissement n'est pas un mécanisme spécifique de la dernière partie de la vie. C'est une suite programmée et continue qui débute dès la fécondation et qui va suivre plusieurs phases : le développement, la maturité et la sénescence. Le vieillissement est donc la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques, que l'on nomme vieillissement intrinsèque, et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies³.

¹ Sénèque (philosophe latin)

² Albaret J-M., *Vieillesse et psychomotricité*, Solal, 2001, Paris, p. 11.

³ http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/54_poly_vieillessement_1.pdf

A. Définitions

Le vieillissement normal se définit comme :

- Vieillesse : « *Fait de devenir vieux ou de s'affaiblir par l'effet de l'âge. - Processus physiologique normal que subit tout organisme vivant au cours de la dernière période de sa vie.* ».
- Normal : « *État d'un être vivant, d'un organe qui n'est affecté d'aucune modification pathologique. - Qui sert de règle, de modèle, de référence. - Qui est conforme au type le plus fréquent.* »⁴.

B. Vieillir dans son corps ⁵

La sénescence est l'ensemble des fonctions physiologiques liées au vieillissement. Le vieillissement résulte de l'accumulation progressive, tout au long de la vie, d'infimes lésions des cellules et tissus qui augmentent le risque de maladies chroniques et perturbent les fonctions physiologiques, et sont ainsi à l'origine de fragilité, handicap, dépendance et décès. Il s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. Cette réduction est variable d'un organe à l'autre et d'un individu à l'autre. La population âgée est ainsi caractérisée par une très grande hétérogénéité. En effet, les conséquences du vieillissement peuvent se révéler importantes chez certains sujets âgés et être minimales voire absentes chez d'autres individus du même âge.

1. **Effets du vieillissement sur les métabolismes**

La composition corporelle constitue un état dynamique évoluant de manière constante de l'enfance à la sénescence, et représente un facteur de la qualité du vieillissement. Elle se modifie lors de cette période de vie. Ce changement est déterminé par une diminution de la masse maigre (surtout chez le sujet sédentaire) et notamment une diminution de la masse musculaire, ainsi qu'une augmentation de la masse grasse.

⁴ Rey-Debove J., Rey A., *Le Petit Robert*, Le Robert, 2004, Paris.

⁵ <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/cours.pdf>

2. Effets du vieillissement sur le système nerveux

Le système nerveux central recense de nombreuses modifications neurobiologiques et neuropathologiques au cours du vieillissement parmi lesquelles il faut principalement mentionner : la diminution du nombre de neurones corticaux, de certains neurotransmetteurs intracérébraux et la raréfaction de la substance blanche. Les fonctions motrices et sensibles centrales sont peu modifiées. En revanche, le vieillissement du système nerveux central se traduit par une augmentation des temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques concernant notamment l'acquisition d'informations nouvelles. La diminution de sécrétion de mélatonine par l'épiphyse rend compte, au moins en partie, d'une désorganisation des rythmes circadiens chez les individus âgés et est responsable d'une réduction et d'une déstructuration du sommeil.

La sensibilité proprioceptive diminue. En effet le nombre de fibres fonctionnelles mesurables par l'augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques est en baisse. Cela peut notamment expliquer l'instabilité posturale.

3. Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction de volume des muscles respiratoires rendent compte de la réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement. Les débits expiratoires diminuent notamment par une augmentation du volume aérien non mobilisable en fin d'expiration et une réduction du calibre des bronches distales.

4. Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur

Chez une population d'un certain âge apparaît une modification du mode de déplacement. La marche perd généralement en fluidité. L'explication provient du vieillissement du muscle squelettique se traduisant, sur le plan histologique, par une diminution de la densité en fibres musculaires (principalement de type II), sur le plan anatomique, par une réduction de la masse musculaire et sur le plan fonctionnel, par une diminution de la force musculaire.

Le vieillissement osseux se caractérise par la réduction de la densité minérale osseuse et par la diminution de la résistance mécanique de l'os.

Le vieillissement du cartilage articulaire se caractérise essentiellement par la diminution de son contenu en eau, la réduction du nombre de chondrocytes et la modification de sa composition en glycosaminoglycanes.

Ces modifications génèrent un amincissement du cartilage et une altération de ses propriétés mécaniques à l'origine d'une fragilité.

5. Effets du vieillissement sur la peau

Le vieillissement cutané intrinsèque est caractérisé par une altération du tissu élastique, un épaissement fibreux du derme, un aplatissement de la jonction derme épidermique et une diminution du nombre de mélanocytes. La peau du sujet âgé prend un aspect plus pâle, marquée par des rides et des ridules.

Le sujet âgé doit ainsi s'acclimater aux modifications pouvant être engendrées par le vieillissement et adapter son comportement.

C. Vieillesse perceptive

Les fonctions perceptives du sujet âgé peuvent décliner avec le temps. Une mauvaise réorganisation des informations visuelles, proprioceptives et vestibulaires peut entraîner des déséquilibres et des difficultés notamment au niveau du contrôle postural. Les diminutions de la perception sont généralement en lien avec une dégradation de l'organe sensoriel ainsi que la propagation de l'information et la connexion aux voies centrales.

1. Au niveau de la perception visuelle

La perception visuelle baisse avec le temps. Cela s'explique par une modification des tissus et de la composante de l'oeil. La personne âgée voit, globalement, moins bien qu'au cours de ses années de jeunesse. À cette période de vie, le sujet est véritablement plus sensible à la lumière et met plus de temps à s'adapter. On note aussi une lenteur de l'activité oculomotrice et un remplacement de la poursuite oculaire par des saccades. Il faut que les stimuli soient plus percutants pour être perçus. La vue entre en jeu dans l'équilibre et la marche. Lorsqu'elle fonctionne moins bien celle-ci peut augmenter le risque de chute.

2. Au niveau de la perception auditive

Les modifications de l'audition avec l'âge ne s'expliquent pas seulement par des changements physiologiques. En effet, l'environnement peut y jouer un rôle. Les répercussions d'un déficit auditif sont variables. Cela peut entraîner une hypervigilance se traduisant par un repli sur soi et donc un isolement social. La perception auditive renvoie à la fonction d'orientation. Si celle-ci décline, l'autonomie du sujet sera moins bonne. L'audition n'a pas qu'un rôle d'information sur l'environnement. Elle permet de transformer en écoute et s'articule en terme de signification.

3. Au niveau de la perception tactile

Le toucher est un sens de proximité, contrairement à la vue ou l'ouïe. Il est le premier des cinq sens à se mettre en place et demeure être l'un des plus préservé lors du vieillissement. Ses changements varient individuellement mais des caractéristiques demeurent communes aux sujets âgés. En effet, leur peau devient plus sèche et moins élastique. Ils ont également une perte de sensibilité tactile qui se révèle être plus importante au niveau des pieds qu'au niveau des mains. Par rapport au tact, le sens du mot toucher renvoie au phénomène mécanique impliquant aussi le phénomène émotionnel.

4. Au niveau de la perception proprioceptive

Considérée comme notre sixième sens, la proprioception se définit par la perception totale de notre corps, de sa position et du mouvement de ses différentes parties dans l'espace. Elle regroupe les sensations kinesthésiques et vestibulaires. Les informations proprioceptives sont nécessaires pour maintenir l'équilibre, contrôler et guider les mouvements volontaires. Le vieillissement influe sur cette perception à travers « *une diminution du nombre de récepteurs ligamentaires et capsulaires associée à une raréfaction des récepteurs neurotendineux de Golgi et ceux des fuseaux musculaires participant à une insuffisance générale actualisant un manque de pertinence dans la discrimination proprioceptive* »⁶.

⁶ Albaret J-M., *Vieillesse et psychomotricité*, Solal, 2001, Paris, p. 18.

D. Vieillir dans sa tête

Le sujet âgé vit une période de changements tant au niveau physique que psychologique, cognitif et affectif.

Il existe différents systèmes de mémoire : la mémoire de travail, la mémoire épisodique, la mémoire sémantique et la mémoire non déclarative. Ces différents aspects de la mémoire présentent un caractère hétérogène. Des modifications liées à l'âge varient en fonction des tâches utilisées par la mémoire.

Les capacités intellectuelles peuvent être altérées lors du vieillissement normal tout en restant hétérogènes. Les habiletés verbales subissent peu de modifications contrairement au raisonnement inductif et au traitement perceptif qui diminuent fortement.

Les personnes âgées voient leurs capacités cognitives régresser progressivement ce qui peut impacter sur leur narcissisme et leur estime d'elles-mêmes.

De plus, **Michel TOURNIER** met en avant l'importance de l'aspect relationnel dans la sensation de vieillir. Pour lui, « *être jeune, c'est n'avoir perdu personne encore* »⁷. La perte progressive des proches de sa génération renvoie à une solitude pouvant accélérer le processus de vieillissement.

E. Vieillir aux yeux de la société ⁸

Dans notre société, nous considérons qu'une personne entre dans la vieillesse à 65 ans. Cela correspond au passage de la vie active à la retraite qui est actuellement amené à retarder de plus en plus. Le « Vieux » existe dans la société en tant qu'ancien travailleur mais il n'y a pas, à proprement parlé, de reconnaissance de l'action publique. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est la principale prestation d'aide sociale concernant cette population selon certaines conditions.

⁷ Tournier M., *Petites proses*, Folio, 1986, Paris.

⁸ Weber F., *Handicap et dépendance. Dramas humains, enjeux, politiques*, Rue d'Ulm, 2011, Paris.

La société considère les personnes âgées comme des êtres en fin de vie. Les familles sont dépendantes de leur perte d'autonomie. Ils peuvent être source de rejet par peur de leurs aspects corporels. La tentation d'oublier qu'ils n'ont pas été âgés toute leur vie n'est jamais très loin.

La personne âgée peut, consciemment ou non, intérioriser cette *stigmatisation*⁹ du vieillissement entraînant un effet sur son corps avec notamment une position de repli, de fermeture à l'autre et de ce fait à son environnement. Le regard que la société pose sur elle, la renvoie à un sentiment d'inutilité pouvant impacter sur son image corporelle. Il est important de redonner, à ces personnes, une place à leurs capacités restantes afin d'éviter un désinvestissement corporel.

Chaque individu a son propre vieillissement. C'est un processus variable révélant de données objectives mais aussi subjectives, notamment au niveau de la représentation que chacun se fait de son vieillissement.

⁹ Terme employé par Goffman E., dans *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, De minuit, 1975, Paris.

II. LE VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE

Après avoir détaillé les nombreuses modifications apparaissant lors du vieillissement normal, je vais mettre en avant le vieillissement d'un autre point de vue. À côté des modifications que subit le corps des personnes âgées liées au temps, cette population peut être la cible de maladies spécifiques. C'est ce que l'on appelle plus communément le vieillissement pathologique. Je traiterai plus spécialement les aspects neurologiques, psychiques et l'entrée dans la dépendance.

A. Les aspects neurologiques

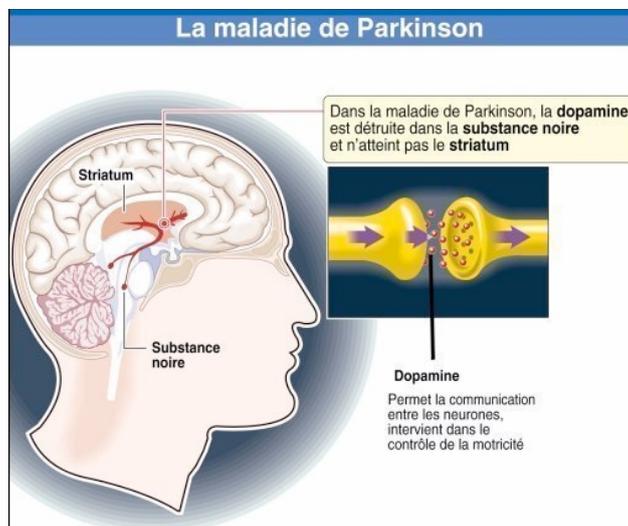
Dans le vieillissement, que l'on définit comme pathologique, peut survenir des démences ou encore des maladies neuro dégénératives. Dans les années 1990, les démences faisaient parties intégrantes du champ de la psychiatrie. Aujourd'hui, nous sommes dans un concept neurologique grâce aux avancées techniques qui ont permis de mettre en exergue des origines neurophysiologiques et neurologiques à ces démences.

Il en existe principalement trois types :

- Démences corticales : les cellules grises des neurones sont à la surface du cerveau. Dans les démences corticales, le plus souvent, ce sont des maladies d'Alzheimer ou des maladies qui atteignent d'autres zones du cerveau au niveau temporal ou cortical postérieur.
- Démences sous corticales : se retrouvent à l'intérieur du cerveau avec les noyaux gris centraux ou la substance blanche/noire. Suivant la manifestation des troubles chez les personnes des tableaux différents sont présents. On retrouve la démence à corps de Lewy, la démence liée à la maladie de Parkinson, les paralysies supra lobaires progressives, les dégénérescences cortico basales, la maladie de Huntington, etc.
- Démences vasculaires : il s'agit d'une démence pouvant arriver dans les six mois après un Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

Je vais principalement traiter la démence sous corticale à travers la maladie de Parkinson car c'est celle que je retrouve dans mon cas clinique.

🧠 La maladie de parkinson



James PARKINSON fut le premier, en 1817, à détailler cette pathologie qu'il nomma « paralysie agitante » et qui porte maintenant son nom ¹⁰.

C'est la deuxième maladie neuro-dégénérative la plus fréquente. L'âge moyen de début se situe autour de 60 ans. La prévalence est de 150 malades pour 100000 habitants. Elle touche 1 à 2% de la population après 65 ans ¹¹.

Il s'agit d'une affection neurodégénérative chronique. Cela signifie que c'est un processus évolutif, neuronal avec dégénérescence qui, au fur et à mesure, entraîne une perte d'autonomie. Les troubles moteurs apparaissent en premier lieu, suivis des troubles cognitifs, à l'inverse de la démence à corps de Lewy.

La maladie de Parkinson est une maladie chronique avec **une triade symptomatique** :

- Le tremblement : il est question des tremblements de repos qui disparaissent lorsque le patient fait une action ou maintient l'attitude.

¹⁰ Albaret J-M., *Vieillesse et psychomotricité*, Solal, 2001, Paris, p. 50.

¹¹ <http://infocom.ca/rea-pathologies/maladie-de-parkinson/>.

- La lenteur ou akinésie : il s'agit d'une difficulté à initier le mouvement . Elle est responsable de difficultés dans les coordinations bimanuelles, dans les praxies idéomotrices, dans la communication non verbale. Cependant, alors que le sujet porteur de la maladie de Parkinson présente d'énormes difficultés à se mouvoir et ceci d'autant plus que la maladie progresse, les patients présentent une akathisie ¹².
- La rigidité ou hypertonie : se traduit par une tension excessive des muscles, créant des douleurs musculaires ou tendineuses et une sensation de raideur. Cette rigidité concerne les articulations et principalement les muscles situés autour de la colonne vertébrale mais peut atteindre l'ensemble des muscles du corps. Des déformations de la posture peuvent alors être observables ¹³.

Au delà de cette triade symptomatique, le patient porteur de la maladie de Parkinson va également présenter des signes de troubles psychologiques, comme la dépression ou des signes d'atteinte de l'humeur. Des troubles sensitifs, du sommeil, de la parole ou encore somatiques peuvent également être associés.

La perte des **neurones dopaminergiques** est caractéristique de cette maladie. La dopamine est une protéine impliquée dans la boucle sous corticale intervenant dans la régulation du mouvement. Cette protéine se trouve dans le locus niger, au niveau du tronc cérébral du mésencéphale. Les neurones disparaissent à cet endroit chez une personne à qui on diagnostique la maladie de Parkinson. Dans un stade très avancé, les neurones dopaminergiques, localisés à l'extérieur du locus niger et dans le système nerveux végétatif, meurent également. Cela entraîne d'autres troubles comme les troubles cognitifs, de la déglutition ou encore une hypotension orthostatique signifiant une chute de la pression artérielle systolique.

Cette maladie recense deux phases. Dans un premier temps, la **phase de début**. Les premiers signes sont souvent insidieux, asymétriques : ce sont les tremblements dans 80% des cas. Tous les mouvements spontanés sont laborieux et entravés. Les patients souffrant de la maladie de Parkinson vont être amimiques avec peu de clignements de la paupière et une perte de ballant du bras.

¹² Albaret J-M., *Vieillesse et psychomotricité*, Solal, 2001, Paris.

¹³ www.franceparkinson.fr

Cette phase de début est donc caractérisée par un syndrome akineto-hypertonique. Dans un second temps, il peut y avoir des troubles posturaux avec une hypertonie axiale et une camptocormie. Les patients marchent à petits pas et ont des freezing. Le risque de chute est très important du fait d'une posture entravée. Il s'agit de **la phase d'état**.

Dans le cas des maladies neuro dégénératives, le sujet vit une rupture biographique où le deuil du Moi est nécessaire afin de laisser place à l'acceptation d'un nouveau Moi, qui est cependant moins performant.

B. Les aspects psychiques : la dépression

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression est « *un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration. Elle peut être de longue durée ou récurrente ... dans les cas les plus graves elle peut conduire au suicide.* »¹⁴.

La dépression peut apparaître à la suite de l'annonce d'une maladie. Il s'agit dans ce cas d'une pathologie associée grave, douloureuse et invalidante. Elle est très présente en gériatrie mais trop souvent banalisée. On retrouve comme signes significatifs des manifestations psychomotrices, au premier plan, avec une baisse ou une absence de la mise en action du corps avec parfois un déni de celui-ci. La dépression peut aussi se manifester sous forme d'agressivité, même si cela reste plus rare. La personne va projeter son mal être sur autrui. Cette pathologie peut survenir suite à une rupture dans l'adaptation du sujet. Une fracture et/ou un problème somatique peuvent faire basculer la personne dans la dépression. On note une expression psychomotrice de la dépression propre à la personne âgée. En effet, on retrouve un repli, une réduction du périmètre de la marche et une réduction des fonctions psychomotrices.

¹⁴ Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/fr/>.

C. Vers la dépendance

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement ¹⁵. Elle est intrinsèquement liée à une perte d'autonomie.

La pathologie est une des causes de cette perte d'autonomie chez les personnes âgées et entraîne bien souvent l'entrée en institution. La dépendance peut être **physique** ou **psychique**. Dans les deux cas elle engendre un sentiment d'insécurité pouvant réactiver des comportements archaïques. Pour **John BOWLBY** « *Les représentations d'attachement sont actives depuis le berceau jusqu'à la tombe.* »¹⁶.

SYNTHÈSE PARTIE 1

.....

Le vieillissement qu'il soit normal ou pathologique est synonyme, dans la majorité des cas, de pertes. En institution, les personnes âgées sont dépendantes, leurs corps se retrouvent aux prises d'un fauteuil et sont de moins en moins en mouvement. Je vais dans un deuxième chapitre m'intéresser tout particulièrement au concept de conscience corporelle afin de comprendre où se situe la personne âgée dans son lien au corps.

¹⁵ Belmin J., *Collège National des Enseignements en Gériatrie. Vieillesse (2nd édition)*, Elsevier - Masson, 2010, Paris.

¹⁶ Bowlby (1980) dans Guedeney N., *L'attachement, un lien vital*, Fabert, 2011, Paris, p. 5.

PARTIE 2 : LA CONSCIENCE CORPORELLE : AU FIL DES ÂGES

« On peut fermer les yeux,
et mettre son système visuel au repos,
mais on ne peut jamais faire abstraction de son corps. »¹⁷

D'après **Antonio DAMASIO**, médecin et professeur de neurosciences, « *La conscience existe parce qu'elle vient d'un organisme vivant, avec un corps et un cerveau capable de se représenter le corps.* »¹⁸. Il met en avant le lien avec le schéma corporel.

La conscience corporelle pour **Eric PIREYRE**, psychomotricien, « *peut trouver son origine dans l'équipement neurosensoriel. Prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle. C'est donc se confronter à la réalité corporelle vécue (...) en se situant à l'interface de la sensibilité somato-viscérale et des processus représentationnels, elle permet l'accès à certaines composantes de l'image du corps* »¹⁹. Pour lui, la conscience corporelle est à envisager comme un processus favorisant la focalisation de l'attention sur une sensation corporelle entamant un dialogue entre les informations sensorielles et les représentations de l'image du corps.

Alex MUCCHIELLI, spécialiste de l'analyse des situations sociales vécues, ajoute que « *c'est l'ensemble de nos sensations qui nous rappellent constamment que « nous sommes nous »* »²⁰. Pour lui, la constitution du schéma corporel, permettant d'accéder à la conscience du positionnement de son corps dans l'espace, est une étape importante dans la conscience du sentiment corporel.

¹⁷ Zimmer, 2006

¹⁸ Damasio A. dans Dortier J-F., *Le cerveau et la pensée : le nouvel âge des sciences cognitives, Sciences Humaines*, 2014, Auxerre.

¹⁹ Pireyre E., *Clinique de l'image du corps*, Dunod, 2015, Paris, p. 207.

²⁰ Mucchielli A., *L'identité*, Puf, 2013, Paris.

La conscience corporelle est pour moi le lien reliant une personne à son corps. Elle s'appuie sur le schéma corporel et l'image du corps. Ces deux notions font l'objet d'avis controversés. De nombreux auteurs se sont d'ailleurs essayés à en proposer une définition.

Afin d'évoquer les concepts de schéma corporel et d'image du corps, il est nécessaire de se tourner vers des domaines tels que la neurophysiologie, la psychologie génétique, la phénoménologie et la psychanalyse. En effet, le terme de schéma corporel relève plus fréquemment de la neurologie ou de l'équipement neurosensoriel et renvoie donc à la posture. Tandis que celui d'image du corps s'inscrit dans les champs de la psychanalyse et de la psychologie et renvoie à l'attitude. Mais il est difficile de penser que l'un peut agir sans l'autre. Cela reviendrait à « *vouloir ôter à la posture ce qui la transforme en attitude* »²¹.

Cette partie va me permettre de comprendre comment se construit la représentation du corps dans l'enfance. À l'adolescence, le schéma corporel et l'image corporelle mis en place dans l'enfance vont être remaniés. La conscience corporelle évolue et passe par différents stades en fonction de l'histoire de vie de chacun et des diverses expériences. Lorsque le sujet vieillit, son corps et ses capacités à se mouvoir vieillissent avec lui comme nous l'avons vu dans la première partie. Il est donc évident que la conscience corporelle reste en lien étroit avec ces changements et modifications au cours du temps.

²¹ Pireyre E., *Clinique de l'image du corps*, Dunod, 2015, Paris.

I. LA STRUTURATION DE LA CONSCIENCE CORPORELLE ET SES REMANIEMENTS À L'ADOLESCENCE

« Le trajet d'une vie est l'entrelacement de multiples parcours. Plusieurs personnages évoluent en se heurtant, se provoquant, se complétant ; ils coopèrent pour construire une personne indéfinissable qui manifeste son existence chaque fois qu'elle ose dire « je ». Au cours de cette construction, chacun de ces personnages trace son chemin, mais ils sont constamment dépendants les uns des autres, ce qui permet à la personne qu'ils deviennent d'être à la fois multiple et unitaire. »²².

La conscience corporelle n'est pas un processus figé qui, une fois mis en place, sera inébranlable jusqu'à la fin de la vie. Elle évolue en adéquation avec les modifications physiques, l'environnement et nos expériences.

A. Chez l'enfant : vers l'appropriation d'un corps propre

« *Le bébé est un personne* » écrit **BRAZELTON**. C'est dans le mouvement et dans le bain sensoriel qui découle des trois sphères relationnelles, relation à soi, à l'autre, et à l'environnement, que l'enfant découvre et construit ce qu'il est. **Donald WINNICOTT** a dit qu' « *un bébé seul n'existe pas* »²³, l'Homme se construit à partir de l'affect de l'autre et ses expériences motrices conjointement. Il met en avant l'importance de l'environnement dans la construction de l'enfant.

La représentation du corps s'élabore sur trois points indissociables²⁴ :

- Le schéma corporel
- L'image du corps, représente pour **SCHILDER** la synthèse d'un modèle postural du corps, d'une structure libidinale et d'une image sociale. **Jacques LACAN** aborde la notion d'image spéculaire qu'il associe à l'image du corps. Le stade du miroir façonne la personnalité et permet une identification servant de support à l'unification.
- L'aspect phénoménologique propose le corps comme être au monde.

²² Albert Jacquart, *Mon utopie*

²³ Winnicott D. W., *L'enfant et le monde extérieur*, Payot, 1989, Paris, p. 107.

²⁴ Scialom P., Giromini F., Albaret J-M., *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Solal, 2011, Paris, p202

« Nous n'avons pas toujours été conscients d'avoir un corps bien à nous. Porté, baigné, objet de tous les soins de notre mère, ce sentiment est venu petit à petit. Nos faims, nos soifs, nos rougeurs, nos petits plis douloureux, nos fesses attaquées par l'acidité de l'urine, nos maux de dents qui dérangent notre confort, rien n'avait de secret pour elle et elle n'avait qu'à nous écouter pour savoir nous rassurer, nous faire retrouver cette continuité de soi si nécessaire. »²⁵.

Les polarités sensorielles constituent des repères primordiaux de la construction du corps dans les premières années. Au départ, l'enfant reçoit un grand nombre de sensations qu'il va vivre sur un mode sensori-tonique. **André BULLINGER** parle de la coordination des flux sensoriels et de la sensibilité profonde permettant de constituer la fonction proprioceptive. Le tonus est le premier mode de communication du bébé lui permettant de transmettre ses affects et ses besoins. La sensori-tonicité, les matériaux psychiques et le lien à autrui constituent ce qu'**Anne-Marie LATOUR** appelle le « moi psychomoteur de l'enfant ». Celui-ci, constitué sur une base sensori-tonique et représentative soutenue et remaniée par l'action et les perceptions, permet la construction des premières fonctions psychomotrices : co-modalisation des sensorialités, l'enveloppe et la régulation tonique. Les flux sensoriels participent à cette régulation tonique amenant à une conquête progressive du corps propre selon des schèmes sensori-toniques programmés, abordés aussi par **Jean PIAGET, André BULLINGER et Suzanne ROBERT-OUVRAY**. Dans un mouvement de décentration et de différenciation dedans/dehors, l'enfant peut « instrumentaliser son corps »²⁶. Il peut ainsi utiliser son corps comme moyen de connaissance de son environnement et tout en continuant l'exploration et le développement de ses propres capacités psychomotrices comme l'organisation corporelle, la différenciation et localisation des sensorialités, les fonctions instrumentales et l'érection de l'axe. Cette étape, telle que décrite par **Anne-Marie LATOUR**, est primordiale pour la genèse de l'axe corporel, permise par les premiers schèmes moteurs (l'enroulement-déroulement, le retournement, le repoussé). Cela donne le premier sentiment de sécurité à l'enfant par la verticalité. Ainsi par la conscience de l'axe, se construit toute l'orientation du corps dans les trois dimensions de l'espace : droite/gauche, haut/bas, devant/derrière.

²⁵ Potel C., *Être psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir*, Éres, 2010, Toulouse, p.70.

²⁶ Latour A-M., « La pataugeoire : un corps à explorer et connaître », *Thérapie psychomotrice -et Recherches-*, n°159, p.49, 2009.

Julian DE AJURIAGUERRA parle du corps vécu, perçu, connu et enfin représenté.

B. L'adolescence : le temps des changements

Nous sommes tous en tant qu'être vivant, tout au long de notre vie, en éternel changement. L'adolescence correspond à une période charnière pour le sujet se situant entre l'enfance et l'âge adulte. Elle est marquée par de nombreuses transformations tant au niveau physique que psychique.

1. **L'enjeu de la puberté : les changements physiques**

L'entrée dans l'adolescence est initiée par la puberté se définissant comme « *un processus qui démultiplie la croissance du corps et le rend apte à procréer.* ». ²⁷ Elle débute en moyenne, entre 10 et 13 ans chez les filles et entre 11 et 14 ans chez les garçons. Un bouleversement hormonal y est associé. L'appareil reproducteur devient mature, les premières règles apparaissent chez la fille et les premières éjaculations chez le garçon. Les caractères sexuels secondaires se développent, le corps se transforme. Mais ce ne sont pas les seules transformations. En effet la croissance en taille et en poids peut être importante à cette période. L'adolescent va, petit à petit, devoir s'approprier son nouveau corps. Les modifications corporelles impliquent une déstabilisation du schéma corporel et des transformations en matière d'image de soi.

2. **Les changements psychiques à l'adolescence**

L'adolescent doit s'adapter à de nouveaux repères, son image du corps est en remaniement. C'est une période où les pulsions réapparaissent. Durant l'enfance la pulsion sexuelle est principalement auto érotique. À la puberté, elle trouve l'objet sexuel, ce qui amène l'adolescent à perdre la maîtrise de son corps qu'il pensait acquise durant l'enfance. **Françoise DOLTO** parle du « complexe du homard » comme le besoin de se construire une carapace extérieure pour cacher sa grande vulnérabilité interne ²⁸.

Les remaniements psychiques et corporels à l'oeuvre dans cette crise d'adolescence, leur font vivre des sentiments d'étrangeté corporelle parfois insupportables.

²⁷ Pommereau X. dans Marzano M., *Dictionnaire du corps*, Puf, 2007, Paris, p. 22.

²⁸ Dolto F., *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Folio, 2007, Paris.

II. LA CONSCIENCE CORPORELLE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

« Le corps est le lieu de l'histoire et de la préhistoire de chacun. Il est le réceptacle incarné d'une mémoire corporelle souvent ignorée, et qui pourtant nous constitue et nous relie à nos origines, à nos premières expériences d'être. »²⁹.

Le schéma corporel et l'image du corps s'élaborent sur la base de la sensorialité et du mouvement. Si l'on part de ce postulat, il est plausible d'observer une modification de celui-ci dès lors que l'immobilité ou l'immobilisation apparaît. Le vieillissement, comme nous l'avons vu précédemment, recense des répercussions non négligeables sur la sensibilité, le ralentissement de l'information nerveuse ou encore la mobilité du corps. Ces paramètres rentrent en jeu dans la conscience corporelle. Lorsqu'une personne âgée se retrouve face à une pathologie diminuant ses capacités, elle a souvent tendance à se restreindre d'elle-même, sûrement par manque de confiance et peur de ne pas y arriver. L'institution peut également jouer un rôle dans ce genre de cas.

Vignette clinique : Lors de mon stage, j'ai pu entendre le personnel soignant demander à Mme M, résidente chutant régulièrement, de ne pas se lever seule afin de lui éviter de tomber une nouvelle fois. Cela ne l'incite pas à se mouvoir. On peut donc imaginer que les pertes s'accélèrent et qu'elles auront des conséquences sur l'image que la personne va avoir d'elle-même. Il est déjà difficile de se souvenir d'un passé où elle était en « meilleur état physique ».

²⁹ Potel C., *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Ères, 2009, Toulouse.

A. Les conséquences du vieillissement pathologique sur le schéma corporel et l'image du corps

1. Le schéma corporel

La notion de schéma corporel date du début du XXème siècle. Elle a été introduite par **BONNIER** d'une part, puis par **HEAD**. Selon eux, le cerveau dispose d'une représentation **inconsciente, pré-consciente et consciente du corps** : le schéma corporel. Cette représentation permet un ajustement automatique de nos mouvements à notre environnement.

Le carrefour temporo-pariéto-occipital est une zone associative correspondant à l'aire 40. Cette aire est le territoire de la représentation spatiale extérieure et du schéma corporel.

Il faut se raccrocher à plusieurs visions en essayant de dégager les aspects essentiels afin de comprendre cette notion. Une pluralité d'auteurs a employé une multitude de termes afin d'évoquer la même chose. Notamment WERNICKE-FOERSTER en 1894 et sa « somatopsyché », HEAD en 1926 et son « schéma postural », ou encore VAN BOGAERT en 1934 et son « image de soi ». On retrouve également la notion de « corps propre » de WALLON en 1931 puis la « conscience de soi ». Il est le premier à parler de « conscience corporelle ». ZAZZO va quant à lui, en premier lieu, évoquer « l'image du corps » et « conscience de soi » en 1962, puis la « représentation de soi » en 1966. L'image de notre corps aurait une dominance physique, « *de notre corps de chair* » comme le dit LHERMITTE, une dominance psychologique avec le problème de l'identification comme le soulève NACHT, et enfin une dominance sociale³⁰.

Le schéma corporel est plastique, il **évolue** en fonction des modifications de notre corps, de notre environnement, de nos expériences. Il est donc en partie lié à notre vécu, à notre environnement mais également à une composante neurologique. Il est la mémoire de notre structure corporelle et se construit grâce aux expériences motrices et sensorielles. Un schéma corporel structuré permet à l'enfant de se situer, se déplacer dans l'espace, d'adapter sa posture, son tonus en fonction des

³⁰ Wittling M., « Ontogenèse du schéma corporel chez l'Homme », *L'année psychologique*, 1968, Vol. 68, n°1, p. 185-208.

situations, d'organiser ses praxies, de coordonner et dissocier le haut, le bas ainsi que les deux côtés de son corps.

Le schéma corporel semble être propre à notre espèce pour **Françoise DOLTO**. Il nous spécifie en tant que représentant de notre espèce. Le schéma corporel est un terme à connotation neurophysiologique qui relève essentiellement du registre sensori-moteur. Sa base est neurophysiologique. Il correspond aux différentes projections corticales de cette sensorialité.

Le vieillissement psychomoteur entraîne une diminution des mouvements. Le corps étant moins sollicité, l'ensemble des sensations kinesthésiques, vestibulaires, visuelles, tactiles, auditives et même olfactives est réduit à minima. Le schéma corporel tend alors à se déstructurer. Les différents mouvements et perceptions se dégradent par la diminution des espaces sensoriels engendrant une perte des informations et influant ainsi sur leur intégration. Le corps est de moins en moins armé pour se déplacer. Il est le plus souvent confiné dans un fauteuil donnant un sentiment de sécurité souvent recherché par ces personnes. Ce nouvel espace dans lequel se trouve le corps (le fauteuil étant) peut être considéré comme une extinction du bain sensoriel. L'espace corporel et l'environnement sont de plus en plus réduits et les champs d'action limités.

2. L'image du corps

Paul Ferdinand SCHILDER fut le premier à proposer une théorie de l'image du corps mais il sème néanmoins le doute en assimilant les termes « schéma corporel », « image du corps », et « modèle postural du corps »³¹. En mettant l'accent sur les aspects relationnels de l'image du corps, la personne ne perçoit son corps, selon lui, comme un tout qu'après avoir accédé à l'adolescence.

Françoise DOLTO tente de préciser les propos de **Paul Ferdinand SCHILDER**. Pour elle « *l'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. Elle est spécifique d'une libido en situation, d'un type de relation libidinale* »³². L'image corporelle semble donc être une représentation mentale de ce qu'est notre corps-expression. Elle s'élabore par un investissement libidinal et est constituée de perceptions et représentations mentales de notre corps.

³¹ Pireyre E., *Clinique de l'image du corps*, Dunod, 2015, Paris.

³² Dolto F., *L'image inconsciente du corps*, Points, 1984, Paris.

Elle se construit par les expériences agréables ou douloureuses, au travers du regard des autres. Elle est composée de trois sous-unités : image de base, image fonctionnelle et image des zones érogènes. **Françoise DOLTO** considère comme étant le support de notre narcissisme. Ces images du corps qui sont au départ morcelées vont être, au travers du stade du miroir, unifiées.

En psychomotricité, **Eric PIREYRE** va quant à lui aborder la notion « d'image composite du corps ». Il définit ainsi neuf sous composantes de l'image du corps :

- **La continuité d'existence** se base sur les sensations, les émotions et le dialogue tonique. Elle donne un sentiment de sécurité au sujet,
- **L'identité** : sa construction s'élabore dans le cortex sensoriel, à partir de la sensorialité et du dialogue tonico-émotionnel,
- **L'identité sexuée** correspond à l'image érogène pour **Françoise DOLTO**,
- **La peau** peut être à la fois psychique et physique, selon les références aux travaux de **Didier ANZIEU** sur le Moi-Peau,
- **L'intérieur du corps** dépend de la construction d'axe corporel et du tonus. Ce qui empêche l'enfant de visualiser l'intérieur de son corps comme un long tube vide,
- **Le tonus** est le point d'articulation entre le physiologique et l'affectif. Il est étroitement lié au relationnel,
- **La sensibilité somato-viscérale** correspond pour lui à ce que d'autres appellent le schéma corporel,
- **Les compétences communicationnelles**,
- **Les angoisses corporelles archaïques** ³³.

Il ajoute de nouvelles composantes à cette image du corps qui vont nous permettre, en tant que psychomotricien, de mieux comprendre et ainsi mieux se l'approprier.

L'image du corps semble propre à chacun d'entre nous. Elle est liée à notre histoire et à ce que nous sommes. Cette image appartient à deux domaines : celui de l'imaginaire et du symbolique. L'élaboration d'une bonne image du corps nécessite l'intégration adéquate du schéma corporel. Celui-ci s'étaye, se construit grâce aux expériences motrices et sensorielles. De l'expérience, même la plus archaïque, émerge la sensation et le mouvement qui vont, par le biais des perceptions, permettre au sujet d'accéder à des représentations.

³³ Pireyre E., *Clinique de l'image du corps*, Dunod, 2015, Paris.

L'un et l'autre sont **intimement liés et complémentaires** dans le réinvestissement corporel et la conscience corporelle de la personne âgée.

La personne âgée doit faire face à de nombreux changements lors du vieillissement et notamment en cas de pathologies. Tout d'abord, elle doit s'acclimater à des changements corporels et à des capacités n'allant pas en s'améliorant. Tout ceci s'inscrit au niveau de l'image du corps en la modifiant. De plus, on retrouve régulièrement, avec cette population, une dépréciation de soi. En effet, la vision d'un corps usé et moins performant peut engendrer une vision négative de celui-ci, pouvant aller jusqu'à freiner les personnes dans l'utilisation de leurs capacités restantes. L'image du corps se construit également dans le regard d'autrui. Cependant, le sujet âgé en institution est également face à des pertes au niveau affectif ce qui modifie ses relations. De même, les relations qu'il entretient avec ses pairs malades peuvent lui renvoyer une image négative de lui même.

B. L'impact de la douleur dans le réinvestissement corporel

La douleur est le premier symptôme chez la personne âgée en institution. En revanche, elle n'est pas toujours exprimée. En effet une personne sur deux va en faire part. En physiopathologie, il y a une diminution des nocicepteurs (récepteurs liés à la perception de la douleur) et des fibres afférentes. La sensibilité de perception de la douleur est en baisse, cependant les personnes la ressentent et peuvent être débordées par celle-ci. Une modification dans sa modulation est également remarquée.

L'association Internationale d'Etude de la Douleur (International Association For The Study Of Pain (IASP)) définit la douleur comme une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ³⁴. Cette définition met en valeur la dimension subjective de la douleur. Il est possible de distinguer trois grands types de douleur selon leur profil évolutif : douleur aiguë, douleur procédurale, induite par le soin, et douleur chronique.

³⁴ <http://www.sfetd-douleur.org/definition>

Le corps de la personne âgée est avant tout conditionné par la question des limites, avec notamment celles de mobilité ou d'actions sur l'environnement. Les soins peuvent également être vécus comme invasifs, malmenant le corps. Quand celui-ci vieillit, des réaménagements économiques sont induits, plus particulièrement dans les déplacements, dans la gestualité, avec notamment des risques de chute de plus en plus importants. Dans le contexte du vieillissement, la douleur joue comme une entrave supplémentaire impactant le tonus du sujet, l'image qu'il a de lui-même, le schéma corporel, l'organisation gestuelle, la posture, les repères temporels spatiaux. En effet, l'espace se réduit, le temps se désynchronise, les rythmes sont perturbés. Toutes ces limitations viennent restreindre les possibilités relationnelles vis à vis de son environnement et ainsi affecter la conscience corporelle.

La douleur peut entraîner un désinvestissement du corps ou au contraire un surinvestissement de la partie douloureuse. Parfois ce surinvestissement s'établit sur un mode narcissique faisant de cette douleur le mode électif de relation et d'échange avec l'entourage. On retrouve là, la valeur de communication de la douleur.

Le psychomotricien doit prendre en compte cette qualité du ressenti corporel et la place qu'il occupe dans l'organisation psychomotrice de la personne âgée. Celle-ci peut mettre en place différentes dynamiques face à cette douleur :

- **La dynamique négative** : la douleur désorganise et prend le pas sur la perception d'autres choses qu'elle-même. La personne peut être complètement vouée à sa douleur figeant alors le corps. Les gestes sont de plus en plus rares, l'espace perçu est amoindri et peut même être réduit au seul volume du corps.

- **La dynamique de l'évitement** : la personne s'organise de telle manière qu'elle essaye d'éviter la douleur aussi souvent et longtemps que possible. Il s'agit d'un mécanisme de défense.

- **La dynamique de la déconnexion** : Le sujet tente de faire taire sa douleur. Il rentre dans une dynamique de mouvements afin d'éviter d'y penser. Il s'agit d'un processus auto-calmant qui recouvre des bénéfices mais aussi des limites. En effet, en étant active, la personne évite de s'écouter mais la douleur est déconnectée du corps.

- **La dynamique de l'incorporation** : le patient douloureux, surtout chronique, a tendance à apprivoiser la douleur afin de la faire sienne et l'incorporer comme une partie de lui-même. Elle se personnifie. La personne écoute, se représente sa douleur, et lui donne une fonction. Elle est assimilée à une expérience du corps.

Les différentes dynamiques à l'oeuvre dans la perception de la douleur sont diversifiées. Le psychomotricien doit mettre en place un mouvement d'accompagnement vers un vécu d'expériences corporelles positives. Les émotions négatives peuvent, elles aussi, être bénéfiques pour la personne. Le patient peut éprouver un certain plaisir à reconnaître sa douleur, la contrôler, l'éloigner, la faire revenir. Ce vécu d'expérience corporel passera par le réinvestissement du corps propre et de l'attention à soi.

Vignette clinique : Madame M., résidente âgée de 78 ans que je rencontre le vendredi après midi en séance de balnéothérapie, a des douleurs au niveau dorsal. On lui a diagnostiqué la maladie de Parkinson. Au niveau de la perception de sa douleur, elle est dans une dynamique négative. Sa douleur fige son corps. Elle apprécie cependant le temps consacré à l'apaisement de celles-ci grâce au jet massant.

C. La neuro plasticité chez les sujets âgés

L'homonculus de **PENFIELD** correspond à l'un des premiers éléments structurels du schéma corporel. Il montre la potentialité du développement neuronal. À la naissance, les neurones sont d'abord indifférenciés sans fonction déterminée, puis ils se spécialisent par zones. Certains neurones restent cependant non spécialisés et constituent ce que l'on nomme « plasticité cérébrale ». Lorsque des neurones sont atteints ou non/dys fonctionnels, le relais s'effectue par ces neurones non spécialisés.

La plasticité du système nerveux doit rester active tout le long de notre vie car notre existence comporte de nombreux événements nécessitant une adaptation de notre schéma corporel. À « l'âge de la vieillesse », bien que moins efficiente que dans l'enfance, la plasticité neuronale joue encore un rôle dans l'adaptation aux changements corporels survenant à cette période.

Selon **Dominique LAMBERT** et **René REZSÖHAZY**, « *La plasticité est la propriété des systèmes à se déformer de manière cohérente et autonome, pour répondre à des sollicitations internes ou externes.* »³⁵.

Geneviève PONTON reprend les trois types de plasticité neuronale définis par **Catherine MALABOU** à savoir ³⁶ :

- La plasticité de développement
- La plasticité de modulation ou d'apprentissage
- La plasticité de réparation

Nous voyons bien que ces trois types peuvent s'apparenter aux différents stades de la vie.

D'après une réflexion d'**Alain PROCHIANTZ**, **Geneviève PONTON** convient de dire que « *la neuro plasticité est le levier à partir duquel l'expérience vécue réorganise la conscience corporelle sans limite de temps* »³⁷. La plasticité neuronale est un mécanisme permettant la compensation du vieillissement et des perturbations qu'il peut éventuellement entraîner.

SYNTHÈSE PARTIE 2

.....

Après avoir succinctement détaillé la conscience corporelle au fil des âges, il me semble intéressant de permettre à ces personnes une remise en mouvement de ce corps usé et, dans certains cas, porteur de handicap. Cette mise en action permet de retrouver une relation privilégiée avec celui-ci et ainsi le mettre face à de nouvelles sensations. Cela leur permettra de réinstaurer un lien étroit avec leur corps et de réactualiser leur sentiment d'exister. Je vais tenter, dans un troisième chapitre, d'apporter des renseignements sur la pertinence de l'utilisation de l'eau avec cette population afin de permettre un réinvestissement corporel et narcissique de soi.

³⁵ Lambert D., Rezsöhazy R., *Comment les pattes viennent aux serpents : essai sur l'étonnante plasticité du cerveau*, Flammarion, 2004, Paris.

³⁶ Ponton G., « La réorganisation de la conscience corporelle », *Congrès du SNUP*, 2011, Strasbourg.

³⁷ Ibid.

PARTIE 3 : L'EAU, l'élément et ses enjeux

Catherine POTEL parle de l'eau en disant que « *pour qui la choisit comme terrain d'aventure et de rencontre, l'eau est comme une évidence. Vivante et souple, elle est cette matière subtile qui engage le corps dans sa fluidité. Elle touche, caresse, dessine les limites du corps dans un contact sensoriel où la peau a la première place. Elle se fait l'écho du mouvement qui signe la présence du corps, de soi, de l'autre.* »³⁸. J'en retiens les notions de « fluidité », « peau », « sensorialité », « mouvement », « soi » et « autre ». J'ai choisi ces mots car ils me semblent appropriés pour introduire la suite de mon propos.

Afin de pouvoir utiliser l'eau et se l'approprier dans une prise en soin en psychomotricité avec des personnes âgées dépendantes, je souligne en amont l'importance d'en connaître ces caractéristiques singulières. La médiation eau est cohérente dans son utilisation, si et seulement si, elle parle au corps du psychomotricien.

I. L'ÉLÉMENT EAU

« Une goutte d'eau suffit pour créer un monde. »³⁹.

A. La phylogenèse : L'eau à l'origine de la vie humaine

Les premières formes de vie sont apparues dans l'eau, un milliard d'années après la naissance du système solaire. Les bactéries sont les ancêtres de tous les organismes vivants et donc ceux de l'Homme directement. Leurs différences sont les cellules. Alors que celles des bactéries sont procaryotes, c'est-à-dire possédant plusieurs noyaux, les nôtres n'en possèdent qu'un. Cette différenciation au cours du temps s'est faite au terme d'un processus long et complexe. Ces bactéries règnent sur Terre pendant 3 milliards d'années, accompagnées de quelques algues primitives. Puis, petit à petit, les espèces évoluent. C'est le milieu naturel, en éternel mouvement, qui entraîne ces variations. **Charles DARWIN** appellent ce processus la sélection naturelle.

³⁸ Potel C., *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Éres, 2009, Toulouse, p. 15.

³⁹ Gaston Bachelard, philosophe et épistémologue.

Chez tout être vivant, les acides nucléiques organisés en gènes portent le programme de construction et de reproduction.

B. Historique : l'eau ubiquiste ⁴⁰

L'eau est souvent considérée comme un élément allant de soi. Cependant elle peut se faire remarquer par son abondance ou par son manque. De nombreuses villes et civilisations se sont construites sur l'eau. Certaines d'entre elles l'intègrent à leurs mythes. L'eau peut être considérée comme puits de bien-être physique, psychique, énergétique, émotionnel et spirituel.

Dans notre société, l'eau est souvent utilisée de manière automatique. On la boit pour s'hydrater, on se nettoie avec elle, on se baigne et on nage dedans. Mais si l'eau est considérée comme un élément important et nécessaire à la vie humaine, il est rare que l'on prête attention à ses bienfaits ou à son côté spirituel. Elle déclenche en nous un sentiment d'ambivalence. À la fois elle nous attire tout en nous inquiétant. Le manque de conscience dans notre lien avec elle la rend intrigante.

Notre corps est directement lié à l'eau. En effet, elle est à la fois l'origine de la vie, ce que j'aborderai plus tard, mais aussi le lien de notre planète aux autres univers. Le flux et le reflux des marées sont créés par le Soleil et la Lune. De plus la gravité terrestre entraîne l'eau vers les mers et les océans dans un mouvement perpétuel.

En Inde, les eaux du Gange sont vénérées par les populations depuis des millénaires. Dans la bible, l'eau symbolise la création du monde. Le baptême fait une place importante à l'eau en tant que symbole de purification. On met de l'eau bénite sur le front du nouveau né ainsi que du sel sur ses lèvres afin de symboliser la santé du corps et de l'esprit. L'eau est également un symbole de vie, elle peut rappeler des catastrophes naturelles en lien avec l'eau comme les déluges, les raz de marées ou encore les noyades. Elle peut être associée à la mort.

⁴⁰ Brosseau H., « L'eau et les soins avec les malades psychotiques chroniques », *Vie sociale et traitement*, n°73, 2002.

L'eau est présente dès la vie intra utérine. Elle est l'élément majeur dans lequel le fœtus commence à se développer. Je reviendrai sur ce point un peu plus loin dans cette partie.

L'eau peut être utilisée dans de nombreuses thérapies. À travers ces nombreuses vertus pour le corps et l'esprit, elle va intéresser le psychomotricien. C'est un élément qui peut convenir à plusieurs populations, à commencer par le nourrisson jusqu'à la personne âgée. Les objectifs ne seront pas les mêmes, mais ses propriétés, s'appliquant à un corps immergé, restent inchangées.

C. Que se passe-t'il dans l'eau? Les propriétés et caractéristiques de l'eau

- **La poussée d'Archimède**

Le principe d'Archimède s'énonce ainsi « *Tout corps plongé dans un liquide subit une poussée vers le haut équivalente au poids du liquide qu'il déplace.* »⁴¹. Il permet de modifier la sensation du poids du corps et d'expliquer son allègement. Un corps douloureux qui semble lourd en dehors de l'eau sera vécu différemment dans l'eau.

- **La résistance hydrodynamique**

« *Un corps en mouvement dans un liquide subit une résistance qui s'oppose à son avancement. Elle dépend du coefficient de résistance du liquide, de la surface du corps, et de l'angle d'attaque et de la vitesse de déplacement.* »⁴².

Cette résistance amène à travers le ralentissement du mouvement et par l'effet qu'elle produit sur le corps, des informations proprioceptives supplémentaires qui permettront une meilleure appréciation du schéma corporel.

- **La pression hydrostatique**

« *Un corps plongé dans un liquide va subir une pression égale au poids de la colonne de liquide située au dessus de lui. Elle varie en fonction de la profondeur* »⁴³.

Par son intermédiaire, l'eau va offrir des stimuli extéroceptifs sur un corps immergé, permettant une meilleure perception des segments corporels.

⁴¹ Le principe d'Archimède.

⁴² (Molle, 1996).

⁴³ Ibid.

- **L'échange thermique**

La température de l'eau en balnéothérapie est aux alentours de 33 degrés, cela favorise la détente corporelle. À l'inverse, une eau froide sera synonyme de contraction et d'angoisse.

La différence de température entre l'eau et le corps envoie des informations thermiques et leur localisation au système nerveux. Cela permet notamment à l'individu de mieux se représenter son corps.

- **La profondeur**

Elle peut être synonyme d'angoisse et de perte de repères spatiaux lorsque la personne ne sent pas ses appuis plantaires. Cette perte d'ancrage au sol va souvent entraîner une insécurité. Dans un travail en balnéothérapie, il est important d'accompagner ce changement et de permettre à l'individu de sentir la profondeur du bassin.

- **La transparence**

Elle joue un rôle dans l'acclimatation de la profondeur. En effet, la transparence de l'eau permet un contrôle visuel sur les parties du corps immergées ou sur le fond du bassin. Cependant, elle entraîne également une distorsion visuelle entre l'œil qui observe à l'extérieur et l'objet plongé dans l'eau.

Une adaptation aux différentes lois de l'eau est nécessaire. En effet, les propriétés propres à l'eau vont entraîner des changements sur la mobilité du corps, les sensations ou encore les représentations. Comme le dit Catherine POTEL, « *les propriétés de l'eau vont avoir des effets sur le corps, les sensations, les émotions, les affects* »⁴⁴.

D. L'ontogénèse

L'ontogénèse se définit « *comme le développement de l'individu, depuis l'oeuf fécondé jusqu'à l'état adulte* »⁴⁵. Il s'agit en effet du développement d'un organisme depuis sa conception jusqu'à sa mort. Ce terme peut être appliqué en biologie du développement ou en psychologie du développement.

⁴⁴ Potel C., *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Ères, 2009, Toulouse, p. 27.

⁴⁵ Larousse P., *Le Petit Larousse*, Larousse, 1905, Paris.

Je vais m'intéresser aux prémices de l'ontogenèse en lien avec la biologie du développement afin de comprendre les premières étapes de la vie embryologique et la place de l'eau dans la vie intra-utérine. Quels sont les effets sur le fœtus? Que se passe-t-il à cette période? Quels sont les liens avec la personne âgée?

1. Notions d'embryologie

La période embryonnaire correspond aux deux premiers mois de développement. De la première à la troisième semaine se produit la migration de l'oeuf vers la cavité utérine ainsi que son implantation dans la muqueuse utérine. On recense également la transformation du blastocyste en embryon didermique puis en embryon tridermique. De la quatrième à la huitième semaine apparaît l'embryon dans sa forme définitive et marque le début de l'organogenèse.

La troisième semaine de développement est particulièrement marquée par le phénomène de gastrulation. Ce phénomène permet la mise en place des trois feuillets définitifs de l'embryon qui sont l'ectoderme, le chordo-mésoderme et l'entoderme. Cette gastrulation établit les différents axes corporels de l'embryon. Il existe un gradient spatio-temporel de ce développement. La partie craniale de l'embryon est, en terme de phase de développement, toujours en avance par rapport à la partie caudale. Au seizième jour, un ensemble de structures regroupant le sillon primitif, les bourrelets épiblastiques et le noeud de Hensen, va constituer la ligne primitive. Son apparition permet d'établir l'axe longitudinal de l'embryon et donc le plan de symétrie bilatéral. La symétrie droite-gauche est mise en place.

Au cours de la quatrième semaine, la différenciation des trois feuillets issus de la gastrulation permet de donner des ébauches des principaux organes comme la mise en place du système nerveux, la neurulation et l'évolution du mésoblaste avec la segmentation du mésoblaste para axial afin de former les somites. La neurulation correspond à la transformation de l'ectoblaste médian en un tube neurale, qui sera à l'origine de la formation du système nerveux central, et en crêtes neurales, qui seront à l'origine de la formation du système nerveux périphérique mais aussi d'autres structures. A cette période apparaît également une délimitation de l'embryon conduisant à son individualisation à travers différents facteurs comme le développement du système nerveux central, la segmentation des somites et la croissance externe de la cavité amniotique.

La période foetale débute au troisième mois et finit à l'accouchement. Cette période va se caractériser par la maturation des tissus et des organes et par la croissance du fœtus.

2. L'eau dans la vie intra-utérine

« Dans l'espace aquatique sont mis en jeu la chaleur et la mémoire de notre préhistoire amniotique. »⁴⁶.

Nos sens nous informent sur nous-mêmes mais aussi sur notre environnement. L'espace, comme la construction de soi et la conscience corporelle, se fait progressivement et s'appuie sur les informations reçues des différents canaux sensoriels. Ils commencent à s'exercer *in utero*. Le fœtus a des impressions auditives, olfactives, proprioceptives qui perdurent dans la vie extra-utérine. Ils permettent une continuité entre les deux mondes.

La personne âgée peut réactualiser ces impressions à travers l'eau dans un objectif de réinvestissement corporel.

a. Le tact

In utero est une période charnière permettant notamment la mise en place d'une sensibilité extéroceptive concernant la peau et le tact. Tous les récepteurs de tact sont développés avant la naissance et sont déjà aussi nombreux qu'à l'âge adulte. La peau est un organe réceptif considérée comme un organe de communication souvent sollicité dans les premiers mois de vie à travers les caresses et les soins. Pour le nouveau-né, le toucher est l'équivalent d'un langage, **Henri WALLON** parle de « dialogue tonique ». Autrement dit, le toucher est un sens à double facette. Il est mis en place sur l'ensemble du corps dès la 20^{ème} semaine de gestation. Il va donner la première impression d'unification du corps à travers une position d'enroulement. Le toucher est un sens à la fois actif et passif, en effet on touche tout en étant à la fois touché. Dans la médiation aquatique, le côté passif met en avant la question de la peau. Cette peau est un organe des sens.

⁴⁶ Luigi-Duggan A., « Les promesses de l'eau », *Livret d'accompagnement de la vidéo « les promesses de l'eau »*, 1994.

Didier ANZIEU s'est intéressé à la peau en terme de contenant du Moi et aux fonctions du Moi-Peau. Pour lui, la peau n'est pas seulement une enveloppe qui nous entoure ou un ensemble de récepteurs du tact mais au fur et à mesure du développement la peau se psychise ⁴⁷. En balnéothérapie, l'eau facilite l'éveil de cette sensation tactile.

b. L'haptonomie

L'haptonomie est une approche affective permettant aux parents, par le toucher, de rentrer en contact avec le fœtus. Il semblerait qu'elle permette le bon déroulement du développement de l'enfant vers plus d'autonomie. Le toucher des parents entraîne un mouvement du fœtus et vient rajouter une notion de sécurité déjà apportée par le liquide amniotique. **Bernard THIS** met en avant la nécessaire sécurité de base et met en exergue que « *l'eau, quand elle est chaude, vient nourrir dans un contact et établir un contact sécurisant, apaisant, nourrissant* »⁴⁸. L'eau vient renforcer cette sécurité. Ce phénomène observable *in utero* à travers le toucher des parents sur le ventre de la mère renvoie à un sentiment sécurisant et aux prémisses de la relation affective. La personne âgée peut retrouver ce phénomène en séance de balnéothérapie par le contact de l'eau chaude et ce passage d'une relation binaire entre le patient et l'eau à une relation en trio avec le thérapeute.

⁴⁷ Anzieu D., *Moi-Peau*, Dunod, 1985, Paris.

⁴⁸ This B., « Psych-eau-moteur », *Évolutions psychomotrices* n°11, 1991, p. 13.

II. LA MÉDIATION EAU EN PSYCHOMOTRICITÉ

A. Définitions et généralités

Le terme « médiation » est apparu, en premier lieu, dans le domaine juridique puis en pédagogie et dans les techniques de soin. Plus spécifiquement, dans le milieu du soin, la médiation artistique est la première à émerger. Le mot médiation vient du latin *mediator* signifiant un entremetteur. Il a d'abord eu, en ancien français, le sens de division puis, au XVIème siècle, il signifie « entremise destinée à concilier ».

Le terme « médiation » évoque l'intervention d'un tiers dans la relation ou la résolution d'un conflit. Ce tiers va être considéré comme le médiateur. Il est défini comme « *le fait de servir d'intermédiaire* »⁴⁹. **Donald WINNICOTT** évoque la notion d'espace transitionnel, d'aire transitionnelle. La médiation est donc une zone intermédiaire entre soi et l'autre. Le premier lien entre le patient et le thérapeute ou les différents membres d'un groupe partageant un objet commun est permis par la médiation.

B. La médiation en psychomotricité

Catherine POTEL nous dit que « *la médiation, corporelle ou autre, propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe* »⁵⁰. En psychomotricité, la médiation est principalement d'ordre corporel. Elle participe à trouver un accord, sert d'intermédiaire et endosse la fonction de processus créateur.

Elle fait, à la fois, état de la relation et offre un espace de rencontre entre le patient et le thérapeute. Une des conditions de la signification de ce médiateur est la prise de plaisir et l'intérêt du psychomotricien à l'égard de la médiation.

⁴⁹ Larousse P., *Le Petit Larousse*, Larousse, 1905, Paris.

⁵⁰ Potel C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, 2000, Paris.

Cet espace de rencontre doit permettre au patient d'en faire un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions. L'observation et l'engagement psycho-corporel du psychomotricien lui permettront de donner du sens aux éprouvés corporels du patient.

La construction ou la reconstruction identitaire du patient est étayée par l'investissement corporel du psychomotricien dans la relation. La médiation vient faciliter le lien relationnel entre le thérapeute et son patient. La relation facilite le sentiment d'identité de la personne.

Le psychomotricien doit, avant toute chose, perfectionner ses connaissances autour du médiateur afin d'en saisir ces enjeux et ainsi pouvoir l'adapter au mieux aux besoins du patient. L'objet médiateur, à lui seul, n'est que le support de la médiation. La rencontre est possible dans une relation et dans un cadre.

Les objectifs d'une médiation rassemblent :

- La proposition d'un espace de sensations, de perceptions, un sentiment d'être présent à soi,
- L'investissement d'un plaisir du corps et du mouvement,
- L'encouragement de la sensibilité sensorielle et émotionnelle, engageant la globalité de la personne,
- La favorisation de l'expression, la créativité, le vécu corporel,
- La proposition des jeux propices à la structuration de soi.

C. La médiation aquatique

L'eau est considérée comme un médium. Le terme « médium malléable » est emprunté aux travaux cliniques de la psychanalyste anglaise et peintre, **Marion MILNER** ⁵¹. L'eau fait partie des objets considérés comme médium malléable au même titre que l'argile ou encore la pâte à modeler.

⁵¹ Roussillon R., *Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise*, Paradoxes et situations limites de la psychanalyse, Puf, 1991, Paris.

Plusieurs critères doivent être remplis afin d'accéder à ce titre de « médium malléable ». On les retrouve dans l'eau :

- **L'indestructibilité**, la violence des coups ne dénature pas l'eau.
- **L'extrême sensibilité**, l'eau va faire écho et être sensible à chacun de nos mouvements et gestes.
- **L'indéfinie transformation**,
- **L'inconditionnelle disponibilité**, l'eau est toujours là et offre toujours les mêmes bienfaits.
- **Le caractère vivant**, on parle de l'eau comme d'un être humain en lui donnant la capacité d'envelopper, de caresser, de toucher.

Ce médium permet, à celui qui l'utilise, de dépasser l'expérience du sensoriel et d'accéder à la fonction de représentation. L'eau est considérée comme l'une de nos alliées thérapeutiques en psychomotricité. **Catherine POTEL** la perçoit comme :

- Un espace transitionnel privilégiant la relation, un lieu déterminant un objet d'investissement intermédiaire ⁵²,
- Une aire de jeu permettant des explorations psychomotrices structurantes,
- Un lieu de rencontre dans un autre monde plus proche et plus intime,
- Un travail de rééducation permettant un réengagement fonctionnel du corps ⁵³.

La médiation « eau » est utilisée par le psychomotricien dans un axe d'intervention thérapeutique ou de rééducation ayant principalement pour objectif l'expression et la créativité corporelle du patient. Deux corps sont engagés dans l'eau, celui du patient et du thérapeute. Le processus thérapeutique prend essence dans ce lien et à travers la capacité d'écoute des émotions liées aux vécus et éprouvés corporels.

L'eau peut entraîner des changements sur le plan psychomoteur mais pas seulement. Des changements sur le plan relationnel peuvent également être amorcés.

⁵² Winnicott D. W., *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Gallimard, 1975, Paris.

⁵³ Potel C., *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Ères, 2009, Paris p. 23.

Catherine POTEL parle de l'eau en disant qu' « *elle est par ailleurs propice aux échanges et à la communication entre soi et les autres. Elle détermine un espace de communication où les conflits peuvent se jouer de manière forte, intense, où toute la dimension ambivalente de la relation va pouvoir s'exprimer.* »⁵⁴.

Elle représente un « tiers séparateur ». Elle vient séparer la dualité patient/ thérapeute et triangule la relation.

D. D'un point de vue psychomoteur

1. **L'eau, un liquide enveloppant**

L'eau va venir pallier ou renforcer le sentiment d'enveloppe en enrichissant le vécu sensitif au niveau de la peau. Elle va aider l'individu à percevoir les limites de son corps mais également sa perméabilité à travers le dedans et le dehors. En effet, l'eau ne s'introduit pas dans le corps mais s'adapte et s'ajuste à ses mouvements. Elle inscrit les contours et permet un ressenti d'unité corporelle.

Cet élément réactualise la deuxième fonction que **Didier ANZIEU** a donné à la peau, il s'agit de la fonction de contenance. **Catherine POTEL** s'exprime sur ce point en disant que « *l'eau est contenante pour le corps, porteuse maternelle, lectrice d'illusions et de transitionnel.* »⁵⁵. L'eau est un élément enveloppant et par là contenant, favorisant la régression. Le psychomotricien est particulièrement sensible à la construction de l'enveloppe corporelle.

2. **Aspect subjectif de l'eau**

Il me paraît important de mettre en exergue, à côté des caractéristiques physiques de l'eau, ce qui lui donne un intérêt particulier, à savoir ses aspects subjectifs. Ils jouent un rôle dans la relation avec cet élément. La personne venant faire l'expérience de l'eau aura un ressenti différent selon son propre vécu. En effet, en fonction d'un ancien vécu négatif avec l'eau, la personne va appréhender la rencontre comme quelque chose d'angoissant. À l'inverse, la personne ayant vécu des expériences positives sera plus à même d'apprécier cette médiation. Quand les limites seront plus ou moins intégrées, la place au jeu prendra alors des allures d'expérimentation ou d'angoisses.

⁵⁴ Potel C., *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Ères, 2009, Paris p. 56.

⁵⁵ Ibid.

3. Passage de l'air à l'eau : le corps s'ajuste

Comme nous l'avons vu précédemment, les repères corporels terrestres de l'être humain sont complètement transformés dans l'eau. Ce fluide engendre principalement un allègement du poids, du corps et du handicap en modifiant la pesanteur. Il permet d'apporter une légèreté négligée habituellement. Il engendre également un enveloppement du corps, un accompagnement du mouvement, des sensations de limites du corps. Des ajustements sont nécessaires tant sur le plan moteur, sensoriel, spatial mais aussi tonique afin de retrouver la perception de son corps propre.

a. Adaptation tonique

L'espace aquatique met en jeu « *un appareil neuro-sensoriel différent, dans la mesure où le référentiel postural commandé par l'attraction de la gravité n'est plus utilisable* »⁵⁶. Lorsque que le corps se retrouve au contact de l'eau, il subit une pression venant le bousculer dans son équilibre. L'eau éveille le corps à des sensations de déséquilibres, rencontrées notamment lors de la marche, demandant un ajustement tonique. L'exploration aquatique remet en jeu la verticalité. Le tonus assure notre posture en condition statique. En revanche, en dynamique il demande des mécanismes de réajustement afin de rester équilibré.

Le milieu aquatique favorise la prise de conscience de notre état tonique.

b. Adaptation sensorielle

Le toucher de l'eau nous informe différemment sur les flux sensoriels et les perceptions vestibulaires. Il va notamment venir stimuler les sensibilités proprioceptives et extéroceptives. Contrairement à l'air, l'eau rend la peau plus ou moins sensible et place la personne dans une réceptivité et sensibilité différentes. La connaissance du corps est facilitée par ces différentes sensations et perceptions de volume et de surface. À ce propos, « *le tact et la proprioception génèrent toute une gamme de sensations qui participent probablement à la connaissance et à l'investissement du corps propre* »⁵⁷.

⁵⁶ Le Camus J., *Les pratiques aquatiques du bébé*, Puf, 1991, Paris, p. 85.

⁵⁷ Ibid p. 84.

c. Adaptation respiratoire

Habituellement, la respiration est qualifiée d'automatique et réflexe. Dans le milieu aquatique, elle va devenir contrôlée en raison d'une pression de l'eau sur la cage thoracique. L'immersion demande également une maîtrise respiratoire engendrant une prise de conscience de cette fonction. Il existe un lien entre la respiration et les émotions. Elles dépendent toutes deux du système neurovégétatif. On peut observer ce lien lors de l'immersion. Une angoisse, une peur d'étouffement ou de noyade sont généralement observées provoquant une respiration moins ample et souple mais plutôt haletante et désorganisée.

Comme le dit **Paul FERNANDEZ**, « *l'adaptation à l'eau n'est pas seulement d'ordre fonctionnel, elle nous renvoie au rapport que nous entretenons avec notre propre corps et avec les autres. Les contraintes de l'eau nous confrontent à nos limites, à nos défenses et à nos peurs (...) elle nous permet d'aller à la rencontre et à la découverte de nous même.* »⁵⁸.

Catherine POTEL rajoute que « *dans cet espace, deux expériences se vivent, qui mettent en jeu d'une part les sensations du corps propre, d'autre part la perception par le sujet de ce qui l'entoure, et plus particulièrement des mouvements de l'autre.* »⁵⁹.

René SPITZ parle de cette adaptation en la traitant dans l'autre sens. Il part du nourrisson et nous dit que « *le bébé est à la base une créature aquatique qui a à s'adapter à un nouveau milieu aérien, ce qui lui demande une adaptation considérable. Il faut s'attendre à ce que les sensations associées à l'état de flottaison dans un milieu aquatique laissent des traces qui entrent dans la constitution de la première image du corps* »⁶⁰.

⁵⁸ Fernandez P., « Au-delà du principe d'Archimède, l'expérience du corps aquatique », *Évolutions psychomotrices*, Vol. 15, n°59, 2003.

⁵⁹ Potel C., *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Éres, 2009, Paris, p. 53-54.

⁶⁰ Potel C., *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Éres, 2009, Paris, p. 41.

D. Les limites de cette médiation

1. **Les limites techniques**

Les séances en balnéothérapie sont dépendantes d'un fonctionnement technique. En effet le bassin thérapeutique est réglementé. Des normes sont à respecter, en particulier les taux de Ph et de chlore. Ces taux dépendent du bon fonctionnement des pompes.

Le psychomotricien doit en avoir conscience et être capable de s'adapter à cette discontinuité dans le déroulement de la prise en soin. Il en est de même pour le patient.

2. **Les limites institutionnelles**

Cette médiation, contrairement à d'autres, nécessite l'intervention de plusieurs professionnels (aides soignants, agents techniques, psychomotricien) devant interagir et communiquer les uns avec les autres afin que le fonctionnement soit efficient pour le résident. De plus, la séance comprend le temps de déshabillage et de rhabillage. Les aides soignants ne sont pas détachés pour aider le psychomotricien qui se retrouve généralement seul lors de ces temps mais également lors des transferts fauteuil /chaise hydraulique.

3. **Du psychomotricien face à cette médiation**

Une des particularités du psychomotricien réside dans son implication psychocorporelle. Il faut être respectueux du patient mais aussi de soi. Amener le patient là où nous ne sommes jamais allés n'est pas approprié. Il s'agit de faire usage de notre propre sensibilité. Le psychomotricien doit être à l'aise dans l'eau afin de pouvoir prétendre établir une relation de confiance avec le patient qui peut alors saisir ce temps de séance et de rencontre.

Le soignant est confronté à son vécu personnel dans cet élément. En tant que psychomotricien, il est important de connaître où nous en sommes dans notre relation à ce médiateur.

4. De la personne accompagnée

Certaines contre-indications en balnéothérapie nécessitent une prise de connaissances de la part du psychomotricien. Les plus fréquentes sont les insuffisances cardiaques, pulmonaires et respiratoires, l'hypertension aiguë, le diabète et les allergies (chlore). Mais il ne faut pas oublier les personnes atteintes d'épilepsie. De même, les affections cutanées, les cicatrices trop fraîches ou encore les problèmes d'incontinence ne doivent pas être sous estimés car l'eau chaude va favoriser la circulation des bactéries.

Le psychomotricien doit prendre en compte la sensibilité du patient avec ce milieu et être attentif à un quelconque désintérêt. L'eau est synonyme de peur et d'angoisse pour certaines personnes. L'appréhension ne sera pas une limite au processus de soin, en revanche la peur paralysante amènera le psychomotricien à repenser l'objet médiateur.

Vignette clinique : Séance en bassin thérapeutique avec Mme P le vendredi matin. C'est une femme âgée de 80 ans que je suis en séance de balnéothérapie depuis Octobre 2015. Cette résidente a fait un accident vasculaire cérébral il y a 6 mois et est paralysée du côté droit. Elle ne peut donc pas accéder au bassin par les escaliers et a besoin de la chaise hydraulique. Lors du transfert, celle-ci est tombée en panne me laissant seule face à ce problème. Ne pouvant pas laisser cette personne sans surveillance je me suis confrontée aux limites institutionnelles.

SYNTHÈSE PARTIE 3

.....

Après avoir exclu toutes contre-indications, l'eau me paraît être un médiateur approprié et intéressant offrant au psychomotricien un large champ d'action. Par ces nombreuses caractéristiques, cet élément permet à la personne un **réinvestissement positif de son corps** contribuant à une renarcissisation et une amélioration de l'estime de soi. Il faudra cependant prendre en compte ses nombreuses limites et s'armer de patience.

PARTIE 4 : APPORTS DE LA PSYCHOMOTRICITÉ EN MILIEU AQUATIQUE : VERS UN RÉINVESTISSEMENT CORPOREL DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

I. LE CADRE THÉRAPEUTIQUE EN MILIEU AQUATIQUE

Comme le stipule **Catherine POTEL**, la psychomotricité est « *un métier à tisser, à tisser de la relation, de l'histoire, du temps et du symbolique* »⁶¹. Le corps est appréhendé dans ses dynamiques biologiques, motrices, fonctionnelles, relationnelles, émotionnelles, cognitives et sensorielles. Le soin en psychomotricité va permettre au sujet d'engager son corps dans l'action et dans la relation, celui-ci ne peut se faire que dans un certain cadre.

Le cadre représente une bordure qui va délimiter, séparer l'intérieur de l'extérieur. Ainsi, il détermine un espace précis mais aussi un temps. Ce dernier implique des qualités de souplesse, de résistance, de malléabilité et de différenciation propres à la thérapie.

A. Le cadre stable, « frame »

« Frame » est une notion d'origine psychanalytique représentant les règles stables et inéchangeables du cadre. En psychomotricité, cela correspond à la loi juridique qui implique des règles permanentes et invariables.

1. La loi

Le décret de compétences du psychomotricien est un texte posant les premiers repères de la pratique psychomotrice. Le psychomotricien rencontre le patient sur prescription médicale et est soumis au secret professionnel. Le cadre a une fonction d'étanchéité, ce qui se passe ou se dit lors de la séance est protégé.

De plus, des règles constantes inhérentes au lieu d'exercice de la psychomotricité doivent être prises en compte (en libéral, en institution, en milieu hospitalier).

⁶¹ Potel C., *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Éres, 2010, Toulouse.

2. Le cadre institutionnel

Le psychomotricien fait partie intégrante d'une équipe pluridisciplinaire intervenant dans le cadre d'un projet défini pour le patient. Les réunions entre les professionnels représentent des temps indispensables afin de permettre l'élaboration d'un projet de soin et la garantie de la prise en soin du patient. La décision de la mise en place de séances en balnéothérapie se prend en équipe.

B. Le « setting psychomoteur »

Catherine POTEL envisage « le cadre psychomoteur » à deux niveaux, un cadre physique et un cadre psychique. Ce cadre renvoie au terme de « setting » que **Mélanie KLEIN** définit comme les aménagements, la mise en place, les réglages des repères de la prise en soin. C'est l'ensemble des règles variables, définies et délimitées par le psychomotricien et le patient pour la prise en soin. Elles doivent être adaptées à chaque patient et le plus stable possible malgré leurs caractères modifiables et ajustables en fonction de l'évolution du patient.

1. Le cadre physique

Il comporte la fréquence, la durée, le lieu, le matériel et la médiation. Il s'agit d'un cadre concret inscrit dans la réalité.

- Le cadre spatio-temporel : il définit l'espace et le temps de la prise en soin. La notion temporelle est importante à prendre en compte. Par une régularité, elle contient, sécurise et donne des repères au patient. Le lieu et l'espace sont définis et repérés.
- La médiation : l'intérêt et le plaisir partagé autour d'une médiation peuvent permettre la création de la relation thérapeutique, l'adhésion du patient et l'alliance thérapeutique.

Le cadre physique va servir de support dans le réel pour le cadre psychique.

Lors de mon stage, les séances de balnéothérapie ont lieu tous les vendredis à la même heure, dans le même bassin thérapeutique⁶². Les séances commencent toujours par un temps de déshabillage et se terminent par un temps de rhabillage. Un repère spatio-temporel stable et contenant est offert aux résidents.

⁶² Le bassin thérapeutique est détaillé en annexe.

2. Le cadre psychique

Ce cadre au sens de **Donald WINNICOTT** renvoie à la question du portage et du holding psychomoteur. **René KAES** lui donne la fonction phorique ⁶³, reprise par **Pierre DELION**. Il vise à porter le patient sur ses épaules tant qu'il ne peut pas se porter lui-même. Il dépend des connaissances du psychomotricien. Les repères théoriques sont nécessaires pour une mise en pensée et une compréhension de ce qu'il se passe durant la prise en soin.

Le cadre psychique est organisé de manière à offrir un espace contenant, réfléchi et adapté en fonction du patient où la rencontre et l'expression peuvent avoir lieu sans risque.

Dans l'eau, le psychomotricien va avoir un rôle dans cette fonction de Holding. Il est amené à porter le patient afin de l'amener à explorer de nouvelles sensations. L'eau joue également un rôle de portage pour la personne âgée.

Le cadre doit cependant ne pas être ferme, stricte et inadaptable. Chaque patient a sa propre individualité ce qui rend le cadre adaptable à chacun et modifiable au cours d'une prise en soin.

⁶³ Fonction phorique : Fonction d'accueil et de disponibilité permettant au patient d'être porté sur les épaules psychique du thérapeute tant qu'il ne peut pas se porter lui-même. Il s'agit de l'idée de rester présent et vivant en présence du patient.

II. LA PSYCHOMOTRICITÉ : LA RENCONTRE DE DEUX CORPS

Je viens de parler du cadre thérapeutique en milieu aquatique. Le cadre contribue à porter le patient et le met dans une situation sécurisante où il va pouvoir faire des expériences corporelles positives. La psychomotricité est un métier de la relation. Sans elle, l'alliance thérapeutique ne peut pas s'établir et le processus de soin n'a pas réellement de sens.

A. La relation de confiance entre le patient et le thérapeute

Il s'agit de la rencontre entre deux corps singuliers, à savoir celui du patient et celui du thérapeute. Chacun devra composer avec ce qu'il perçoit de l'autre. Emergera alors une relation entre ces deux acteurs. En milieu aquatique, tout particulièrement, la confiance entre le patient et le thérapeute est importante. L'eau peut entraîner un sentiment d'angoisse chez certaines personnes. Le thérapeute devra alors repérer les états émotionnels du patient afin de pouvoir les gérer. De cette relation de confiance émerge l'« alliance thérapeutique ».

B. Le dialogue tonico-émotionnel

Le dialogue tonico-émotionnel reflète la première communication entre la mère et son bébé. Dans les premiers mois de sa vie, le bébé n'ayant pas encore acquis le langage verbal, exprime ses besoins et ses émotions à travers son langage corporel. C'est à travers une variation du tonus que la maman apprendra à décoder ce que veut son enfant. Le bébé est capable, lui aussi, de percevoir les états affectifs et la disponibilité psychique et physique de sa mère à travers cette communication. Le tonus entretient un lien étroit avec les émotions et les réactions posturales. Elles peuvent notamment se refléter dans l'eau. Le psychomotricien est particulièrement sensible à ses propres ressentis corporels, à ses changements toniques, à sa capacité d'être disponible corporellement et psychiquement avec le patient.

Le dialogue tonico-émotionnel représente à la fois le premier et le dernier langage universel. Les personnes âgées dépendantes y sont particulièrement sensibles.

III. LES ENJEUX DE LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS L'EAU

A. L'enveloppe et les limites du corps

L'eau éveille le corps et notamment la peau à de nouvelles oppositions sensorielles : chaud/froid, dur/mou, hypertonie/hypotonie, sec/mouillé et dedans/dehors. Elle permet de retrouver la relation primaire où l'enfant fait corps avec la mère et renvoie au Moi-Peau de **Didier ANZIEU** ayant pour fonction d'établir les premiers liens entre le sujet et l'environnement. La peau donne un sentiment d'unité et favorise la conscience de l'enveloppe corporelle.

La respiration représente cette distinction entre le dedans et le dehors. L'air que l'on inspire vient se loger à l'intérieur du corps tandis que celui que l'on expire témoigne d'un vide respiratoire. L'eau centre la personne âgée sur la respiration et permet de ressentir l'intégrité de l'espace corporel. Cet élément permet de vivre l'expérience du dedans et du dehors participant ainsi à faire ressentir les limites corporelles. Cela permet à la personne, étant principalement dans son fauteuil, de retrouver une conscience corporelle propre.

Ces différents pôles sensoriels permettent de différencier les perceptions et les états intérieurs et constituent des repères primordiaux de la construction du corps au cours de la première année, lorsque l'enfant n'est pas encore unifié. Cet élément permet de remobiliser des images premières du corps.

B. Le tonus

Le tonus constitue la pierre de voute de la psychomotricité. L'eau participe à la régulation de celui-ci avec une température à 33 degrés favorisant la détente musculaire et l'abaissement du tonus. Cependant, avec les personnes âgées, l'eau peut parfois être révélatrice d'angoisse se traduisant généralement par une hypertonie. Pour **Wilhem REICH**, le sujet se construit en interaction avec l'environnement en élaborant des modes d'expression étant aussi des mécanismes de défense. Pour qualifier ce dispositif, il utilise le terme de « cuirasse caractérielle et musculaire ». Le psychomotricien doit être vigilant à ces rigidités musculaires et doit accompagner le sujet dans une détente psycho-corporelle.

La résistance de l'eau entraîne une modification du tonus. La personne doit l'adapter et le réguler afin que le mouvement soit efficient. À travers les jeux d'équilibre et de déséquilibre, rendu sécurisant par l'eau, l'adaptation tonico-posturale est expérimentée par le patient ce qui lui permet d'utiliser son corps lors de mouvements.

La prise de conscience du corps, en passant par la proprioception donne au tonus une place fondamentale en lien avec l'émotion et la relation.

*Vignette clinique : Mme L, est une résidente âgée de 90 ans que je rencontre en séance de balnéothérapie le vendredi matin depuis Mars 2016. C'est une personne très anxieuse. En séance de balnéothérapie, son corps tout entier tremble lors de chaque mouvement. Son tonus, en lien avec ses émotions, est élevé. L'eau, par ses caractéristiques d'enveloppement, de contenance et par sa chaleur, permet, petit à petit, à Mme L de se détendre. Cette régulation tonique entraîne une diminution de l'anxiété chez cette résidente. C'est ce que **Julian DE AJURIAGUERRA** nomme la régulation tonico-émotionnelle. Je l'accompagne progressivement à ressentir son corps. À travers des exercices de respiration elle parvient, au fur et à mesure, à en prendre conscience et à harmoniser son tonus.*

C. Le schéma corporel et l'image du corps

Selon **Christine ASSAIANTE**, « *Le schéma corporel présente une organisation supra modale, se nourrissant des afférences en provenance des modalités sensorielle, proprioceptive, tactile, vestibulaire et visuelle.* »⁶⁴.

Pour **Jacques PAILLARD**, le schéma corporel se construit principalement sur des bases proprioceptives et correspond au « corps situé » alors que l'image du corps se nourrit davantage d'informations extéroceptives, notamment visuelles, et correspond au « corps identifié »⁶⁵.

⁶⁴ Bullinger A., *Les effets de la gravité sur le développement du bébé, l'espace de la pesanteur*, 1001 BB n°143, Erès, 2015, Paris, p. 48.

⁶⁵ Paillard J., « Le corps situé et le corps identifié, une approche psychophysiologique de la notion de schéma corporel », *Revue médecine suisse romande*, 1980.

Selon **Julian DE AJURIAGUERRA**, le schéma corporel est « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles; le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* ». Il met en avant le caractère évolutif du schéma corporel. Dans l'eau, le patient reçoit tout autant de sensations proprioceptives et vestibulaires lors de l'équilibre et du contrôle postural, que tactiles ou visuelles.

Au niveau tactile, la température de l'eau offrant une sensation de chaleur sur l'ensemble du corps ou la différence de pression en fonction de la profondeur permettent à la personne, qui en fait l'expérience, de ressentir simultanément un panel de sensations et d'établir de nouvelles perceptions d'un corps propre.

Au niveau kinesthésique, le mouvement aquatique est facilité grâce à la fluidité du milieu mais peut aussi être freiné à cause de la résistance de l'eau. L'organisation tonique se trouve ainsi modifiée.

Vignette clinique : *Madame M., a tendance à piétiner en dehors de l'eau, lorsqu'elle le fait dans le milieu aquatique, la résistance de l'eau est un réel obstacle pour elle. Il lui est nécessaire d'effectuer des mouvements plus amples au niveau de ses membres inférieurs afin d'avancer. Cela provoque un ralentissement de son déplacement favorisant les ressentis et la conscience de ses positions segmentaires.*

Au niveau labyrinthique et visuel, les repères et les informations du milieu aérien sont chamboulés dans le milieu aquatique. Le déséquilibre et la perte de la pesanteur entraînent des ajustements posturaux régulant de ce fait les afférences visuelles et labyrinthiques. Le regard rend possible l'orientation de nos placements dans l'espace. Le premier couplage sensori-moteur de notre conscience est, d'après les neurobiologistes, la boucle perception / action. L'intérieur et l'extérieur ne sont pas séparés, la vision nous aide à guider nos gestes mais nos gestes nous font aussi évaluer l'espace.

Sur le plan relationnel, l'ancrage du regard dans l'échange entre deux personnes assure la reconnaissance et l'identification. Chez le sujet âgé, confus et désorienté, l'appui du regard offre un véritable pont de sécurité suppléant l'absence de l'appui proprioceptif. Il représente un vecteur émotionnel en réconfortant, rassurant et encourageant.

Le corps expérimente de nouvelles sensations et va envoyer de nouveaux signaux au cerveau. Par la mise en mouvement du corps, le schéma corporel se réactualise.

Le sujet âgé se mobilise différemment hors et dans l'eau. Cet élément offre un répertoire gestuel plus vaste à cette population. Cela joue un rôle important sur l'image qu'il a de lui-même et va permettre un réinvestissement narcissique. L'eau permet de remobiliser différentes images corporelles simultanément : une plus sensorielle liée au portage et une plus d'engagement liée au mouvement.

D. L'axe corporel

La verticalité, symbole d'humanité, est peu vécue par les personnes âgées dépendantes. Dans l'eau, elles peuvent faire l'expérience de la verticalité mais aussi de l'horizontalité. L'une et l'autre n'offrent pas les mêmes perceptions et viennent enrichir le vécu corporel.

La verticalité offre à l'Homme un espace à cinq dimensions : devant/derrière, dedans/dehors, haut/bas, droite/gauche et dessus/dessous. Pour reprendre **André BULLINGER** et son « espace du corps », la personne âgée refait l'expérience de l'axe corporel comme direction dans le corps. Dans l'eau, les sensations autour de l'axe corporel sont réactivées grâce au tonus axial mais également lors des déplacements. Tous ces ressentis et éprouvés offrent à l'aîné la conscience d'un être érigé.

E. De la conscience corporelle à la conscience de soi

Nos sens nous permettent de percevoir l'environnement. L'appareil sensoriel regroupe les sensibilités extéroceptives, à savoir, la vue, l'odorat, le goût, le toucher, l'ouïe. Cependant le recueil de ces informations prend sens car elles sont reliées entre elles par la sensibilité proprioceptive. Sans elle, nous n'avons pas de conscience de notre intérieur, de nos limites dedans/dehors, de la différenciation moi/autre, et de l'avant/après. Olivier Sacks, neurologue, écrit que « *privé de proprioception nous sommes dépourvus des attaches fondamentales de l'identité, nous sommes dépourvus du début et de la base de toute connaissance et de toute certitude* ».

Par le milieu aquatique, en tant que bain sensoriel, et par la mise en mot des ressentis, le psychomotricien permet aux patients de prendre conscience de leur corps. Cet élément offre une meilleure perception du corps aquatique mais aussi une meilleure intégration du corps sur le plan psychique. Cela favorise l'estime de soi et renforce le sentiment d'identité.

« Ainsi, elle constitue une médiation exceptionnelle qui perturbe et transforme la conscience corporelle. En d'autres termes, l'expérience de l'eau est extraordinaire du fait qu'elle représente un voyage pour lequel il faut accepter de lâcher les repères et les ancrages habituels pour aller à la rencontre et à la découverte de sa propre réalité. »⁶⁶.

Permettre à la personne âgée un réinvestissement positif de son corps et ainsi améliorer sa conscience corporelle, impacte et joue un rôle sur la prévention des chutes avec cette population.

⁶⁶ Fernandez P., « Au-delà du principe d'Archimède, l'expérience du corps aquatique », *Évolutions psychomotrices*, Vol. 15, n°59, 2003.

IV. Prise en charge d'une personne âgée en milieu aquatique : un réel impact sur le réinvestissement corporel favorisant une nouvelle conscience corporelle propre.

A. Présentation de l'institution

1. La structure

L'EHPAD, où je me trouve en stage, a ouvert ses portes en mars 2006, c'est un lieu de vie et de soins qui s'est donné pour mission d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins. L'établissement s'emploie, dans l'ensemble des actions qu'il met en oeuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents. Il possède une capacité d'accueil de 70 places réparties en trois unités dont une unité de 14 places de soins Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) :

- Une unité d'hébergement conventionnel disposant de 48 lits
- Une unité d'accueil temporaire de 10 places
- Une unité restreinte spécialisée dans l'accompagnement de la démence et la maladie Alzheimer de 12 places

L'EHPAD est articulé autour de plusieurs espaces de vie organisés sur deux étages:

- Communs : le salon, la salle à manger, des chambres individuelles avec douche / WC et les jardins.
- Spécifiques : un salon de coiffure, un espace de kinésithérapie, le PASA, la balnéothérapie, le lieu de culte, la salle Snoezelen, l'unité sécurisée et la télémedecine.

Le personnel de l'établissement regroupe une équipe constitué de près de 57 membres qui assure chaque jour le bon fonctionnement de la structure et le bien être des résidents. Elle est composée de la direction, l'administration, le comptable, l'animateur, le psychologue, la psychomotricienne, les aides soignants, les infirmières, le médecin coordinateur, les agents de service, la lingère, l'agent technique et l'infirmière coordinatrice.

2. Le projet de soins

Le projet de soins a pour but d'élever la qualité de vie des malades, de respecter leur dignité, de leur assurer le meilleur niveau de bien-être possible. Il faut toujours garder à l'esprit que ces patients ne sont pas seulement une mémoire, ils conservent des sentiments, une volonté, une sensibilité, ils représentent un être moral. L'explosion de pathologies cognitives, la dépendance devient quasiment pour tous les résidents une problématique des troubles cognitivo-comportementaux. La mission de l'établissement est de recevoir ces personnes et leurs familles. Les professionnels doivent bien connaître les pertes et la souffrance morale qui en découle.

Le projet de soin se découpe en plusieurs axes déclinés en fiche action :

- **L'organisation générale du soin**
- **Les modalités d'organisation** à savoir la bientraitance, les modalités de recueil des désirs des résidents, le projet personnalisé, le questionnaire de satisfaction, la télémedecine,
- **La prise en soins des problématiques de mobilité**, notamment la prévention des troubles de la marche, la prévention des chutes, la contention, la prévention des escarres,
- **La prise en soins des problématiques de nutrition**, regroupant la prise en soin de la dénutrition, l'état bucco-dentaire, la prévention de la déshydratation, la prise en soin de l'incontinence,
- **La prises en soins des problématiques de la santé mentale**, plus particulièrement la prévention des complications liées à une démence, la gestion des troubles du comportement, la prise en soins de la dépression,
- **Les soins palliatifs et accompagnement de fin de vie**, avec la prise en soins de la douleur.

A. Présentation de mon étude de cas : Madame M. « D'un corps fonctionnel à un corps ressenti »

1. Introduction

Je rencontre Madame M. dans le cadre de mon stage d'apprentissage des conduites thérapeutiques que j'effectue au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) non loin de Bordeaux. Cette dame est accueillie en hébergement définitif car elle présente la maladie de Parkinson entraînant un risque de chute trop important pour le maintien à domicile. En ce qui me concerne, j'interviens dans la continuité de la prise en soin effectuée par la psychomotricienne.

2. Anamnèse

Madame M., âgée de 78 ans, est l'aînée et l'unique fille d'une fratrie de 3 enfants. L'un de ses frères est décédé il y a 4 ans tandis que l'autre vit en Gironde.

Après l'obtention de son certificat d'étude et d'un CAP de culottière, elle rencontre son mari en exerçant son métier. Ils ont ensuite toujours vécu dans la même commune que celle de l'EHPAD dans une maison qu'elle n'a jamais trop aimé. Elle aurait préféré vivre près de la mer dans leur maison de vacances.

Durant sa vie professionnelle, Madame M. a exercé plusieurs métiers : gérante de pressing, d'un bureau de tabac et agent immobilier, elle me dit souvent que c'est celui qu'elle a préféré. Depuis maintenant 12 ans, elle est à la retraite.

Son mari est décédé brutalement en décembre 2010 quelques jours après avoir été opéré de la prostate. Madame M. reste très marquée par ce moment comme elle a pu me le raconter lors d'une séance. Elle a vécu le décès de son mari comme un abandon et cela a signé, pour elle, le début de sa maladie. Ensemble, ils ont eu deux enfants et trois petits enfants. Sa fille vit aux Etats-Unis, elle ne la voit qu'une ou deux fois par an. Son fils, quant à lui, est le médecin coordonateur de l'EHPAD. Ses visites sont, de ce fait, plus fréquentes. Elle apprécie beaucoup passer des moments en famille mais comprend que cela ne soit pas régulier au vue des vies très chargées de ses enfants et petits enfants.

3. Au sein de l'EHPAD

Madame M. est une femme de corpulence normale, souriante et se montrant toujours agréable dans la relation que cela soit avec moi, le personnel soignant ou les autres résidents. Elle a tout de même son caractère et sait exprimer son mécontentement ou son ras le bol dans certaines situations. Lorsqu'elle entre en relation, Madame M. a un regard franc et adressé mais son visage est parfois inexpressif. La maladie de Parkinson entraîne une amimie et une rigidité au niveau de la face donnant l'impression de figer les émotions. Au niveau de sa posture, en position assise, elle se tient droite, mais ses pieds ne touchent que très rarement le sol. Lorsqu'elle est debout, elle a tendance à se pencher vers l'avant. Elle me semble être dans une certaine ambivalence. En effet, en présence d'autrui, elle a tendance à se laisser faire et me paraît être le plus souvent dans une économie motrice. Cependant, lorsqu'elle se retrouve seule, elle modifie son comportement, « ne veut déranger personne », mais a tout de même envie de faire les choses par elle-même.

Madame M. participe aux activités au sein de l'EHPAD, notamment les ateliers couture, informatique, et l'atelier équilibre effectué par la psychomotricienne. Cette résidente est éligible au Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), elle en bénéficie depuis mai 2015 à compter de deux jours par semaine (activité cuisine, réminiscence, motricité et cognitif). Elle vient aux séances de relaxation une fois par semaine lui permettant de se réapproprier son corps et d'améliorer l'estime d'elle-même. Elle participe également de façon hebdomadaire aux ateliers mémoire de la psychologue. Enfin, elle bénéficie de deux séances de balnéothérapie en bassin thérapeutique. Une le mardi en duo avec une autre résidente et une le jeudi en relation duelle avec la psychomotricienne.

Les professionnels la perçoivent comme quelqu'un pouvant se livrer davantage aux résidents qu'aux soignants. En effet, Madame M. se reconnaît peut-être dans le vécu des résidents et il est plus facile pour elle de se confier dans ce cas. C'est une personne qui « encaisse » beaucoup et qui prend sur elle mais qui n'en pense pas moins pour autant. Il lui arrive cependant de pouvoir s'exprimer lorsqu'un autre résident l'agace. Elle a tissé des liens de complicité avec d'autres résidentes et semble très empathique. Les relations avec son fils sont chaotiques et les soignants pensent que cela la préoccupe plus qu'elle ne veut l'exprimer.

De plus, elle accepte peu sa perte d'autonomie ce qui complique le vécu de son placement en institution.

La maladie de Parkinson a été diagnostiquée à Madame M. en 2012. Elle présente au quotidien une insuffisance veineuse, des vertiges ainsi que des migraines. Elle a subi, il y a quelques années une hystérectomie totale. Suite à des chutes, Madame M. s'est fracturée une vertèbre lombaire en octobre 2014 puis la clavicule en février 2015. Une évaluation psychologique a permis de repérer que Madame M. présente une démence à corps de Lewy à un stade léger (MMSE 25/30) avec un déficit au niveau de la mémoire à court terme. La mémoire sémantique, à long terme et de travail sont correctes. Elle présente des idées dépressives lorsqu'elle se confronte à ses difficultés cognitives et motrices. Ces sentiments et cette perception de la réalité construisent des idées suicidaires, elle a notamment verbalisé avoir réfléchi à se couper les veines. Suite à ces propos elle est suivie par la psychologue.

Elle intègre l'EHPAD le 23 février 2015 à la suite de la fracture claviculaire. L'origine de la demande, dans le projet de vie individualisé, concerne le maintien d'une autonomie à la marche et au transfert ainsi que le maintien d'une bonne image d'elle-même. Un bilan psychomoteur a donc été effectué.

4. Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur a été effectué par la psychomotricienne le 26 août 2015 afin d'évaluer les capacités et les difficultés de Madame M. et d'ainsi pouvoir mettre en place, à la fois, un projet de soin et des objectifs de prise en soin adaptés. Le bilan a été créé par la psychomotricienne. Il s'agit de plusieurs items provenant de différents bilans qui ont été regroupés.

Madame M. ne présente pas de troubles du schéma corporel. Elle est capable de reconnaître et nommer les parties du corps sur elle-même et sur autrui. Elle se représente correctement son corps et l'utilité de chacune de ses parties.

Au niveau du toucher ainsi que la douleur elle ne présente aucune douleur au repos ou en position assise. Par contre, des douleurs dorsales sont présentes lors de la posture debout et de la marche.

Le tonus de fond, de posture et d'action sont adaptés en position assise. Le tonus de l'axe et des membres inférieurs en position debout et lors de la marche est quant à lui moins adapté : est noté une alternance entre hypertonicité de l'axe à certains moments avec rétropulsion ; ou hypotonie de l'axe et des membres inférieurs avec difficulté de redressement et piétinement. La mobilisation passive est possible mais elle accompagne les mouvements (elle a peut-être eu une appréhension « de se faire manipuler »).

En ce qui concerne son autonomie, et plus particulièrement sa motricité, les coordinations dynamiques du haut du corps sont préservées malgré une akinésie présente. Elle est capable de lever les bras au dessus de sa tête, d'attraper un objet, de s'aider de ses bras lors de ses déplacements et de bouger facilement sa tête. Elle présente une force musculaire importante dans ses bras due à leur utilisation quotidienne dans la mobilisation du fauteuil roulant. Elle s'aide également beaucoup de ses membres supérieurs lors de la marche. Les coordinations du bas du corps sont intactes en position assise. Elle est capable de plier ses genoux et les lever vers le haut, de bouger ses chevilles et de mobiliser ses hanches. Une fois debout, elle a absolument besoin d'un appui pour tenir l'équilibre. Dans ce cas, elle peut sur un court instant, se mettre en équilibre unipodal et se baisser légèrement. Elle peut également se mettre sur la pointe des pieds mais son équilibre reste précaire. Elle se baisse pour ramasser un objet par terre en position assise mais cela est impossible debout. Elle parvient, après plusieurs reprises, à se lever seule en s'appuyant aux accoudoirs mais a absolument besoin d'un appui une fois debout. Elle se rassoit parfois vite et en se laissant tomber, ce qui est un facteur de risque de chute.

Elle marche avec l'aide d'un déambulateur sans roue, en poussant son fauteuil ou en s'aidant du bras d'un soignant sur une courte distance mais elle fatigue vite.

Sont notées une rétropulsion ou antépulsion du tronc avec difficulté de redressement et piétinement dû à l'akinésie entraînant des troubles de l'équilibre statique et dynamique. La position assise la met plus à l'aise sur le plan moteur. Debout elle fait preuve d'une perte d'ancrage et de stabilité. Le polygone de sustentation est un peu élargi.

Son organisation praxique et sa motricité fine sont bonnes. Elle est capable d'attraper un petit objet, de boutonner ou déboutonner un petit bouton et arrive à écrire. La pince digitale est fonctionnelle et elle sait utiliser les objets à bon escient. Les praxies visuo-spatiales et visuo-constructives n'ont pas été observées lors de ce bilan.

Elle est droitrière et reconnaît la droite et la gauche sur elle et sur autrui.

Le test de Tinetti a été effectué une première fois le 26 août 2015. Le résultat obtenu est de 10/28 signifiant ainsi que le risque de chute est élevé. Les troubles de l'équilibre statique et dynamique sont importants. C'est une résidente qui présente une rétropulsion importante ou au contraire une difficulté de redressement du buste. Elle a également du mal à lever ses pieds, ce qui la fait piétiner et se pencher en avant. Cela est notamment dû à l'akinésie importante liée à la maladie de Parkinson. Elle présente peu de réflexes spontanés de redressement et se jette en avant pour se retenir à une barre ou autre mais évalue mal les distances et le fait souvent trop tôt. Elle est parfois anosognosique sur ces difficultés motrices et il lui arrive de se lever seule de son fauteuil et de commencer à marcher.

Les objectifs de prise en soin à la suite de ce bilan concernent le maintien des acquis moteurs, un travail de l'équilibre, de l'ancrage et du redressement.

5. Notre première rencontre

Ma première rencontre avec Madame M., en octobre 2015, se fait en présence de la psychomotricienne lors d'une séance en balnéothérapie le vendredi après-midi. La balnéothérapie s'effectue dans une piscine. Suite à un commun accord avec elle, il a été décidé que je prendrai en soin Madame M. en autonomie le vendredi. Pour cela, il était nécessaire de modifier le jour de sa séance qui était habituellement le jeudi. Cela n'a pas posé de problème à Madame M.

Cette résidente a commencé les séances de balnéothérapie en février 2015 à raison de deux séances par semaine. Lors de la première séance en ma présence, elle se montre hâtive de me dévoiler ce qu'elle sait faire. Le corps me semble être, pour Madame M., associé aux mouvements et au côté fonctionnel. Il m'a l'air d'emblée difficile pour elle d'aborder le ressenti et le désir. Je vais dans l'eau avec elle, d'abord en tant qu'observatrice. La psychomotricienne est en dehors de l'eau. Lors de la montée des escaliers permettant d'avoir accès au bassin thérapeutique, j'observe chez Madame M. une akinésie importante. Cette lenteur est très présente en dehors de l'eau. Dans le milieu aquatique, elle est toujours observable mais est moins marquée. Je remarque également une volonté d'être dans le mouvement, qui me semble plus être sur un mode réflexe. Au niveau de la marche, elle a tendance à se hisser avec les bras sur les barres présentes dans la balnéothérapie et ses pieds restent en arrière ce qui engendre une rétropulsion qu'elle a du mal à appréhender. Beaucoup de ses mouvements restent en suspens à cause principalement de la maladie de Parkinson. En effet, il n'est pas rare de la voir se stopper en plein milieu d'un mouvement, la jambe en l'air, ne sachant plus ce qu'elle doit faire. Il s'agit de « freezing : *Il est caractérisé par l'interruption brutale de la marche, pouvant survenir spontanément, sans raison apparente, ou bien au contraire être provoqué par un stimulus visuel* »⁶⁷. La guidance verbale me paraît alors essentielle. Je remarque également un manque d'équilibre statique et dynamique important ainsi qu'un manque d'ancrage au sol, comme si ses pieds n'étaient qu'un bloc. A ce moment-là, Madame M. n'a pas conscience de ses freezings. Un clivage entre sa tête et son corps me semble s'opérer.

Madame M. m'interpelle souvent lors de cette première séance et se rassure en parlant de ma taille et de ma capacité à être à l'aise dans l'eau. Elle me donne l'impression d'avoir besoin que mon corps tienne pour l'aider à soutenir le sien.

⁶⁷ http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MID/ENC/Neuro/item_340.pdf.

Elle me fait part d'un ras le bol de cette maladie qui la fait régresser de jour en jour sans qu'elle ne puisse réagir. Son tonus augmente et témoigne d'une colère démontrant une envie toujours présente de se battre et de ne pas abandonner.

Pour finir, elle a accepté que je l'aide à enlever son maillot, à prendre sa douche, et à se rhabiller en fin de séance. Je remarque lors de ces temps qu'elle se dévalorise et se parle à elle-même en disant « aller dépêche toi mémé ». La maladie de Parkinson entraîne une rupture biographique pouvant altérer la continuité d'être et le sentiment d'identité. L'estime de soi est souvent mise à mal.

6. Premières séances et signes cliniques

Les séances de balnéothérapie se déroulent tous les vendredis à 14h30 à la suite des séances de relaxation. La relaxation propose un passage par la sensation, l'éprouvé corporel, au plus près du rythme de la personne permettant de vivre l'expérience d'un corps contenant et fiable. C'est avant tout un moment de détente et de conscience corporelle vers une verbalisation du ressenti. En aval de ces séances, Madame M. a une akinésie moins marquée. Ce temps lui permet, en amont des séances en bassin thérapeutique, de reprendre contact avec son corps. En effet, lors des séances du mardi matin avec la psychomotricienne, elle a beaucoup de mal à initier le mouvement et semble très ralentie sur le plan moteur. Cette résidente attend avec impatience dans sa semaine ces temps dans l'eau. Elle ne les oublie jamais alors qu'elle présente quelques troubles mnésiques. Le cadre a bien été repéré et intégré par Madame M. Elle m'exprime souvent qu'elle aimerait pouvoir y venir tous les jours de la semaine car c'est un moment qu'elle affectionne particulièrement.

La séance commence dès l'instant où je l'accompagne de la relaxation en balnéothérapie. L'heure et le lieu fixes permettent à Madame M. d'avoir un repère spatio-temporel fiable sur lequel elle peut s'appuyer. Ce moment constitue déjà le cadre thérapeutique. L'importance de la contenance du cadre est comparée par D. Anzieu à un « contenant maternel ». Il représente l'enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute, ayant le rôle d'une seconde peau psychique. Ce dernier permet aux résidents de vivre des expériences corporelles positives dans un climat de sécurité. Madame M. a rapidement intégré le cadre des séances. Elle préparait son peignoir et son maillot de bain avant les séances de relaxation afin d'être prête tout de suite après. Le temps d'avant séance au vestiaire est un moment nous permettant de reprendre contact. Nous nous voyons seulement le vendredi.

Elle saisit ce moment pour me raconter ce dont elle se souvient de sa semaine, son état d'esprit du moment et elle me fait régulièrement un récapitulatif de ses chutes et de ses éventuelles balafres. Elle revient souvent sur sa maladie et me pose beaucoup de question sur son devenir. Au fur et à mesure de l'année, elle en vient à me faire part d'une lassitude et d'une envie d'en finir. Elle s'ennuie dans l'EHPAD et aimerait rentrer chez elle. Je vois là une fois encore la possibilité d'une anosognosie. Dans ces moments, je me montre empathique avec Madame M. Je l'écoute dans son ressenti et j'essaye de me montrer contenante et rassurante dans mes gestes ainsi que dans mes paroles. Elle parvient à s'apaiser une fois qu'elle a pu se livrer.

Sur le plan moteur, tout prend du temps avec Madame M. Lorsqu'elle se déshabille elle apprécie ma patience et sent que cet espace est dédié à son propre rythme, ce qui n'est pas toujours le cas dans l'institution.

Elle se déplace en fauteuil roulant mais tient à accéder dans l'eau par les escaliers. C'est un moment important pour elle. Elle aime dire que les autres résidentes ne le font pas. Elle se déplace en piétinant, et se tracte par les bras afin de monter les marches. Elle désinvestit de plus en plus le bas du corps.

Une fois dans l'eau, nous commençons les séances par faire quelques pas dans le bassin. Elle reste cramponnée aux barres de chaque côté. Ses bras, ses épaules et sa nuque sont très tendus. Son tonus n'est ici pas adapté à l'action. Puis ce temps se transforme en mise en place d'un travail autour de la marche dans les différents plans de l'espace : en avant, en arrière, et en variant les rythmes. C'est ce qui avait été instauré par la psychomotricienne. La marche se fait par guidance verbale afin d'ouvrir le périmètre de marche. La psychomotricienne insiste sur le déroulé du pied, et l'amorce du pas par le talon. L'eau lui permet également de mieux lever ses genoux et, de ce fait, augmenter le périmètre de marche. La séance se termine principalement par un temps de détente avec un massage du dos grâce à un jet auto-massant. Madame M. affectionne particulièrement ce moment, son visage se détend et elle se laisse aller à cette sensation de bien être. La sortie de l'eau est en général plus facile et plus fluide que l'entrée. Elle a des mouvements plus enchaînés avec moins de moments de latence. Elle n'y prête pas forcément attention. Pour finir, le temps de douche s'effectue par Madame M. et je l'aide à se rhabiller tout en faisant généralement un point sur cette séance. Je remarque à ce moment là que Madame M. n'aime pas particulièrement mettre des mots sur son ressenti. Elle est dans un certain clivage entre sa tête et son corps.

7. Hypothèses de travail

Après trois mois passés, le travail dans l'eau est cohérent mais j'ai pu envisager un nouvel axe de travail. C'est une résidente chutant régulièrement. Ce qui me questionne sur son équilibre psycho-corporel. La maladie de Parkinson engendre un rétrécissement du périmètre de marche, un piétinement et une akinésie importante pouvant entraîner des chutes. A répétition elles peuvent provoquer un effondrement tant sur le plan corporel que psychique. Aujourd'hui, le travail avec Madame M. se fait sur la conscience corporelle à travers la verbalisation de ses ressentis au niveau plantaire et corporel, l'adaptation tonico-postural ainsi que des expériences positives du corps. D'après Eric Pireyre « *le plaisir du jeu et la réhabilitation positive du corps participent à la sécurité psychocorporelle et garantissent l'élaboration d'un Moi actuel et présent à l'autre. Cette affirmation identitaire est indissociable de la valorisation narcissique et de l'estime de soi prodiguées par la psychomotricité.* »⁶⁸.

Les principaux axes de travail se centrent donc à présent sur l'axe corporel et l'ancrage du corps au sol ainsi que la régulation tonique. L'objectif est de lui permettre de mieux ressentir son corps dans sa globalité pour qu'elle conserve une bonne image corporelle et estime d'elle-même.

⁶⁸ Pireyre E., *Cas pratiques en psychomotricité*, Dunod, 2015, Paris, p. 266.

8. Suite de la prise en charge

Depuis le mois de janvier, chaque séance débute par un temps de massage au niveau plantaire afin de lui permettre de ressentir cette partie du corps de plus en plus désinvestie. Ce temps est associé à un temps de verbalisation sur l'ensemble de ses sensations et sur le rôle des pieds et des appuis plantaires. Au départ, elle ne m'en dit pas grand chose à part que cela est agréable. Au fur et à mesure, elle me demande de prendre une balle avec des picots plus grand, elle porte de plus en plus son attention sur les moments où j'appuie un peu plus. Elle me parle de la sensation de « dur » au niveau de son pied. Je suppose que cela lui permet en premier temps de sentir les sensations osseuses, d'un squelette, d'une armature solide en elle. Dans un second temps cela lui permet de sentir le volume du pied et enfin de la jambe afin de sentir la masse musculaire. Dans les séances suivantes, je l'invite à s'auto masser. Elle prend soin de masser l'intégralité de sa voute plantaire. Progressivement le massage au niveau des pieds s'étend sur le corps dans sa globalité. Elle doit en premier lieu s'auto masser toutes les parties de son corps. Elle reste encore beaucoup au niveau du membre supérieur. En revanche, lorsqu'elle doit s'occuper de mon corps, elle prend le temps et est consciencieuse sur chacune de mes parties jusqu'au bout des pieds. Cela peut lui permettre de revivre ce temps de soignant-soigné tout en inversant la dynamique habituelle. Quand elle se retrouve dans l'action, le ralentissement psychomoteur se fait moins sentir. Elle exprime un bien être et parle de son corps avec des adjectifs valorisants. Moyano parle d'implication corporelle pour décrire la disponibilité, l'implication et la participation étayante du psychomotricien essentielle dans la prise en soin. Cette implication est active, motrice, corporelle mais aussi émotionnelle. Le corps du thérapeute devient un soutien pour le patient : « *La médiation corporelle se voit ainsi fondée sur l'invitation et l'engagement dans l'interaction corporelle, à l'éprouvé d'un corps en relation* »⁶⁹. Le psychomotricien « *s'exprime à partir de lui-même, de tout son être-corps, ce qui donne une dimension d'authenticité toute particulière à la thérapie. Il parle, agit, et s'engage en fonction de ses expériences, de son vécu corporel, mais surtout à partir d'un travail spécifique de distanciation corporelle éprouvé et expérimenté dans sa formation, un travail personnel d'élaboration* »⁷⁰.

⁶⁹ Potel C., *Psychomotricité: entre théorie et pratique*, In Press, 2010, Paris, p. 31.

⁷⁰ Thiebo B., *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Unité psychomotrice: des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques*, Vol. 56, Elsevier Masson, 2008, Paris, p. 148-151.

En dehors de l'eau, c'est une résidente qui reste dans son fauteuil et qui est dans une économie motrice. L'eau lui permet une remise en mouvement en douceur. Les propriétés de l'eau et notamment la poussée d'Archimède permettent au corps et au handicap d'être portés, ils semblent plus légers. Catherine Potel nous dit que « *l'eau permet de faire des liens entre son mouvement et la connaissance de son corps* »⁷¹.

L'eau est un liquide enveloppant et contenant rappelant les notions de Handling et Holding de Winnicott. Suzanne Robert Ouvray parle de la notion de handling psychomoteur qui représente « *un ensemble de manière d'être et de faire qui prend en compte tous les niveaux d'organisation du sujet, tonique, sensoriel, affectif, représentatif et langagier.* »⁷². Avec Madame M., on travaille principalement autour de ses expériences corporelles agissant directement sur les sensations agréables et une diminution du tonus visant un bien-être global. Son corps touche mais est également touché par l'eau, ce qui peut engendrer une résonance affective. De plus, j'accompagne cette résidente dans la verbalisation de ses vécus permettant un soutien dans la représentation et le niveau langagier. Mettre des mots donne du sens au vécu. Le mouvement peut également être facilité dans cet espace contenant. Roussillon l'appelle le médium malléable. Il est, par définition, indestructible, indéformable et toujours disponible. Il assure un sentiment de sécurité permanent. Sécurité souvent mise à mal lors de la chute.

Dans la suite des séances j'ai travaillé autour de la marche car cela répond à sa demande de départ. Je ne l'avais pas travaillé dans un premier temps afin de repasser par un temps en statique permettant à Madame M. de se centrer sur ses sensations. Après lui avoir expliqué le projet thérapeutique elle a approuvé cette hypothèse. Avancer en variant les rythmes et les directions dans l'espace du bassin lui a demandé d'exercer une certaine force pour fendre l'eau et par là lui a permis de renforcer les sensations de l'axe vertébral, de la ceinture abdominale et du centre de gravité.

⁷¹ Potel C., *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Êres, 2009, Toulouse.

⁷² Robert-Ouvray S., « Porter un enfant c'est un savoir être », *Revue Métiers de la petite enfance*, n°59, 2000.

Au contraire, marcher en reculant, en se laissant glisser dans l'eau, jouer avec les courants créés par les déplacements, l'ont amenée à se laisser porter par l'eau et à favoriser le ressenti de toute la zone dorsale. Toutes les situations d'équilibre et de déséquilibre ont pu être expérimentées permettant de mettre en jeu ses ressentis au niveau des variations du tonus, et de l'alternance appui-perte d'appui. Elle s'intéresse de plus en plus à ce que cela lui provoque et parvient petit à petit à lâcher cette nécessité de comprendre l'objectif des exercices.

Il m'a fallu passer au-delà des mots avec Madame M. C'est une résidente qui communique beaucoup sur le plan verbal et notamment dans l'eau. Au fur et à mesure des séances j'ai pu me mettre à l'écoute d'une communication corporelle passant notamment à travers ce qu'Ajuriaguerra appelle le dialogue tonico émotionnel. A travers son tonus, ses mimiques, son regard j'ai petit à petit pu affiner mes observations et être au plus près de ses besoins, ses limites et son bien être. Il est le support du langage corporel.

Elle a, au fil du temps, appris à mettre son corps en jeu. Elle arrive même aujourd'hui à prendre du plaisir et apprécie particulièrement lorsqu'on inverse les rôles et que c'est à mon tour de jouer. L'alliance thérapeutique a été établie mais doit cependant être entretenue en permanence. Pour Denis Grabot il s'agit de « *la confiance accordée par le soigné au soignant* »⁷³. Elle a réussi à faire passer ses difficultés au second plan et j'ai pu découvrir une résidente taquine.

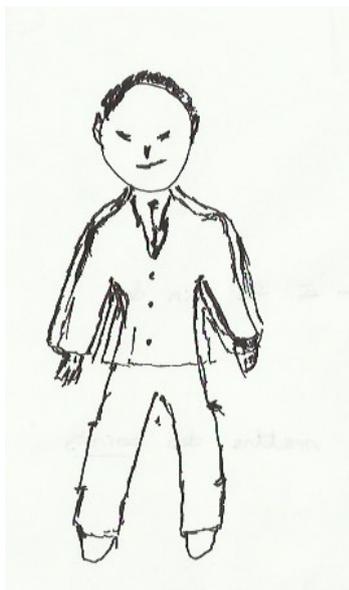
Les fins de séances se passent notamment avec un temps de relâchement tonique et de détente en position allongée. Dans un premier temps ce sont les boudins en mousse et mes mains qui la portent puis au fur et à mesure des séances les boudins disparaissent. Madame M. parvient de mieux en mieux à se détendre. Cette position lui permet de vivre une expérience de son corps unifié et enveloppé par l'eau chaude. Cette contenance physique participe au ressenti des limites corporelles.

⁷³ Grabot D., *Psychomotricien: émergence et développement d'une profession*, Solal, 2004, Paris.

9. Le dessin : rendre visible l'invisible conscience du corps

La conscience corporelle n'est pas quelque chose de palpable. Le dessin m'a permis de rendre visible, l'invisible. Après des séances de balnéothérapie, à trois reprises dans l'année, j'ai demandé à Madame M. de dessiner un bonhomme en fonction de ses ressentis. Voici ce qu'elle a produit.

- Le premier dessin : Vendredi 27 Novembre 2015



Madame M. réalise ce dessin à la suite d'une séance en balnéothérapie le vendredi après-midi. Il ressemble beaucoup à son fils. Cela me donne l'impression qu'elle n'a pas réellement envie de dessiner ses ressentis. Elle est dans une optique de représentation graphique mais pas d'elle-même. Le dessin renvoie à quelque chose de très raide et figé, me faisant également penser à la rigidité induite par la maladie de Parkinson.

- Comment elle procède : Elle commence par dessiner le visage, puis elle passe beaucoup de temps sur le haut du corps. En ce qui concerne le bas du corps, on peut voir apparaître des points au niveau des jambes comme si elle ne se représentait plus elle-même cette partie du corps. Les mains et les pieds sont présents.
- Ce qu'elle dit en dessinant : « il est disproportionné », « je ne sais pas faire les yeux », « je ne sais pas faire les chaussures », « il est moche ». Elle a une vision très négative de ses capacités et se dévalorise tout le temps du dessin. Cela reflète la vision qu'elle a d'elle-même à ce jour.

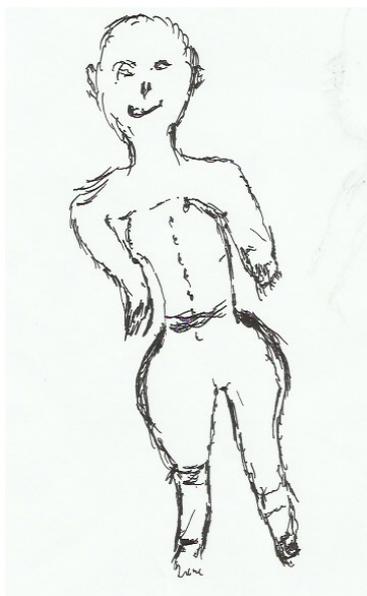
- Le deuxième dessin : Vendredi 29 Janvier 2016



Madame M. réalise ce dessin toujours à la suite d'une séance en balnéothérapie le vendredi après midi. Je remarque immédiatement des formes plus arrondies, moins rigides. Cette représentation, dans la posture qu'elle lui a donné, me fait immédiatement penser à Madame M. Son équilibre semble précaire.

- Comment elle procède : Le commencement se fait toujours dans le sens céphalo-caudal. En revanche, lors de ce dessin, Madame M. cite chaque partie des membres inférieurs en s'appliquant sur les détails. Elle part « des cuisses », en passant par « les genoux », « les chevilles » et enfin « les pieds ». À travers ce dessin, on voit qu'elle renoue petit à petit un lien avec son propre corps.
- Ce qu'elle dit en dessinant : « Oh, il est beau, il rigole », « je lui fais le torse, puis les hanches », « il est bancal mais il fera avec ... ». Les mots sont moins dévalorisants. L'apparition des hanches rend compte de l'évolution de ce bonhomme vers une certaine féminité. Je fais l'hypothèse que la représentation n'est plus seulement graphique mais cela se rapproche de la représentation qu'elle peut avoir d'elle-même.

- Le troisième dessin : Vendredi 1 Avril 2016



Effectué à la suite, une nouvelle fois, d'une séance en bassin thérapeutique, ce dessin laisse entrevoir une féminité évidente. Les hanches sont en effet très marquées. On peut également apercevoir une poitrine. L'équilibre est toujours précaire, mais cela n'a pas l'air de la gêner. Sur le dessin précédant elle a eu besoin de le signifier.

- Comment elle procède : Elle commence par dessiner le visage. En arrivant aux épaules, elle ressent le besoin de se toucher et prend le temps de s'appuyer sur ces perceptions avant d'effectuer la représentation. Elle reproduit cela jusqu'à la fin du dessin.
- Ce qu'elle dit en dessinant : C'est la première fois qu'elle ne parle pas. Elle finit uniquement en me disant « c'est celui que je préfère ».

Réflexions synthétiques :

Ces trois dessins illustrent bien l'évolution de Madame M. dans son réinvestissement corporel. On peut voir qu'au fur et à mesure, l'expression de la représentation d'elle-même est de plus en plus signifiée. De plus, l'utilisation du dessin me semble un bon outil pour le psychomotricien car il reflète l'évolution et la progression dans le parcours de soin.

10. Conclusion de l'étude de cas

Madame M. a un équilibre qui reste précaire mais elle a de plus en plus conscience, lorsqu'elle est dans l'eau, de ses appuis plantaires et de son corps. Ce travail ne se répercute pas forcément dans sa vie quotidienne. Hors de l'eau, elle marche encore beaucoup sur la pointe des pieds même si parfois il lui arrive de se dire à elle-même « je sens que je ne suis pas sur tout mon pied, le talon est en l'air ». Une diminution des chutes est pourtant remarquée. Ce qui me laisse penser que le travail effectué en équipe pluridisciplinaire amène Madame M. a un réinvestissement corporel lui permettant de réinstaurer un lien étroit avec son environnement et de réactualiser son sentiment d'exister.

Un travail autour du toucher thérapeutique pourrait être intéressant en plus de ces temps dans l'eau afin de renforcer la reprise de contact sur ses ressentis, sur son corps dans une dimension de plaisir procurant ainsi un mieux être. Le travail en psychomotricité permet alors a Madame M. d'être unifiée de la tête aux pieds.

Les séances de psychomotricité en balnéothérapie lui ont permis de « *sentir son corps propre autrement que comme un ennemi* »⁷⁴. Pour moi ce qui est important est qu'elle réinvestisse positivement son corps et qu'elle puisse prendre du plaisir avec celui-ci et dans la rencontre avec l'autre. Elle parle de plus en plus de ses souvenirs et de ses moments heureux. Elle parvient dans ces séances à se décentrer de sa maladie et à ne plus être uniquement caractérisée par celle-ci. Ainsi à travers cette prise de conscience corporelle, Madame M. renoue petit à petit avec son identité.

Madame M. est une femme ayant besoin que l'on soit à l'écoute et disponible. Ces temps de balnéothérapie sont des temps qu'elle investit. La poursuite d'une prise en charge en psychomotricité à travers la médiation aquatique me semble donc nécessaire afin de maintenir ses capacités existantes le plus longtemps possible et l'amener à reprendre du plaisir dans des mouvements corporels en toute sécurité.

*« Il sera alors question non plus uniquement du désavantage à vieillir mais également du plaisir d'être, d'exister avec toute la sagesse et le bonheur que l'âge peut apporter. »*⁷⁵.

⁷⁴ Chadzynski D., « Des corps et des soins », *Pratiques en santé mentale* n°4, 1999.

⁷⁵ Personne M., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Ères, 2011, Toulouse, p. 59.

SYNTHÈSE PARTIE 4

Dans un travail aquatique, la psychomotricité, à travers le psychomotricien peut permettre d'amener la personne à une meilleure conscience du corps afin d'en faire un instrument d'expression et de communication. L'attitude, la disponibilité psycho-corporelle du psychomotricien couplées des émotions, des désirs, des fragilités mais aussi de l'histoire du patient sont pris en compte afin de tendre vers **un mieux être.**

DISCUSSION

Ayant effectué un stage avec des enfants polyhandicapés l'année dernière, je ne savais pas trop à quoi m'attendre avec un public âgé. Ce stage a ainsi été l'occasion pour moi d'un premier contact professionnel avec cette population. Au fur et à mesure, j'ai dû adapter mon ton de voix, ma prosodie, ma gestuelle afin de me mettre au rythme des personnes âgées. Cette évolution personnelle m'a permis de renforcer l'échange relationnel avec elles. En effet, la confrontation à une absence des ajustements aurait pu augmenter le repli relationnel de nos aînés.

En ce qui concerne l'étude de cas, Madame M. et son besoin de « faire », m'a confronté à mon besoin de « combler le vide ». En tant qu'étudiante en psychomotricité, j'ai souvent entendu que « c'est dans le vide que parfois il se passe pleins de choses ». Tout au long de l'année et des séances j'ai appris à lâcher prise dans ce besoin de remplir et je me suis laissée aller en harmonie avec Madame M. à ressentir et observer ce qu'il se passe lorsqu'on ne semble pas dans l'action.

Je suis satisfaite d'avoir pu constater que l'utilisation de l'eau est une médiation pertinente pour le réinvestissement d'un corps usé et pour offrir une nouvelle conscience corporelle. J'ai expérimenté la pluralité des bien-faits non négligeables sur les plans relationnelles, affectifs, fonctionnels, psychiques. De plus, avec cette médiation je me suis retrouvée au coeur de l'importance du travail en équipe dans une institution. Je me suis aperçue que la communication permettait un meilleur fonctionnement, et un climat plus appréciable tant pour les résidents que pour les soignants et d'ainsi effectuer son travail en toute sérénité.

CONCLUSION

Le vieillissement est un processus physiologique amenant la personne âgée à faire face à des changements inévitables. Ceux-ci peuvent entraîner un bouleversement profond. En effet, la diminution des capacités physiques et cognitives poussent, parfois, le sujet âgé dans une dépression. Lorsque la pathologie s'en mêle, la rupture biographique laisse des traces, le corps est de plus en plus associé à un poids dont on a envie de se débarrasser et l'identité est mise à mal.

Face à ce constat, la médiation aquatique me semble appropriée avec ce public. L'eau allège le corps, donne une fluidité aux mouvements, caresse la peau, éveille les sens. À travers ses multiples caractéristiques, elle est un milieu permettant à nos aînés de vivre des expériences sensori-motrices positives afin de réinvestir leur corps. En réactualisant une conscience corporelle propre leurs capacités existantes mais parfois oubliées sont mises en avant. Cependant, il est nécessaire d'être conscient de l'ambivalence liée à cet élément. L'eau réactualise un double rapport de dépendance, corporelle par rapport à l'élément et relationnelle vis à vis de l'autre, garant de la sécurité, ce qui oblige à reconstruire son autonomie. Elle demande au psychomotricien d'être dans une juste place et de trouver la bonne distance relationnelle.

Ce stage m'a permis de me confronter aux nombreux besoins de psychomotricité avec ce public et pas seulement avec les enfants. La confrontation à la mort laisse place à un avenir incertain. La prise en soin auprès des personnes âgées n'est pas destinée à rééduquer mais plutôt à améliorer un présent pour des résidents dont le futur est d'avancer à grands pas vers la mort. La psychomotricité est une psychomotricité du présent.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
AVANT-PROPOS	4
INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE EN INSTITUTION	8
I. LE VIEILLISSEMENT NORMAL	8
A. Définitions	9
B. Vieillir dans son corps	9
1. Effets du vieillissement sur les métabolismes	9
2. Effets du vieillissement sur le système nerveux	10
3. Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire	10
4. Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur	10
5. Effets du vieillissement sur la peau	11
C. Vieillissement perceptif	11
1. Au niveau de la perception visuelle	11
2. Au niveau de la perception auditive	12
3. Au niveau de la perception tactile	12
4. Au niveau de la perception proprioceptive	12
D. Vieillir dans sa tête	13
E. Vieillir aux yeux de la société	13
II. LE VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE	15
A. Les aspects neurologiques	15
B. Les aspects psychiques : la dépression	18
C. Vers la dépendance	19

PARTIE 2 : LA CONSCIENCE CORPORELLE : AU FIL DES ÂGES	20
I. LA STRUTURATION DE LA CONSCIENCE CORPORELLE ET SES REMANIEMENTS À L'ADOLESCENCE	22
A. Chez l'enfant : vers l'appropriation d'un corps propre	22
B. L'adolescence : le temps des changements	24
1. L'enjeu de la puberté : les changements physiques	24
2. Les changements psychiques à l'adolescence	24
II. LA CONSCIENCE CORPORELLE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE	25
A. Les conséquences du vieillissement pathologique sur le schéma corporel et l'image du corps	26
1. Le schéma corporel	26
2. L'image du corps	27
B. L'impact de la douleur dans le réinvestissement corporel	29
C. La neuro plasticité chez les sujets âgés	31
PARTIE 3 : L'EAU, l'élément et ses enjeux	33
I. L'ÉLÉMENT EAU	33
A. La phylogenèse : L'eau à l'origine de la vie humaine	33
B. Historique : l'eau ubiquiste	34
C. L'ontogénèse	36
1. Notions d'embryologie	37
2. L'eau dans la vie intra-utérine	38
a. Le tact	38
b. L'haptonomie	39
II. LA MÉDIATION EAU EN PSYCHOMOTRICITÉ	40
A. Définitions et généralités	40

B. La médiation en psychomotricité	40
C. La médiation aquatique	41
D. D'un point de vue psychomoteur	43
1. L'eau, un liquide enveloppant	43
2. Aspect subjectif de l'eau	43
3. Passage de l'air à l'eau : le corps s'ajuste	44
a. Adaptation tonique	44
b. Adaptation sensorielle	44
c. Adaptation respiratoire	45
D. Les limites de cette médiation	46
1. Les limites techniques	46
2. Les limites institutionnelles	46
3. Du psychomotricien face à cette médiation	46
4. De la personne accompagnée	47
PARTIE 4 : APPORTS DE LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS LE MILIEU AQUATIQUE : VERS UN RÉINVESTISSEMENT CORPOREL DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE	48
I. LE CADRE THÉRAPEUTIQUE EN MILIEU AQUATIQUE	48
A. Le cadre stable, « frame »	48
1. La loi	48
2. Le cadre institutionnel	49
B. Le « setting psychomoteur »	49
1. Le cadre physique	49
2. Le cadre psychique	50
II. LA PSYCHOMOTRICITÉ : LA RENCONTRE DE DEUX CORPS	51
A. La relation de confiance entre le patient et le thérapeute	51
B. Le dialogue tonico-émotionnel	51

III. LES ENJEUX DE LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS L'EAU	52
A. L'enveloppe et les limites du corps	52
B. Le tonus	52
C. Le schéma corporel et l'image du corps	53
D. L'axe corporel	55
E. De la conscience corporelle à la conscience de soi	56
A. Présentation de l'institution	57
1. La structure	57
2. Le projet de soins	58
A. Présentation de mon étude de cas : Madame M. « D'un corps fonctionnel à un corps ressenti »	59
1. Introduction	59
2. Anamnèse	59
3. Au sein de l'EHPAD	60
4. Bilan psychomoteur	62
5. Notre première rencontre	64
6. Premières séances et signes cliniques	65
7. Hypothèses de travail	67
8. Suite de la prise en charge	68
9. Le dessin : rendre visible l'invisible conscience du corps.	71
10. Conclusion de l'étude de cas	74
DISCUSSION	76
CONCLUSION	77
TABLE DES MATIÈRES	78
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	84

BIBLIOGRAPHIE

- **Albaret J-M.**, *Viellissement et psychomotricité*, Solal, 2001, Paris.
- **Belmin J.**, *Collège National des Enseignements en Gériatrie. Vieillissement (2nd édition)*, Elsevier - Masson, 2010, Paris.
- **Bullinger A.**, *Les effets de la gravité sur le développement du bébé, l'espace de la pesanteur*, 1001 BB n°143, Erès, 2015, Paris.
- **Brosseau H.**, « L'eau et les soins avec les malades psychotiques chroniques », *Vie sociale et traitement*, n°73, 2002.
- **Chadzynski D.**, « Des corps et des soins », *Pratiques en santé mentale* n°4, 1999
- **Dolto F.**, *L'image inconsciente du corps*, Points, 1984, Paris.
- **Dolto F.**, *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Folio, 2007, Paris.
- **Dortier J-F.**, *Le cerveau et la pensée : le nouvel âge des sciences cognitives*, Sciences Humaines, 2014, Auxerre.
- **Fernandez P.**, « Au-delà du principe d'Archimède, l'expérience du corps aquatique », *Evolutions psychomotrices*, Vol. 15, n°59, 2003.
- **Goffman E.**, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, De minuit, 1975, Paris.
- **Grabot D.**, *Psychomotricien: émergence et développement d'une profession*, Solal, 2004, Paris.
- **Guedeney N.**, *L'attachement, un lien vital*, Fabert, 2011, Paris.
- **Lambert D.**, Rezsöhazy R., *Comment les pattes viennent aux serpents : essai sur l'étonnante plasticité du cerveau*, Flammarion, 2004, Paris.
- **Larousse P.**, *Le Petit Larousse*, Larousse, 1905, Paris.
- **Latour A-M.**, « La pataugeoire : un corps à explorer et connaître », *Thérapie psychomotrice -et Recherches-*, n°159, 2009.
- **Le Camus J.**, *Les pratiques aquatiques du bébé*, Puf, 1991, Paris.
- **Marzano M.**, *Dictionnaire du corps*, Puf, 2007, Paris.
- **Mucchielli A.**, *L'identité*, Puf, 2013, Paris.
- **Paillard J.**, « Le corps situé et le corps identifié, une approche psychophysiologique de la notion de schéma corporel », *Revue médecine suisse romande*, 1980.
- **Personne M.**, *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Erès, 2011, Toulouse.
- **Pireyre E.**, *Cas pratiques en psychomotricité*, Dunod, 2015, Paris.

- **Pireyre E.**, *Clinique de l'image du corps*, Dunod, 2015, Paris.
- **Ponton G.**, « La réorganisation de la conscience corporelle », *Congrès du SNUP*, 2011, Strasbourg.
- **Potel C.**, *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Ères, 2010, Toulouse.
- **Potel C.**, *Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité*, Ères, 2009, Toulouse.
- **Potel C.**, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, In Press, 2000, Paris.
- **Rey-Debove J., Rey A.**, *Le Petit Robert*, Le Robert, 2004, Paris.
- **Robert-Ouvray S.**, « Porter un enfant c'est un savoir être », *Revue Métiers de la petite enfance*, n°59, 2000.
- **Roussillon R.**, *Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise*, Paradoxes et situations limites de la psychanalyse, Puf, 1991, Paris.
- **Scialom P., Giromini F., Albaret J-M.**, *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*, Solal, 2011, Paris.
- **Thiebo B.**, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Unité psychomotrice: des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques*, Vol. 56, Elsevier Masson, 2008, Paris.
- **Tournier M.**, *Petites proses*, Folio, 1986, Paris.
- **Weber F.**, *Handicap et dépendance. Dramas humains, enjeux, politiques*, Rue d'Ulm, 2011, Paris.
- **Winnicott D. W.**, *L'enfant et le monde extérieur*, Payot, 1989, Paris.
- **Winnicott D. W.**, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Gallimard, 1975, Paris.
- **Wittling M.**, « Ontogenèse du schéma corporel chez l'Homme », *L'année psychologique*, Vol. 68, n°1, 1968.

Sites Internet :

- <http://www.sfetd-douleur.org/definition>
- http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/54_poly_vieillessement_1.pdf
- <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/cours.pdf>
- <http://infocom.ca/rea-pathologies/maladie-de-parkinson/> et www.franceparkinson.fr
- Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/fr/>
- http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MID/ENC/Neuro/item_340.pdf.

ANNEXES

Le bassin thérapeutique : ses dimensions sont de 4,9 mètres de longueur et 3,4 mètres de largeur. La hauteur est de 1,05 mètres. La température de l'eau est de 33 degrés, l'air ambiant est également chauffé.

