HAL
open science

En mouvement. Réflexion sur la pratique psychomotrice auprès de sujets hospitalisés en service de Soin de Suite et de Réadaptation

Margot Fréret

To cite this version:

Margot Fréret. En mouvement. Réflexion sur la pratique psychomotrice auprès de sujets hospitalisés en service de Soin de Suite et de Réadaptation. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340443

HAL Id: dumas-01340443

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340443v1

Submitted on 1 Jul 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

EN MOUVEMENT

Réflexion sur la pratique psychomotrice auprès de sujets hospitalisés en Service de Soin de Suite et de Réadaptation.

FRERET Margot
née le 08/02/1994 à Mont Saint Aignan

Directrice de mémoire: Anaïs Delacôte

Juin 2016

Merci,

aux personnes,
lecteurs, accompagnateurs, patients, formateurs, penseurs, écrivains,
soutenant, dansant, questionnant, aimant…

à tous ceux qui ont accompagné et accompagneront ma réflexion.

Avant-propos

« Notre vie n’est que mouvement. »

- Michel de Montaigne -

« Au lieu d'une discontinuité de moments, l'esprit apercevra la fluidité continue du temps réel qui coule indivisible, au lieu d'états superficiels, il saisira un seul et même changement qui va toujours s'allongeant comme dans une mélodie où tout est devenir, plus d'états inertes, plus de choses mortes, rien que la mobilité dont est faite la stabilité de la vie. »

- Henri Bergson -

Sommaire

Avant-propos **4**

Sommaire **5**

Introduction **6**

Partie I - L'hospitalisation au sein d'un service de Soin de Suite et Réadaptation **11**

I. Un contexte de rencontre : Le Service de Soin de Suite et Réadaptation 12
II. Un événement dans la vie de la personne 14
III. Une rencontre psychomotrice 28
IV. Directions dans la réflexion psychomotrice 35

Partie II - Mouvement et psychomotricité **38**

I. Mouvement - Définitions et concepts 39
II. Le développement psychomoteur en mouvement 53
III. Prise en soin psychomotrice en mouvement 64

Conclusion **81**

Table des matières **84**

Bibliographie **86**

Introduction

La réflexion que j'ai menée au cours de l'année et dont je rends compte dans ce mémoire part de la question du **mouvement** et s'inscrit dans le contexte des rencontres que j'ai pu faire au cours de mon stage au sein d'un Service de Soin de Suite et de Réadaptation (SSR). Les mots que je pose ci-après inscrivent alors une étape dans le processus continu qu'est la formation de psychomotricien. Ils parleront d'un instant de ce mouvement évolutif.

Pour orienter ce travail de synthèse j'ai centré mes questionnements autour de la problématique suivante :

Lors d'une hospitalisation au sein d'un service de Soin de Suite et de Réadaptation ; comment le psychomotricien, à travers le mouvement, accompagne le sujet dans son incarnation ?

Nous verrons que plus largement cela soulève une question existentielle, en mettant en jeu la question de la continuité - discontinuité et donc des relations.

J'ai choisi le terme *incarnation* car il vient du vécu d'une patiente. Je l'ai rencontré à la lecture de "la femme désincarnée" dans le livre d'Olivier SACKS : L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau. Cette femme présente un trouble de la proprioception, elle ne perçoit plus le mouvement. Il m'est ainsi apparu très à propos pour mon sujet, puisque mon élan est de **susciter la conscience corporelle du sujet à travers le mouvement**.

Le terme ***incarner*** vient du latin *incarnare* (formé sur *caro, carnis* « chair ») qui signifie « entrer dans un corps ». Il décrit alors un mouvement s'inscrivant dans le corps.

Mais de quel **corps** parlons-nous ?

On se rend compte qu'il est très difficile de parler du sujet dans une dynamique psychomotrice, en considérant l'**unité psyché-soma**, sans laisser apparaître un clivage. Il me semble que les termes de la langue française nous contraignent à "bricoler" en créant de la résonance, pour rendre cohérentes les différentes dimensions du corps que créé la grille de lecture qu'est le langage. Le mot psychomotricité est lui-même construit à partir des deux sphères que sont le psychique et le corporel.

« La mise en jeu du corps mobilise la sphère psychique » [1] ; ainsi c'est le sujet dans son ensemble qui est en mouvement. En psychomotricité, nous abordons le corps *« de façon large : il comprend bien sûr les **structures anatomiques et leur organisation**, mais aussi leur **intégration dans le mouvement et la relation**, ainsi que la **représentation et la conscience que chacun en construit**. »* [2]

Mais cette façon d'envisager le corps n'est pas partagée par tout le monde ; j'ai alors choisi d'utiliser le terme *incarner* : moins "quotidien" et donc moins imprégné de représentations divergentes.

Au vu du cadre hospitalier dans lequel s'inscrit ma réflexion, où le corps physique est une dimension largement et fortement partagée, il m'est apparu nécessaire pour moi-même, d'utiliser un autre terme pour parler de l'unité psycho-corporelle. C'est pourquoi j'ai choisi d'employer l'expression "corps réel"[3] pour parler du corps comme *« Ensemble des parties matérielles constituant l'organisme, siège des fonctions physiologiques et, chez les êtres animés, siège de la vie animale »*[4]. Je l'utiliserai en tant que la **dimension matérielle** de l'être, constituée de *chair*.

---

[1] LESAGE B., Jalons pour une pratique psychocorporelle, édition érès, 2012, p. 9.
[2] ibid, p. 10.
[3] Expression empruntée de l'article suivant : MARCOS I., Corps vécu/ corps réel, redonner du sens quand la vie emmure, *in Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 129, 2002
[4] Source CNRTL, URL: http://www.cnrtl.fr/definition/corps

Le “corps réel” est un angle de vu du sujet, dans sa dimension matérielle et concrète, qui n’est qu’une façon de le percevoir, le sujet n’existant pas seulement dans **l’espace** mais aussi dans le **temps**.

Ainsi, *incarnation* me permet, de partir de ce corps concret (dont parlent les sciences médicales), qui n’en est qu’une dimension, pour voir comment il n’est qu’une facette d’approche du sujet, que le psychomotricien tente de faire communiquer, de mettre en rapport avec d’autres angles de lectures.

J. de Ajuriaguerra insiste sur cette notion anthropologique de la **“chair”**, à la différence de la *« viande animale »,* (en espagnol ces deux idées étant rassemblées sous le même terme *carne*). *« La chair que l’on est »*[5]. C’est cette dimension **existentielle** que je retiens en parlant d’incarnation. Il parle de *« masse présente »*, de *« présence réelle »* ou encore de *« corps existants »*. Et c’est à cette **présence,** dont le corps peut être investi dans son existence, que je fais référence. La présence s’exprime dans le fait d’être en **relation**, tant à soi qu’à l’autre et à son environnement.

« À la naissance, le corps est là, informe et en formation et formule sa présence par le mouvement et l’agitation. » [6] Le corps réel **s’incarne et vient se signifier par le mouvement**. En effet le mouvement va venir susciter une modification dans les rapports et ainsi stimuler la perception du sujet en mouvement (tant pour lui-même que pour son environnement). On peut rapprocher le terme d’*incarnation* de l’expression **“habiter son corps”** ; le sujet s’inscrit dans sa matière corps, mais aussi dans la matière qui l’entoure, dans son environnement. Le corps, en tant que chair, est rendu vivant dans ces relations et dans la manière dont ces relations l’affectent, l’émotionnent, le mettent en mouvement.

[5] JOLY F. et LABES G. (coordonné par) Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Volume 1 : Corps, Tonus et psychomotricité, Editions du Papyrus, Paris 2009, p. 163.
[6] ibid

On peut aussi définir *incarner* comme ***« prendre l'apparence de »***[7]. Il y a quelque chose qui est rendu visible à travers le corps réel. Dans le cadre de la psychomotricité on peut rapprocher cela de l'**expression corporelle**. En effet, on trouve aussi les définitions : *« se matérialiser sous la forme de »* [8] ou encore *« représenter (une notion abstraite) sous une forme matérielle et visible »* [9] Le corps réel, matériel et visible, fait de chair, est une facette de l'être qui est donnée à voir dans un mouvement d'externalité. Tandis que le corps, fantasmatique, symbolique, représenté est l'angle de vu du sujet sur lui-même.

Incarner peut avoir pour synonyme : **figurer**. Le mouvement du corps venant figurer quelque chose de la personne, de son identité, de son état émotionnel, physique, psychique… L'état du sujet peut ainsi se figurer par un mouvement extérieur, tout comme il vient se signifier au sujet lui-même par un mouvement interne.

On utilise aussi le terme *incarner* pour le fait d' « ***Interpréter un personnage au point de s'identifier à lui. »***[10]. Dans l'interprétation il y a une composante subjective ; un même personnage sera interprété différemment en fonction de la personne qui l'incarne. Ainsi cela passe par une lecture personnelle, teintée d'affects.

Incarner c'est habiter son corps avec sa propre identité, sa propre **subjectivité**.

J'ai choisi ce terme car il comprend la dimension concrète du corps (concret au sens de « *qui est directement perceptible par les sens »*[11]), tout en l'inscrivant dans un mouvement d'identification, de subjectivisation. Il parle du sujet dans son évolution, dans son histoire, de son existence, de son "être là au monde", de la présence à soi et à l'environnement. **Le mouvement met en jeu le corps du sujet dans toute cette dynamique interactive et systémique de son existence**.

---

[7] Source CNRTL, URL : http://www.cnrtl.fr/lexicographie/incarner
[8] ibid
[9] ibid
[10] ibid
[11] Dictionnaire Larousse en ligne, URL: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/concret_concr%C3%A8te/17968

Les mots ne sont qu'une grille de lecture, filtrant nos ressentis. Des mots nous viennent pour décrire une situation, comme des sensations, des émotions, des gestes nous viennent.

Ainsi, pour répondre à la problématique exposée plus haut ; j'observerai dans un premier temps le contexte dans lequel elle est apparue. Nous verrons alors comment l'hospitalisation s'inscrit dans l'histoire et le vécu du sujet et comment cela vient interroger la psychomotricité. Puis dans un second temps je m'appuierai sur le mouvement et sa place dans le développement psychomoteur pour finalement rendre compte de la manière dont je l'ai investi pour accompagner les personnes rencontrées au sein du SSR.

Partie I - L’hospitalisation au sein d’un service de Soin de Suite et Réadaptation

I. Un contexte de rencontre : Le Service de Soin de Suite et Réadaptation

1) Un cadre physique

Les services de Soin de Suite et Réadaptation (S.S.R) sont des établissements qui accueillent des patients en hospitalisation complète. C'est pour eux un lieu de vie temporaire, qui se traduit physiquement par une chambre (qui peut parfois être partagée avec une autre personne). Le patient bénéficie donc d'un espace personnel mais également d'espaces communs (salle à manger, salons, bibliothèque), dans lesquels il peut se rendre librement, ainsi que d'espaces thérapeutiques (espace corporel et espace sensoriel) auxquels il n'a accès qu'en compagnie d'un membre de l'équipe.

2) Une équipe soignante

Dans ce cadre, les patients rencontrent différents professionnels soignants. Un médecin s'occupe de leur suivi médical ; des évaluations, bilans et traitements, tout au long du séjour. Il est également le prescripteur de toutes les interventions du pôle de réadaptation. Les infirmiers et les aides soignants rencontrent les patients au quotidien pour les soins ; toilettes, administration des traitements, … . En fonction de leurs besoins les patients peuvent aussi être suivis par des professionnels paramédicaux du pôle de réadaptation, une psychologue et/ou une assistante sociale. Le psychomotricien s'inscrit alors au sein du pôle de réadaptation composé d'une équipe paramédicale pluridisciplinaire (masso-kinésithérapie, psychomotricité, activités physiques adaptées, ergothérapie, diététique, orthophonie).

3) Des objectifs

Les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.) sont des établissements ayant pour objectifs, selon le Ministère de la Santé*, « de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales des déficiences et des limitations de capacités des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. »*[12]
« Ils comportent une dimension relationnelle et éducative. Ils se caractérisent surtout par la poursuite et le suivi des soins et du traitement, la restauration somatique et psychologique, la limitation des handicaps physiques, l'éducation du patient et/ ou de son entourage, la préparation de la sortie et la réinsertion sociale et familiale. »[13]

Plus spécifiquement, le Pôle de **Réadaptation** intervient, en fonction des besoins moteurs, cognitifs, alimentaires ou environnementaux des patients. Il a pour objectifs *« **d'impliquer** le patient dans sa prise en soin, afin de favoriser son **autonomie** et de préparer sa **réinsertion**, mais également de l'aider à trouver un **mieux être**. »*[14]

Ainsi le séjour au sein du SSR s'inscrit dans le parcours de soin du patient, en fonction de sa pathologie et/ou de son handicap. Cette étape fait le lien entre une prise en charge antérieure et la réinsertion dans un lieu de vie. Elle permet d'assurer la **continuité** des soins, des évaluations et bilans. Le patient est donc de passage dans le SSR, pour construire son projet de réadaptation. Ce sont les questions des limitations, de l'adaptation et de l'autonomisation qui sont abordées en réadaptation.
La prise en charge au sein du SSR interroge la durée de séjour, les objectifs et la demande. Ces trois éléments étant interdépendants.

Dans ce cadre de soin ; Qui rencontrons nous en tant que psychomotricien ? Quelles problématiques communes aux patients retrouve-t-on au sein du SSR ?

[12] Projet de service du SSR.
[13] ibid
[14] ibid

II. Un événement dans la vie de la personne

L'hospitalisation au sein d'un SSR est une étape dans le parcours de soin de la personne. Les patients y arrivent généralement avec un diagnostic médical déjà posé. Ils sont en provenance soit :

- "d'une hospitalisation de courte durée (CHU),
- d'un autre service de SSR,
- de soins de longue durée,
- directement du domicile,
- d'une structure médico-sociale."[15]

C'est un moment particulier qui inscrit une rupture avec un état antérieur. Cette rupture **met en mouvement le sujet dans toutes ses dimensions : physique, psychique mais aussi sociale et existentielle**.

1) Le diagnostic médical

De façon générale, les patients que nous rencontrons dans un service de Soin de Suite et Réadaptation (SSR), présentent *: « une **pathologie chirurgicale ou médicale récente ou chronique**, des **facteurs d'incapacité fonctionnelle**, une **fragilité médico-psycho-sociale. »*** [16]

Le décret N°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, mentionne les différentes affections suivantes: de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, onco-hématologiques, des brûlés, liées aux conduites addictives, des personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

[15] Ministère de la santé et de la solidarité, Synthèse des recommandations du groupe de travail sur les soins de suite et de réadaptation, Paris, 1er décembre 2006.
[16] ibid

Le SSR dans lequel j'ai effectué mon stage est organisé selon trois orientations spécifiques, dépendantes des affections représentées dans chaque service :

- Le SSR **polyvalent** reçoit des patients atteints de polypathologies médico-chirurgicales.
- L'unité de soin **gériatrique** prend en charge des patients âgés polypathologiques présentant un risque élevé de dépendance.
- Le SSR spécialisé en **oncologie** accueille des patients atteints de cancers.

Les patients arrivent alors au SSR avec des atteintes somatiques différentes. La lésion en question, pouvant se porter au niveau anatomique, physiologique et/ou neurologique, vient parler d'une partie du corps réel : un organe, un membre ou un système, matériellement localisable. La pathologie et/ou le handicap vient s'inscrire au niveau du **corps anatomo-physiologique du sujet.**

La problématique médicale peut toucher le corps biologique du sujet dans son fonctionnement physiologique aussi bien que le système squelettique dans sa structure anatomique. En effet, les fractures osseuses ou les prothèses sont des problématiques rencontrées fréquemment au sein du SSR. La **rupture** s'inscrit matériellement à différents niveaux du corps réel, venant toucher les membres, en périphérie, ou la colonne vertébrale, en position médiane.

On rencontre aussi des patients qui arrivent suite à une chute. Sans forcément que celle-ci n'ait entraîné une lésion particulière, le sujet peut faire face à des troubles altérant les fonctions : de l'équilibre, de la marche ...

*« Le corps, naturellement, s'appréhende tout d'abord dans une **dimension matérielle, « corporelle »** (du Körper), qui est **à la fois localisée dans des organes particuliers et diffuse dans l'ensemble du corps** (physiologique). À l'hôpital et au sein du corps médical, c'est ce corps-là qui fait l'objet de la plus grande attention et des traitements les plus suivis. »* [17]

[17] LIARTE A. et BROCQ H., « Les corps à l'épreuve de la maladie grave », Jusqu'à la mort accompagner la vie 2014/3 (N° 118), p. 35-44.

Cette affection médicale est l'**objectivisation** de la présence du patient au sein du SSR. Elle l'oriente dans le service qui comprend différents secteurs. Il peut donc être suivi au sein du SSR oncologique, gériatrique ou polyvalent.

C'est aussi par cette problématique médicale que sont identifiés les patients sur le listing destiné aux professionnels. Figure, à côté de leur Nom, Prénom, âge, numéro de chambre ; la problématique médicale des patients. Ces différents éléments constituent l'identité de la personne au sein du SSR. C'est par cela qu'il est présenté et identifié dans les équipes soignantes.

« Ce qu'ils ont, devient ce qu'ils sont » [18]

Nous reverrons plus loin en quoi l'hospitalisation vient questionner l'identité du sujet. En effet nous avons parlé de "fragilité médico-psycho-sociale". La problématique qui amène les patients au SSR est toujours prise dans une **systémie**, affectant la personne dans les différents aspects, les différentes dimensions de sa vie.

Le diagnostic médical met en mots, explique et localise un état de santé. Il exprime comment le corps du sujet est touché au niveau physique, biologique. Cette rationalisation donne une cause à des symptômes, des douleurs, des dysfonctionnements… C'est une description du corps réel qui semble attester d'une **dimension concrète**, un état de santé général du sujet.

La problématique médicale vient parler du corps physique dans ce qu'il a de plus réel. Elle raconte une réalité corporelle, à travers une mise en mots objective. Mais **le diagnostic médical n'est qu'un angle de vu du sujet, à travers un langage et donc une représentation spécifique**.

Dans ce diagnostic médical se lit une **rupture physique**, avec une modification de l'état antérieur. La pathologie vient créer une discontinuité dans l'évolution

[18] GAUCHER-HAMOUDI O. et GUIOSE M., Soins palliatifs et psychomotricité, édition heure de France, Paris, 2007, p.42.

perpétuelle du corps, de façon plus ou moins brutale. Celui-ci ne fonctionne plus comme avant et le sujet doit faire face aux différents symptômes que fait apparaître ce remaniement.

a. Des symptômes

Nous sommes *« confrontés d'emblée au corps réel du malade. C'est un corps assailli par la maladie, porteur de signaux globalement négatifs (douleurs, perte d'autonomie, déformations et pertes des repères corporels…). »* [19]

La problématique médicale à laquelle le sujet est confronté, en interaction avec le vieillissement général peut entraîner une **altération de ses capacités**:

- **motrices**, qui se modifient plutôt dans le sens d'une diminution de la force, de l'amplitude articulaire, de la vitesse…
- **cognitives**, telles que la mémoire, l'attention…
- **sensorielles**, notamment au niveau auditif et visuel, les perceptions du sujet étant aussi souvent perturbées par des **douleurs**.

L'atteinte des différents systèmes peut également entraîner des symptômes au niveau des **fonctions biologiques** (digestives, respiratoires, cardiaques…).

b. Prise en soins

Pour pallier à ces difficultés, le sujet est pris en charge au SSR. Il bénéficie d'un **suivi** et d'une **surveillance thérapeutique**, avec mise en place de traitements médicamenteux et non-médicamenteux.

Quand le corps dysfonctionne, les fonctions biologiques peuvent être assurées par des **appareillages** spécifiques. Ainsi le **"corps machine", objet médical,** se voit transformé par des "ajouts". Ces "extensions" du corps vont suppléer le sujet dans ses fonctions motrices (prothèses, déambulateur, fauteuil

[19] MARCOS I., Corps vécu/ corps réel, redonner du sens quand la vie emmure, *in Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 129, 2002

roulant…), sensorielles (appareils auditifs, lunettes...), biologiques (stomie, lunettes oxygène…). Elles sont des nouveaux repères pour le sujet, qu'il doit intégrer à son corps.

La rupture s'exprime au niveau de la *base équipementale (substrat génético-bio-physiologique)*[20], mais pas seulement. Quelles répercussions, ce diagnostic médical, a-t-il alors pour les patients, au quotidien?

2) L'autonomie remise en question

L'hospitalisation au sein du SSR est un événement qui s'inscrit dans la vie de la personne comme une **rupture**. Elle entraîne de nombreux **remaniements dans le quotidien de la personne**, nécessitant pour elle de trouver des adaptations. Et c'est tout l'enjeu de la prise en charge en "**réadaptation"**. Dans ce changement de cadre de vie, dans ces modifications des habitudes… c'est l'autonomie au quotidien du sujet qui est remise en question.

Les patients accueillis dans le service sont relativement âgés, le **vieillissement** est donc une problématique qui leur est commune. En tant qu'effet général du temps sur un organisme biologique, il potentialise les effets pathologiques. Ce processus diminue les réserves fonctionnelles au niveau de la plupart des systèmes physiologiques entraînant ainsi une **vulnérabilité** chez le sujet.

Les **incapacités**, conséquences des déficiences, rendent difficile ou impossible la réalisation de certains actes de la vie quotidienne. Ces difficultés sont à l'origine de

[20] Expression empruntée à JOLY F., dans : JOLY F. et BERTHOZ A. (coordonné par) Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Volume 4 : Développement corporel et relation à autrui : [actes du] colloque 1er et 2 juillet 2010 en hommage à J. de Ajuriaguerra, Editions du Papyrus, 2013, p. 246.

la **dépendance**. Au niveau social on note aussi des **désavantages** ou **handicaps** engendrés par les déficiences.

a. Autonomie et dépendance

L'autonomie est décrite comme l'absence de dépendance. Mais elle est aussi définie par la **capacité à se gouverner soi-même**. Elle présuppose alors la capacité de jugement, de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de ce jugement. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la **capacité** et de la **liberté**.

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

L'altération des capacités que nous avons vue dans la partie précédente, s'exprime au quotidien pour le sujet. Au niveau de ses **gestes et déplacements** la personne peut avoir besoin d'aide pour subvenir à ses différents besoins.

Au niveau organisationnel la personne peut être désorientée tant par une altération de ses capacités cognitives que par ce nouveau cadre de vie qu'est l'hôpital. Le patient se retrouve dans un lieu inconnu, où il vit à un rythme qui n'est pas le sien habituellement. Dans ce nouvel environnement, ses **repères spatio-temporels** sont modifiés.

b. Prise en soins

L'hospitalisation permet de mettre en place une aide humaine lors de la toilette, de l'habillage, du repas, … Cette prise en charge relève de la dépendance mais doit être réalisée dans le souci de conserver l'autonomie de la personne dans

le sens où elle peut encore exercer sa liberté de choix. Aux soins réalisés au quotidien s'associe une **prise en charge par le pôle de réadaptation**.

Les soignants travaillent dans le sens d'une diminution de cette dépendance en cherchant à ce que la personne puisse trouver des **adaptations** pour vivre au mieux dans ce rapport entre elle et l'environnement qui est changé. L'objectif est tourné vers un devenir, dans le souci des projets souhaités par la personne, lui permettant de **conserver son autonomie malgré la dépendance**.

Lors des synthèses hebdomadaires j'ai pu remarquer que l'accent était mis sur cet état somatique que nous avons décrit, ainsi que sur la question de l'autonomie du patient. Mais cela n'est qu'une description objective de la situation. Ainsi, nous pouvons nous demander ; Comment la personne hospitalisée en SSR est-elle atteinte dans sa subjectivité, sa personne propre ?

3) Le sentiment de désincarnation

Nous avons vu que l'hospitalisation crée une rupture dans la vie du sujet. Après avoir fait cet état des lieux, nous pouvons nous demander ce qu'il en est du **vécu personnel** du sujet quand à cette rupture? Est-ce que la défaillance objectivée est vraiment ce qui fait souffrance chez la personne?

a. Un corps vécu dans sa subjectivité

*« Au delà du corps réel existe un **corps vécu** par le malade et ceux qui le côtoient. »*[21]

[21] MARCOS I., Op. Cit.

Il apparaît important de se questionner à propos de *« comment la personne malade s'approprie ce qui lui arrive, comment elle habite, forge le lien entre corps et psyché. »*[22] Ce n'est donc pas simplement la dimension de corps réel qui est atteinte mais aussi celle de "corps vécu" ; la manière dont le sujet va investir ces ruptures subjectivement. Je le formulerai ainsi en **comment le sujet *incarne* son être là au monde dans cette situation d'hospitalisation**.

« Si le corps est appréhendé subjectivement, il l'est autant par des sensations que par des émotions, des représentations, des images et des croyances. »[23]

b. Des repères dans la continuité

Le sujet, atteint dans son corps, est confronté à une modification de ses **repères** dans sa relation à lui-même, mais aussi à son environnement, et d'autant plus lors d'une hospitalisation.

La problématique médicale, en interaction avec le vieillissement général entraînent un remaniement de la **conscience corporelle** du sujet. Le rapport du sujet à lui-même et à son environnement se voit transformé. Il est remis en question à différents niveaux d'implication (sensation, perception, motricité, appareillage...).

La conscience corporelle se construit notamment à partir des **sensations** et de la **perception** que le sujet en a. Or le sujet peut être amené à percevoir différemment (altération des capacités sensorielles). Il fait aussi parfois l'expérience de la douleur. Tout cela modifie un certain rapport à son corps. La relation de la personne à son environnement est altérée et on remarque parfois, en réponse à cela, un repli de la personne sur elle-même. Toutes ces modifications des perceptions participent à cette perte de repères.

[22] ibid
[23] LIARTE A. et BROCQ H., Op. Cit.

« La maladie grave, la douleur qui dure, de brusques changements corporels mais aussi la proximité de la mort induisent une fragilisation globale et d'un point de vue psychomoteur modifient notre image corporelle, nos modes de communication, nos perceptions sensorielles, nos capacités motrices… »[24]

Le sujet se construit aussi en mouvement. Mais dans cette rupture, il voit sa motricité être perturbée. Il faut souvent trouver d'autres chemins, et construire aussi de nouveaux **repères dynamiques**. De plus, les appareillages spécifiques sont aussi des nouveaux repères pour le sujet, qu'il doit intégrer à son corps.

« Chacun a construit au fil de son histoire une identité, une unité psychomotrice qui nous définissent dans nos repères d'être et d'agir. » [25]

Ainsi quand le corps est atteint par la maladie c'est tout le schéma corporel du sujet qui doit être remanié. Mais dans un contexte d'hospitalisation, il doit construire de nouveaux repères dans un environnement où ses **repères spatio-temporels** sont modifiés.

"Ici tous les jours se ressemblent" me dit Mme T.

Ses rituels hebdomadaires sont effacés dans le rythme quotidien de l'hôpital. Elle n'a donc plus de point de repère pour se situer dans la semaine.

L'espace est complètement différent aussi ; à la fois très grand et très réduit. De par leurs possibilités (physiques) restreintes et/ou de par la peur de se perdre, de nombreux patients ne sortent pas de leur chambre. Ils vivent dans un espace restreint et peuvent vivre l'extérieur, inconnu, comme immense et labyrinthique. Ils ne construisent donc pas de repères spatiaux.

[24] MARCOS I., Op. Cit.
[25] ibid

La rupture avec l'état antérieur (tant au niveau corporel, qu'environnemental) vient alors questionner la **continuité d'existence** dans une perte de repères. Le psychomotricien peut s'inscrire ici dans une vision systémique de la problématique du sujet en travaillant sur ces repères. Malgré l'évolution c'est toujours à travers le même corps que je perçois, à travers mon corps. "Mon" corps car je l'incarne, je l'investis, l'affecte de mes souvenirs, de ma personnalité.

L'hospitalisation vient déséquilibrer, déstabiliser un **sentiment de soi** construit sur cette perception du corps réel. Quand celui-ci est modifié brutalement, comment l'individu est-il déstabilisé dans son être? Comment cet élément vient questionner son identité?

c. Le corps dans une identité

Dans la maladie, le corps peut être fortement et brutalement modifié. Il ne remplit plus la fonction de repère, de stabilité sur laquelle il peut se construire. Le corps réel est touché, la personne peut alors ne plus **se reconnaître** à travers lui.

« Les stigmates du corps malade renvoient en quelque sorte à des failles somatiques, qui fragilisent l'identité »[26]

L'identité est mise à l'épreuve de la pathologie et du vieillissement. C'est cette chair qui est atteinte, cette interface mettant en relation le sujet et son environnement. Et c'est à travers cette interface, ce support matériel que le sujet s'incarne. Le discours médical venant le mettre là distance, les patients semblent parfois **se sentir dépossédés de leur corps.**

La rupture s'inscrit dans un remaniement au niveau « *du quotidien de la maladie qui rend le corps comme extérieur à soi, dans une position d'objet assailli*

[26] LIARTE A. et BROCQ H., Op. Cit.

par la maladie, objet d'un savoir extérieur »[27]*.* Elle vient questionner l'identité du sujet, son rapport au monde, son incarnation. Il y a comme une perte de **lien interactif à l'environnement** ; le sujet subissant la situation.

d. Une continuité dans l'évolution

L'identité vient de "**identique**". Dans cette situation de rupture où le sujet vit alors un sentiment de discontinuité d'existence, il est important pour lui de retrouver des repères, de l'identique pour soutenir le sentiment de continuité de soi.

« L'identité personnelle résulte de l'expérience propre à un sujet de se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique, dans sa réalité physique, psychique et sociale. L'identité personnelle est un processus actif, affectif et cognitif de représentation de soi dans son entourage associé à un sentiment subjectif de sa ***permanence****. Ce qui permet de percevoir sa vie comme une expérience qui a une continuité et une unité et d'agir en conséquence. »*[28]

L'identité est donc un processus en mouvement qui permet la représentation de soi et le sentiment de sa permanence au monde, le sentiment d'être le même malgré les changements. Elle constitue une **continuité** et une **unité** du sujet qui peut être et agir par lui-même, en relation à son environnement.

Bien que dans cette continuité identique, le sujet est en perpétuel **évolution** et **transformation**. Il se construit dans un processus dynamique, marqué par des changements, par le mouvement, du sujet lui-même mais aussi de son environnement. Il doit alors s'adapter à ces modifications et ainsi de suite ; l'adaptation interactive étant ce **processus dynamique**.

[27] MARCOS I., Op. Cit.
[28] DORON R. et PAROT F., Dictionnaire de la psychologie, PUF, Paris, 1991, p.360.

« L'homme se fait en se faisant » dit J. de Ajuriaguerra: il construit le monde, et la représentation qu'il en a, et le monde le construit à son tour, via le corps, les sens…

Or la rupture de l'hospitalisation peut être vécue comme brutale et déstabiliser le sujet qui n'est pas capable de s'y adapter et y répond par un désinvestissement, une immobilité, …

Lorsque ce corps devient médicalisé, *« Il se produit souvent un sentiment d'avoir un corps objet, un corps qui devient comme étranger à soi-même. »* [29] En effet c'est une part de l'individualité du sujet qui est touchée.

Le questionnement autour de l'autonomie et de la dépendance du sujet dans son quotidien vient marquer le sujet dans son histoire personnelle. La possible perte d'autonomie, s'exprime pour le sujet par un **sentiment de dépossession, de perte de maîtrise**. C'est souvent quelque chose de très difficile à vivre.

Quand Mme E. me raconte les événements ayant précédés son hospitalisation au SSR, elle a une vision fataliste, comme si les choses s'étaient enchaînées et accumulées depuis sa chute ("D'une petite chose ça a fait une montagne."), sans qu'elle n'ait pu agir dessus.

e. Un vécu dans le remaniement

« Certains esprits désincarnés se représentent le corps comme une masse flasque et pesante que l'on traîne avec lourdeur » [30]

Le **désinvestissement** peut s'exprimer au niveau de la motricité de la personne. Outre la diminution de ses capacités physiques, le sujet réduit ses mouvements et ses déplacements. De plus l'investissement affectif de son image

[29] MARCOS I., Op. Cit.
[30] JOLY F. et LABES G., Op. Cit., p163.

corporelle est souvent très affecté aussi. Le soin que peut porter la personne à son apparence est souvent laissé de côté.

Mme E. que j'ai rencontré au départ alitée, sans signe d'une quelconque attention esthétique, a petit à petit réinvesti narcissiquement son image, en se remaquillant et se coiffant.

Le sujet dans son évolution est affecté par les événements de vie auxquels il fait face. Il se remet alors en question dans ses capacités, dans ses représentations, dans son investissement narcissique et construit son **histoire propre**.

*« Parler du développement, c'est donc désigner - et tenter d'appréhender - une croissance, un déploiement, un déroulement et une révélation qui vont convoquer et révéler vie durant **le corps et son habitation**, dans ses formes successives et étagées, dans l'ampleur progressive de sa compétence et de sa fonctionnalité, dans ses aléas subjectifs, dans l'histoire parfois chaotique de ses propres investissements. »* [31]

Cet événement vient marquer, dans le temps, un changement. Souvent cela vient symboliser quelque chose du **vieillissement** du sujet. En effet ces marqueurs viennent symboliser quelque chose d'un corps qui vieillit, qui s'affaiblit, qui perd des possibilités. La pathologie vient marquer cette évolution de façon "brutale". Elle inscrit une discontinuité dans le processus continu du vieillissement.

Plus qu'un questionnement identitaire, c'est un questionnement **existentiel** que soulève cette rupture. En réveillant des angoisses de mort, elle vient susciter la question de la fin, de la mort. Si tout se modifie, qu'est-ce qui reste de ma vie ?

[31] JOLY F. et BERTHOZ A. (coordonné par) Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Volume 4 : Développement corporel et relation à autrui : [actes du] colloque 1er et 2 juillet 2010 en hommage à J. de Ajuriaguerra, Editions du Papyrus, 2013, p. 249.

L'hospitalisation au SSR actualise des signes de vieillissement et donc du rapprochement de la **fin de la vie**, de la **mort**. Ce questionnement est mis en jeu aussi par le corps qui petit à petit s'immobilise. Or, dans l'inconscient collectif, le corps réel rend visible la vie quand il est en mouvement. On dit très souvent des enfants qu'ils sont plein de "vitalité" quand ils bougent beaucoup. La vie est caractérisée par le **mouvement**.

"Je n'ai jamais était malade de ma vie" me dit Mme E. allongée immobile dans le lit. Derrière cette question j'entends : Est ce que c'est la vie qui s'arrête?
En effet, lors de la séance suivante, Mme E. dit en évoquant les événements de ce dernier mois : "ça m'a tué!". La maladie c'est ce qui a été objectivé. Mais cela lui parait hors d'elle, elle ne se reconnaît pas à travers le fait d'être malade, qu'elle exclu de sa vie. Cette déclaration rend bien compte de ce qu'implique l'hospitalisation dans le rapport à l'histoire de vie du sujet. Mme E. met en rapport cette expérience à l'échelle de sa vie. Et dans ce cas j'ai pu sentir le vécu d'une rupture.

En allant de l'objectivable vers l'existentiel on voit ici comment la problématique de la **continuité-discontinuité** peut être abordée, selon un point de vue systémique. Les différents angles de vue sont en relation les uns avec les autres, par des liens de cause à effet réciproques.

Pour la suite de ma réflexion je pars de ce vécu de **désincarnation**. Il se caractérise par le sentiment d'être coupé des relations à soi, à l'autre et à l'environnement, dans cette posture "d'objet". Ce corps n'étant plus investi de manière subjective par les émotions, affects, représentations propres... il n'a un rôle qu'à peine fonctionnel.

Dans l'idée **d'accompagner le sujet à s'adapter** pour vivre dans ce nouveau contexte ; c'est là et à partir de ce vécu que s'inscrit la prise en soin psychomotrice, interrogeant le **vécu propre et subjectif** du sujet, les demandes du patient.

Dans cette rupture, comment la problématique de continuité-discontinuité, du sentiment de désincarnation, est rendue visible et lisible par le psychomotricien ?

III. Une rencontre psychomotrice

L'hospitalisation au sein du SSR est un événement qui vient créer du *mouvement* dans la vie du sujet. Comment cette rupture dans son rythme propre, vient s'inscrire dans le **mouvement physique et psychique du sujet**?

« Le corps attaqué par la maladie fait trembler la totalité de l'être »[32]

L'observation du psychomotricien se tourne vers l'expression du vécu propre du patient ; comment à travers sa propre subjectivité il "reçoit" cette situation et comment il en rend compte. Le psychomotricien est alors attentif à ce qu'exprime le sujet à travers la communication verbale et non-verbale, notamment son expression corporelle, (qui est une observation un peu plus spécifique du psychomotricien).

Ainsi, je suis allée rencontrer les personnes, en me demandant : Comment, eux personnellement, vivent-ils leur état de santé et leur hospitalisation ? Comment cette rupture s'inscrit pour eux dans leur histoire personnelle ? Et comment le sentiment de désincarnation peut être mis en jeu et donc traduit à travers le mouvement du sujet ?

[32] MARCOS I. et BURUCOA B., « La psychomotricité en unité de soins palliatifs : au sujet d'une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA) », in Médecine Palliative Volume 11, 2012

1) L’échange des mots

Le temps de la première rencontre est principalement un temps d’entretien. Particulièrement dans ce contexte, avec des personnes âgées, l’échange verbal semble primer. En effet, il me parait important de prendre ce temps d’écoute pour rencontrer la personne et établir un premier lien. C’est un premier moyen d**’échanger** et de **créer la relation** en offrant à la personne un temps d’**écoute** et de **présence**.

Je demande généralement au patient de faire le **récit de son parcours de soin**, de me raconter les événements qui l’ont conduit ici.

En verbalisant, le sujet met en mots la situation et plus particulièrement sa vision de la situation. Les mots rendant compte de la façon dont la personne perçoit les choses, il est important de prêter attention non pas seulement à l’information principale qui est communiquée mais aussi à la façon dont elle l’est. Le choix des mots et ce que raconte la personne de son histoire traduit la **subjectivité** avec laquelle elle a perçu les choses.

On peut entrevoir en quoi cela **affecte** la personne et comment elle **investit** la situation d’hospitalisation. Certaines personnes vont nous parler simplement de l’aspect médical transmis par les médecins. Leur permettre d’en parler va les amener à s’approprier un peu ce qui leur arrive. D’autres, à l’inverse, vont y mettre beaucoup d’émotions. On peut voir à quel degré la personne se sent investie dans ce qui lui arrive ou au contraire à quel degré cela semble être extérieur à elle, comment elle le met à distance. Pour le sujet ça peut être aussi un “exercice” intéressant que de mettre en mots son histoire, de raconter comment les choses se sont passées. Cela permet une première mise à distance et une prise de recul.

« Une séquence d'événements ressentis, mis en cohérence et en sens dans l'interaction avec le parent, crée pour le bébé une sorte de petite narration pré-verbale, de petite histoire encore rudimentaire, que Stern a nommée enveloppe prénarrative. »[33]

À la façon dont les parents mettent en **sens** le vécu du bébé, le fait de raconter, inscrit l'événement dans une histoire de vie, dans une **temporalité**. On peut remarquer quels liens la personne fait entre les différents éléments de la situation mais aussi éventuellement avec d'autres éléments de sa vie. Elle rend compte de comment les choses s'organisent pour elle et comment elles prennent sens. Lors de la première rencontre, cette mise en mot permet donc au psychomotricien de percevoir le sens que met le patient sur ce qu'il vit.

2) Le corps dans l'échange

Bien que l'échange verbal semble être prépondérant dans cette première rencontre, l'attention du psychomotricien le sera tout autant dans la mise en mots du sujet que dans son **expression corporelle**.

a. L'expression corporelle

L'**expression** fait référence aux termes de : communication (d'idées, de sentiments...), manifestation (manière dont quelque chose ou quelqu'un se manifeste), traduction, représentation. C'est l'idée que quelque chose se rend visible, se transmet, devient recevable.

Le terme **corporelle** fait référence au corps ; c'est ce qui concerne le corps comme support matériel à l'expression.

[33] LATOUR A-M., source psychomotrice de l'expérience du temps ou le tonus comme une "sixième sens", 43 ème Journée Annuelle de thérapie psychomotrice, Corps et intériorité, Prendre forme au fil du temps, octobre 2014.

L'**expression corporelle** fait donc référence à la communication passant par le corps à travers les gestes, postures, mimiques... mais aussi aux manifestations du corps, comme les manifestations physiologiques (rougeurs, rythme cardiaque...). C'est la traduction d'un état (émotionnel, physique, mental...) par le corps ; le corps est le traducteur de l'état. Cela peut être toutes les représentations qui passent à travers le corps ; faisant appel à la fonction symbolique.

« Nous nous matérialisons au monde et nous existons par notre dimension corporelle. »[34]

Le corps est alors un médiat. C'est un support, un intermédiaire qui permet d'établir une relation par un interposé. Le corps est signifiant : il exprime le rapport immédiat que j'ai au monde.

b. Le corps en relation - *"comment le corps fait système"* [35]

« Hors du rapport du sujet avec le monde, le mouvement n'a pas de sens »[36]. La fonction symbolique du corps en mouvement ne peut s'exprimer que dans sa **relation avec son environnement**. « *L'espace va être le tableau d'inscription, la matière à sculpter, à modeler, qui va donner du relief au corps qui devient une "force symbolique". »*[37] Nous reverrons plus loin que le mouvant est lisible **spatialement** dans son rapport au référentiel.

« Densité que l'expression corporelle prend quand elle est habitée, quand elle s'inscrit dans une durée, dans une scansion, dans un rythme. » [38]

---

[34] MARCOS I., Op. Cit.
[35] KRISTENSEN S., « Maurice Merleau-Ponty, une esthétique du mouvement », Archives de Philosophie 2006/1 (Tome 69), p. 123-146.
[36] ibid
[37] POTEL C., "Tout au fond de nous, il y a un petit être qui danse", *Corps brûlant, corps adolescent. Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*, Toulouse, Erès « L'Ailleurs du corps », 2006, p. 138.
[38] POTEL C., Interview, « Passer par l'acte psychomoteur », *Enfances & Psy* 2013/4 N° 61, p. 20-31.

En effet, le mouvement prend sens dans son rapport à l'espace mais également dans son **rapport au temps, à l'histoire** personnelle du sujet.

Catherine POTEL parle d'un *« corps en résonance dont dépend la relation à soi et la relation à l'autre »*[39], elle le définit comme une *« interface active entre le sujet et son monde »*[40]. Le corps est le résultat rendu visible des influences internes comme externes auxquelles il est soumis et desquelles il fait la synthèse. Il rend alors compte de la **subjectivité** du sujet dans sa manière de réagir à la situation.

« Les nuances gestuelles sont le support de l'expressivité. » [41] Le corps est à travers son mouvement, l'expression d'un certain état du sujet.

« Pour soutenir l'interaction et la relation, les paramètres spatiaux, temporels et énergétiques du geste doivent être modulables. »[42] C'est à travers ces paramètres que le psychomotricien va pouvoir lire le mouvement du sujet. En le mettant en rapport avec un référentiel spatio-temporel, il va en dégager des informations. Faisant partie intégrante du processus dynamique, le psychomotricien va lui aussi, à travers ses mouvements **échanger des informations** avec le sujet.

L'expressivité du geste assure une **dimension intersubjective**. Des informations s'échangent entre le patient et le thérapeute à travers la qualité expressive du mouvement.

c. Le patient en mouvement

« Quand tout va mal, quand tout est douleur, ***le corps est une prison qui empêche, qui isole et enferme****. »*[43]

[39] POTEL C.,"Tout au fond de nous, il y a un petit être qui danse", Op. Cit., p. 130.
[40] POTEL C., Interview, « Passer par l'acte psychomoteur », Op. Cit.
[41] LESAGE B., Op. Cit., p. 208.
[42] ibid
[43] MARCOS I. Op. Cit.

Comme nous l'avons vu plus haut, on observe souvent dans ce contexte que les patients s'immobilisent. On voit un corps qui bouge moins, qui se fige. Ce n'est pas seulement dans ses possibilités de mouvement que le sujet est atteint mais aussi dans son lien à son environnement. On peut observer à quel degré le sujet est réceptif et dans une communication avec son environnement. Souvent, le sujet s'est **défendu de la rupture vécue par une hypertonie et une immobilité, en niant les relations, en se coupant des influences extérieures**.

Il arrive que dans ces situations de maladie physique, ce lien du sujet à son environnement, établit à travers son corps, soit désinvesti.

Lorsque j'entre dans la chambre, je vois une dame allongée dans son lit, qui ne laisse apparaître que sa tête et ses bras. Le reste du corps, immobile, sous la couverture, semble inexistant. Avant d'arriver au SSR, Mme E. a chuté à plusieurs reprises, elle a ensuite été hospitalisée et a eu plusieurs complications médicales se surajoutant a un état général assez mauvais.
En évoquant ces événements, elle me dit : "Je n'arrive pas à me relever". En effet, Mme E semble "atterrée" par ces événements. Le mouvement semble alors être devenu pour elle, à peine utilitaire.

Mais bien que le mouvement devienne moins perceptible, il est toujours présent. L'observation du psychomotricien doit être fine en portant son attention sur les légères modifications posturales, respiratoires, toniques, les échanges de regards…

De cette **observation** résulte une **impression** générale à laquelle il est important d'être attentif. Cette impression vient nous toucher au niveau émotionnel, provenant notamment du dialogue tonico-émotionnel qui s'est établi entre soi et le patient.

Le corps du sujet en mouvement informe son interlocuteur, modifie son rapport à l'environnement. Il informe aussi le sujet et modifie son rapport à lui-même.

« On passe alors d'une expression à une impression corporelle : une qualité gestuelle modifie l'état psychique particulier »[44]. **Le sujet réagit à son environnement à travers son corps en incarnant une certaine "qualité"**, notamment à travers un tonus spécifique qui prépare le mouvement. Il présente aussi une composante émotionnelle majeure. Alors, c'est toute la sphère psychique des affects, représentations… qui est également en mouvement.

L'expression corporelle s'adresse autant vers une **direction externe**, à l'environnement du sujet, que dans une direction **interne**, au sujet lui-même. En parlant de l'expression corporelle, je prendrais en compte ces différents niveaux :

- Ce qui s'échange entre les différents interlocuteurs (communication entre le patient et le thérapeute)
- Ce qui informe le sujet sur son état. On va donc soutenir le sujet dans cette écoute, dans cette réceptivité du corps, média de son être au monde, soutient de son incarnation.

"Je n'ai jamais trop écouté mon corps" me dit Mme T. C'est à travers ses douleurs qu'elle l'aborde. Et c'est un corps plutôt figé, crispé, avec des mouvements segmentaires et manquants de fluidité, qu'elle donne à voir. Je me rends compte qu'elle présente des troubles de la proprioception, elle ne réussit pas à reproduire un mouvement effectué passivement les yeux fermés. Le fait que la perception et donc une certaine relation à son propre corps soit altérée, altère alors également sa façon d'être dans l'espace. Lorsqu'elle est debout, elle semble manquer de repères et sa mobilité est heurtée.

L'incarnation ("dans son corps") étant à la fois : une **écoute** de cette expression corporelle, du mouvement du sujet et un **investissement** de cette mobilité par le sujet.

[44] LESAGE B., Op. Cit., p. 210.

IV. Directions dans la réflexion psychomotrice

Le suivi en psychomotricité va venir s'inscrire au niveau du vécu du patient face à la situation à laquelle il est confronté. A partir de ses observations et impressions, en quoi peut-on dire que le psychomotricien travaille dans une dynamique de soutien de l'incarnation ? Quels objectifs peuvent être posés lors d'une hospitalisation en SSR ?

*« Ces expériences permettent une reconstruction psychique à un niveau fondamental, celui du **narcissisme** primaire, dans les fondements même de **l'identité**, de l'**unité psychomotrice**. C'est un soutien pour préserver des **repères** d'expériences psychocorporelles pour intégrer ce nouveau corps qui change sans cesse. L'enjeu est de pouvoir être en position de **s'adapter** ; de réhabiliter des vécus corporels, donc une image de soi "regardable, habitable"... »*[45]

1) La dynamique subjective

Nous avons vu que le sujet pouvait avoir ce vécu d'un corps "objet". L'objectif va être de redonner un statut de **sujet** au patient ; en soutenant la dynamique **identitaire**, subjective du corps. Notre travail va être de l'accompagner dans la prise de conscience de sa **singularité** de son **individualité** et de son unicité à la fois pour renforcer un sentiment d'individuation. *S'incarner* c'est être sujet, être autonome, être acteur de ses choix. Nous verrons en quoi le mouvement peut venir solliciter cette position d'acteur du patient.

[45] MARCOS I., Op. Cit.

2) L'élan vital

Le psychomotricien va venir soutenir le patient dans le fait « *de se sentir* ***exister****, de se sentir* ***présent****, d'****habiter le temps et l'espace****. »*[46]

Nous avons vu que la vie était faite de mouvement, ainsi quand le sujet s'immobilise c'est parfois une perte d'élan vital qui survient en synergie. Notre objectif, en tant que psychomotricien va être de soutenir l'**élan vital** du sujet.

3) En relation dans l'espace

Le patient peut se sentir comme étranger à lui-même. Un travail autour de la conscience corporelle va venir soutenir l'établissement d'une **relation** à soi-même, à l'autre et à l'environnement. Nous allons chercher à ce que le sujet puisse évoluer à partir de la perception de **repères** fiables.

Travailler au niveau de la relation c'est aussi être en lien et ainsi *« favoriser chez le sujet la souplesse* ***d'adaptation*** *»*[47]

4) En relation dans la dimension temporelle

Il est important pour le patient de pouvoir contacter sa conscience corporelle, qui a été brutalement altérée. A travers ce lien à soi, le psychomotricien va venir soutenir cette continuité de perception. Le sentiment d'**unité** et de **cohérence** corporelle est soutenu par un sentiment existentiel, de continuité temporelle.

---

[46] POTEL C., Interview, « Passer par l'acte psychomoteur », Op. Cit.
[47] ibid

D. W. Winnicott parle du ***“sentiment continu d’exister”.***

Dans le cadre de l’hospitalisation en SSR, le psychomotricien s’inscrit dans l’accompagnement du sujet en termes de réadaptation. Comment à partir du vécu de cet événement de vie, la pratique psychomotrice soutient le sujet dans son incarnation? En quoi le mouvement apparait alors comme un outil pour répondre à ces objectifs ?

Partie II - Mouvement et psychomotricité

Le mouvement en conscience, comme support d'observation et d'expression auprès des patients hospitalisés en SSR, est un outil pour le psychomotricien. Nous verrons en quoi il est un élément à partir duquel le psychomotricien peut construire sa réflexion et sa pratique.

I. Mouvement - Définitions et concepts

« Déplacement (d'un corps) par rapport à un point fixe de l'espace et à un moment déterminé. »[48]

Selon cette définition générale, le mouvement est une **modification** qui se lit dans **l'espace** et dans le **temps**.

Suivant les conceptions et leur cadre de réflexion, le mouvement est défini comme un déplacement, une action, un acte, un ensemble de mécanismes ou encore un courant de pensée. Il peut-être rapproché des termes suivants : **changement, transformation, évolution**.

Le mouvement est finalement rendu lisible dans le **rapport** de l'objet et de son environnement. Le support du mouvement est en mouvement par rapport à un **référentiel**.

De nombreux philosophes ont tenté de conceptualiser le mouvement. *« Ainsi, le mouvement est pour Aristote tout autant éclosion, épanouissement ou dégradation que transport »*[49]*.* Il a décrit quatre figures du mouvement qui rendent

[48] Source CNRTL, URL : http://www.cnrtl.fr/definition/mouvement
[49] BRUN J., « Chapitre IV. La physique », *Aristote et le Lycée*, Paris, Presses Universitaires de France , «Que sais-je ?», 2004, p. 56.

compte de ces différents types de modifications se lisant dans les dimensions de l'espace et du temps et cela par rapport à un référentiel.

- L'accroissement et la diminution, selon la quantité,
- l'altération, selon la qualité,
- la translation, le déplacement, selon le lieu,
- la génération et la corruption, lorsque le changement porte sur la substance.

Dans cette dernière figure du mouvement, Aristote questionne le début et la fin, le rapport du mouvement au temps, à l'infini.

Dans le cadre d'une réflexion sur le sujet, on peut également se questionner sur le point de départ, inscrivant le sujet dans l'espace et le temps, le premier mouvement ou le commencement d'un mouvement continu qu'est la **vie**. En effet, il existe un rapport très fort entre le mouvement et la vie.

« *Il n'y a pas de vie sans mouvement et l'arrêt de son mouvement propre, pour toute matière vivante, c'est la mort* » [50].

Le mouvement est ainsi défini comme le propre du **vivant**. L'être est affecté d'une instabilité fondamentale par ce mouvement. À l'image de l'équilibre du funambule qui dépend de ses mouvements, la relative stabilité de l'organisme vivant dépend de son activité perpétuelle. Et l'être vivant, **le sujet en tant qu'unité psychocorporelle est donc en constante modification et évolution, dans son ensemble**.

1) Une question anatomo-physiologique

En fonction des disciplines, le **support** en mouvement et le **référentiel** considéré seront différents. Dans le cadre de la psychomotricité, l'objet d'étude est le corps humain et le mouvement peut-être défini comme *« la modification du rapport*

[50] LAPIERRE A. et AUCOUTURIER B., La symbolique du mouvement, psychomotricité et éducation, édition épi, 1975, p. 18.

des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture du corps avec changement de situation des parties entre elles, soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. »[51]

Le **sujet** sera l'objet du mouvement considéré et l'observation de son mouvement se fera en fonction de l'environnement dans lequel il évolue.

Depuis un point de vu anatomo-physiologique l'objet mouvant considéré pour décrire le mouvement est le **corps humain anatomique** à partir de sa position de référence anatomique : « debout, pieds joints et parallèles, paumes de mains orientées vers l'avant »[52].

Le référentiel par rapport auquel le mouvement du corps réel est décrit se lie à travers trois **axes** : vertical, transversal et antéro-postérieur, ces axes se traduisant en trois **plans** : sagittal, frontal et transversal. A partir de ces références, trois **mouvements de base** sont décrits : le mouvement de flexion/extension dans le plan sagittal, le mouvement d'abduction/adduction dans le plan frontal et le mouvement rotation (latérale/médiale) dans le plan transversal.

Ces mouvements peuvent s'appliquer aux différentes **articulations,** qui sont des systèmes de jonction mobiles mettant en relation les différents os du squelette. Ils se combinent en mouvements complexes, en fonction du degré de mobilité de chaque articulation. Chaque mouvement du corps peut ainsi être décrit en le décomposant selon ces mouvements de bases.

« Le mouvement constitue en lui-même un flux d'activation qui voyage d'un muscle à l'autre et amène un déplacement des parties du corps. »[53]

---

[51] SERVANT-LAVAL A., Anatomie fonctionnelle, polycopié d'enseignement pour les étudiants en psychomotricité, 2010.
[52] ROBERT-OUVRAY S. et SERVANT-LAVAL A « Le tonus et la tonicité » in SCIALOM P., GIROMINI F, ALBAET J.M., Manuel d'enseignement de la psychomotricité, De Boeck, 2011, p. 162.
[53] LESAGE B., Op. Cit. p. 84.

Les articulations sont mises en mouvement par le jeu de **contraction et détente des muscles.** Le mouvement est supporté par une certaine tonicité musculaire et ses variations. La mise en mouvement anatomique du corps est donc soutenue par une activité physiologique de celui-ci. L'activité musculaire est elle-même régulée par le système nerveux.

« Nous nous représentons souvent les os comme durs ou inertes, pourtant tous [...] sont vivant et en constante transformation. C'est dans les os que sont produits les globules rouges. »[54]

Ainsi le mouvement peut être observé à différents niveaux, aux différentes échelles d'un organisme vivant. **De la cellule au corps anatomique**, c'est toute la physiologie de l'être humain qui est en mouvement. Il existe des mouvements au sein de chaque système et des mouvements mettant en lien ces systèmes. Différents **rythmes** assurent le fonctionnement biologique du corps humain à travers : la respiration, les battements cardiaques, le flux sanguin…

Comment à travers ces mouvements du corps humain, décrits ici en termes anatomo-physiologiques, c'est finalement le sujet dans son ensemble qui évolue ?

2) Une question psychomotrice

« Le corps va être ici considéré dans sa dimension "physique", en n'oubliant pas qu'il ne s'y résume pas ; dans sa dimension "matière", en gardant en mémoire que celle-ci est empreinte d'affect ; dans sa dimension de "corps réel", en sachant que ce dernier n'existe qu'en interaction constante avec les dimensions imaginaire et symbolique… Ce corps physique est lui-même envisageable sous différents angles »[55]

[54] TUFNELL M. et CRICKMAY C., Corps, espace, image, éditions Contredanse, 2014, p. 3.
[55] SERVANT-LAVAL A., Op. Cit.

L'être humain est en mouvement à tous les niveaux décrits dans sa physiologie, et au delà ; c'est toute l'unité psychocorporelle du sujet qui est en mouvement. Ces différents niveaux sont alors en relations les uns aux autres.

En effet le mouvement ne se porte pas seulement sur des supports matériels, déterminés dans un espace en termes de surface ou de volume. Le mouvement s'inscrit dans une **évolution du sujet**, au niveau de ses idées, de ses représentations, de ses investissements émotionnels… En psychomotricité, on parle notamment du schéma corporel et de l'image du corps, qui sont des **processus dynamiques**, évoluant au cours du développement de l'individu.

D'après J. de Ajuriaguerra, *« édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le **schéma corporel** réalise dans une construction active constamment remanié 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 leurs significations. »*

Dans sa dynamique évolutive, le sujet voit ses repères se transformer en même temps qu'il met en mouvement son corps dans l'espace. Ce schéma corporel se construit et se réactualise sans cesse à partir de nos expériences vécues et de l'intégration des informations sensorielles qu'elles procurent. Et dans une boucle interactive, ces mouvements et perceptions prennent sens à partir du schéma corporel.

Il est une *« connaissance opératoire du corps qui nous permet notamment d'organiser nos gestes et notre posture. »*[56]. Nous pouvons parler de conscience de nous-mêmes qui permet de nous adapter en ajustant nos mouvements à l'environnement dans lequel nous évoluons.

Ainsi, dans un "mouvement non-apparent" les représentations du corps et leur investissement affectif évoluent.

[56] LESAGE B., Op. Cit., p. 52.

« Le mouvement non-apparent est une mobilisation symbolique de l'image du corps, d'où une absence de déplacement visuellement perceptible. » [57]

Schilder définit l'**image du corps** comme *« l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ».* Ainsi, cette représentation est personnelle et subjective. Elle s'inscrit dans le lien du sujet à lui-même. Et elle est influencée par les différents niveaux de relation qui affectent le sujet.

Schilder inclut l'action et l'émotion. *« L'action que chacun mène se déploie dans un cadre affectif : nous bougeons et percevons, dit-il, avec nos personnalités, c'est-à-dire nos désirs et nos mémoires. »*[58]
L'image du corps intègre une dimension narrative de soi, évoluant en fonction de la manière dont les expériences nous ont affectées et de la façon dont nous nous sommes investis dedans. Elle participe alors du narcissisme du sujet en se modulant en fonction de ses fantasmes, de son investissement libidinal.

« La question de l'image du corps est celle du vécu corporel modulé par l'interaction, la relation, ce qui inclut le désir, les émotions… »[59]*.* L'image du corps parle du corps vécu dans toute sa subjectivité, elle s'intéresse au corps en relation, et à son investissement affectif.

C'est notamment au niveau du **tonus**, toile de fond du mouvement, que s'inscrit cet investissement affectif du corps. Il est modulé par les émotions et l'activité relationnelle. Il est donc un élément incontournable à prendre en compte en psychomotricité.

---

[57] SCHEIN. I et HAMALAINEN. T, Mouvement apparent et non apparent en thérapie corporelle, *in thérapies psychomotrices et recherches*, n°117, p. 70-75, 1999
[58] LESAGE B., Op. Cit., p. 53.
[59] LESAGE B., Op. Cit., p. 59.

« Flux tonique et flux de forme s'associent ici et jouent un rôle dans la constitution de soi au sein de la relation. » [60]

Le tonus et le mouvement participent au développement du sujet. Pris dans un flux continu, quelque chose d'une subjectivité et d'une individuation vient s'inscrire corporellement. Le sujet dans une évolution constante, se module au cours de son histoire propre. Et dans une relation intersubjective, un flux s'échange à travers le **dialogue tonico-émotionnel**.

Le mouvement met en jeu le sujet aux différents niveaux d'implication, en tant qu'unité psychocorporelle. Il aborde et met en liens les différents thèmes de la psychomotricité que sont : la motricité, l'espace, le temps, le tonus… Il est **une toile de fond de cette vision systémique du sujet dans sa relation à l'environnement et à lui-même, à travers son corps, ses perceptions, ses affects, ses représentations...**

3) Une question d'incarnation

En quoi peut-on dire que le mouvement du sujet, le mouvement humain, est un mouvement incarné ?

a. En relation

« Les paysages dans lesquels nous vivons sont en constante transformation au gré des mouvements, des personnes, des objets, des espaces, des lumières, des sons, des mots et des histoires. »[61]

[60] LESAGE B., Op. Cit., p. 83.
[61] TUFNELL M. et CRICKMAY C.,Op. Cit.

Ainsi le sujet en mouvement est influencé par sa relation à lui-même mais aussi par son environnement qui est aussi en mouvement.

Comment à partir de toutes ces **influences**, le sujet s'individualise en tant que mouvant vivant, autonome? Qu'est-ce qui caractérise un mouvement vivant, celui du sujet ?

b. Avec subjectivité

Le mouvement est régi par des lois physiques qui l'expliquent en termes de poids, espace, temps, flux et énergie. Et d'après Laban, ce qui caractérise le mouvement vivant c'est le « ***pouvoir*** »[62], de régulation, de contrôle, que le sujet va exercer sur ces facteurs moteurs. Notamment par un jeu de **régulation tonique**, le corps va soit suivre le mouvement qui lui est imprimé, soit s'y opposer. C'est cette notion de choix qui caractérise le mouvement que l'on va donc étudier et soutenir en psychomotricité.

En observant l'immobilité de certains patients, je me suis demandée, au regard de cette réflexion, quelle intentionnalité je pouvais y lire. L'immobilité, en dehors de toute incapacité, peut prendre sens dans une opposition au mouvement que créé l'hospitalisation. Le sujet garde à travers ce positionnement, une part d'autonomie. On peut y lire une volonté de maîtrise par rapport aux événements.

Le sujet devient sujet à travers le choix, dans la manière dont il va se positionner dans sa relation avec l'environnement. Cette notion de subjectivité n'est pas présente seulement dans **l'action, la production, le geste,** dans le mouvement du corps physique, mais elle l'est aussi dans la **perception** du mouvement.

Husserl parle "**d'intentionnalité**" pour définir la perception du sujet, c'est-à-dire le caractère orienté, expressif, de la conscience vis-à-vis d'un objet.

[62] LABAN R., La maitrise du mouvement, éditions Acte Sud, 1994.

« Ce qui donne à une partie du champ valeur de mobile, à une autre partie valeur de fond, c'est la manière dont nous établissons nos rapports avec elle par l'acte du regard. »[63]

Dans Phénoménologie de la perception, MERLEAU-PONTY développe une conception du mouvement décrite en terme de **mouvant** (support du mouvement) et de **fond** (référentiel), chacun étant nécessaire à la perception du mouvement mais n'étant pas prédéfinis comme tels. C'est celui qui perçoit le mouvement qui, d'une certaine manière, attribue à tel objet la qualité de **mobile** portant le mouvement et à tel autre celle de **repère**. Le mouvement, pour être perçu, a donc besoin d'un point d'**ancrage** qui peut varier, point de vu adopté par l'observateur. *« Selon que nous donnons à telle partie du champ valeur de figure ou valeur de fond, elle nous parait en mouvement ou en repos. »*[64].

Pris dans le mouvement, ou observateur extérieur, le sujet a toujours une **part active dans cette expérience du mouvement qui est subjective et personnelle**.

Dans l'expérience du mouvement, les éléments sont donc pris dans une **interrelation**. Et pour que cette relation ait lieu, ces éléments doivent coexister.

c. Dans la continuité

« Les choses coexistent dans l'espace parce qu'elles sont présentes au même sujet percevant et enveloppées dans une même onde temporelle »[65]

Pour que les différents éléments soient en relation spatialement il faut qu'une **relation temporelle** préexiste créant une coexistence spatiale. La modification, l'**évolution** des rapports est spatiale, entre les objets, mais aussi temporelle, entre

[63] MERLEAU-PONTY M., Phénoménologie de la perception, éditions Gallimard, 1945, p329.
[64] ibid
[65] MERLEAU-PONTY M., Op. Cit., p. 326.

les différents états - passé, présent, futur - d'un même objet, s'inscrivant dans une continuité.

Le sujet s'incarne dans son corps spatial mais aussi dans son corps vécu dans son évolution, dans son histoire.

« Le présent vécu renferme dans son épaisseur un passé et un avenir. » [66]

Si le mobile s'inscrit dans le temps c'est qu'on lui reconnaît une **identité**. C'est cette identité, qui permet la lecture du mouvement en identifiant le support. Elle a valeur d'**ancrage temporel**. C'est parce qu'il y a du même dans l'évolution qu'on identifie l'objet en mouvement dans le temps. Comme il y a un référentiel fixe dans l'espace, il y a un référentiel fixe dans le temps.

« L'identité est donc antérieure à la distinction du mouvement et du repos. Le mouvement n'est rien sans un mobile qui le décrive et en fasse l'unité. » [67]

L'identité de l'objet, dans l'impermanence du temps, nous est accessible par **l'expérience qu'on en fait, et par la perception qu'on en a**. Et plus précisément par l'expérience qu'on en fait à travers le mouvement et donc à travers la proprioception. C'est en percevant l'objet tout au long du mouvement que l'on perçoit son identité dans son évolution.

« Les "phénomènes dynamiques" tiennent leur unité de moi qui les vis, qui les parcours, et qui en fais la synthèse. Ainsi nous passons d'une pensée du mouvement qui le détruit à une expérience du mouvement qui cherche à le fonder, mais aussi de cette expérience à une pensée sans laquelle, à la rigueur, elle ne signifie rien. »[68]

---

[66] ibid
[67] ibid, p. 322.
[68] ibid

On perçoit ici un lien avec la **boucle sensori-motrice** de A. Bullinger. Dans son développement l'enfant fait d'abord l'expérience des choses, il les rencontre à travers sa sensorialité. Puis c'est petit à petit, en les percevant, qu'il en construit une représentation qui lui permet de concevoir leur identité dans le temps. L'enfant fait d'abord l'expérience des choses en mouvement avant de comprendre la continuité et ainsi de les catégoriser, de les conceptualiser pour pouvoir les penser.

La conception de la phénoménologie pose à partir du mouvement, la question du rapport, de la relation, du positionnement, de la perception, de la subjectivité, de la temporalité, de la continuité, de l'identité, de l'ancrage.

La phénoménologie part de **l'expérience du mouvement** et place le sujet au cœur du phénomène, le faisant exister à travers sa perception. Qu'est ce qui permet alors au sujet de percevoir son propre mouvement?

d. En conscience

Le mouvement est perçu par le sujet par son sens de la **proprioception**.

« Ce flux sensoriel continu, mais inconscient, qui traverse les parties mobiles de notre corps (muscles, tendons, jointures) et grâce auquel leur position, leur tonus et leur mouvement sont en permanence contrôlés et adaptés d'une façon qui nous demeure cachée en raison de son caractère automatique et inconscient. » [69]

Ce sont les **informations sensorielles** qui permettent au sujet de sentir la position des différentes parties de son corps entre elles et ainsi de sentir leurs modifications dans le mouvement. Les capteurs proprioceptifs se situent notamment aux niveaux articulaire, musculaire, et des fuseaux neuromusculaires. Mais la proprioception est un système sensoriel complexe faisant la **synthèse** des informations reçues aussi

[69] SACKS O., "La femme désincarnée", L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau, éditions du Seuil, 1988, p. 65.

par les récepteurs cutanés, de la vue, du système vestibulaire, et d'afférences psycho-émotionnelles.

« Le sens de la position »[70]

La proprioception permet au sujet de **se mouvoir dans son environnement de manière adaptée en maîtrisant ses gestes dans leur direction et leur intensité, notamment par l'ajustement de son tonus**. Cet ajustement peut être conscient, ou non. La proprioception est alors un support de la construction du schéma corporel.

« Les yeux du corps, le moyen par lequel le corps se voit lui-même »[71]

Il y a quelque chose de **l'expression corporelle** qui est rendu visible par ce sixième sens. Il informe le sujet lui-même sur son état, il le fait exister à lui-même. Il nous permet d' *« éprouver le corps comme étant le notre, comme étant notre "propriété". »*[72]

« Pour Ajuriaguerra (1972) les trois processus que sont la structure motrice, la tonicité et la proprioceptivité sont intimement associés et agissent dans un mouvement évolutif. Ils sont de la première importance pour avoir un premier ***sentiment de soi****, car ils perdurent toute la vie comme soubassement de notre organisation corporelle, soutien de notre psychisme. Ils sont à la base du sentiment de vivre inconscient et de la conscience de soi. »* [73]

« Ce sixième sens vital sans lequel un corps reste irréel, déshabité. » [74]

---

[70] ibid, p. 69.
[71] ibid, p. 70.
[72] ibid, p. 65.
[73] ROBERT-OUVRAY S. et SERVANT-LAVAL A, Op. Cit., p. 146.
[74] SACKS O., Op. Cit., p. 77.

On peut voir, à travers l'expérience de Christina (patiente de O. Sacks, qui suite à une inflammation a perdu tout son sens de la proprioception), en quoi la proprioception est essentielle à la construction de ce sentiment d'incarnation.

e. L'expérience de Christina - La femme désincarnée

*« Sans lui nous perdons le **sens** de nous-mêmes »*[75]

Nous pouvons entendre cette phrase dans sa polysémie par une perte de repères spatiaux, par une remise en question de la symbolique, de ce qui fait notre singularité, mais aussi par et à partir de la perte d'une sensorialité.

« En perdant son sens proprioceptif, elle a perdu l'ancrage organique fondamental de son identité »[76]. La perte de la capacité proprioceptive déstabilise le sujet dans la construction et l'investissement de ses repères corporels. On retrouve le terme d'ancrage dont parle également Merleau-Ponty, comme d'un élément essentiel à la lecture du mouvement et donc à la capacité d'abstraction permettant la symbolisation et la sémantique du mouvement. Christina est atteinte dans sa singularité et sa subjectivité, dans le sentiment de son **individualité**.

« Elle n'a pas réussi à être » [77]

Christina dégage une impression de **perte de contrôle**. Elle perd en effet une forme de contrôle sur elle-même puisqu'elle manque d'informations sur son état. Cette atteinte de la maîtrise d'elle-même s'exprime au niveau du "pouvoir" que définit Laban. Elle maîtrise ses mouvements de l'extérieur et non plus par une boucle automatique inconsciente.

«Comme si elle ne recevait pas d'information de la périphérie de son corps»[78]

[75] ibid, p. 72.
[76] ibid, p. 75.
[77] ibid, p. 77.

Il y a une perte d'un support de l'expression corporelle interne. Christina manque d'un lien à elle-même, à son corps réel. Sa **conscience corporelle** est donc amputée, elle ne peut y avoir accès que par un regard extérieur.

Mme T. présente un déficit sensoriel au niveau de la proprioception. Elle peut identifier quelle partie du corps est en mouvement mais ne peut reproduire clairement le geste qui a été effectué les yeux fermés. Elle a donc du mal à sentir son corps en mouvement et a porter son attention, sa conscience dessus. Associé à des sensations tactiles, lorsque je propose à Mme T. de travailler sur le gros ballon, elle peut verbaliser son mouvement de son bassin qu'elle réussi donc à percevoir.

Au niveau de l'expression corporelle qui s'adresse à l'autre, les mouvements que donne à voir Christina sont *« gauches et artificiels »*[79]. Le manque de régulation interne, de feed-back proprioceptif engendre une perte d'une posture **naturelle** et **authentique** dans laquelle le corps **s'adapte spontanément**. La proprioception est une sorte de **vigilance automatique, non-consciente, naturelle**.

Christina a pu "guérir" sur le plan fonctionnel, c'est-à-dire qu'elle a pu réutiliser le mouvement pour réaliser les actions nécessaires mais ce mouvement n'était pas incarné. Il était accompli par la vue et non par la sensation. Elle se sent alors toujours désincarnée *« du fait qu'elle a perdu toute proprioception, elle continue à éprouver son corps comme étant **mort**, **irréel**, comme n'étant pas sien - elle **ne parvient pas à se l'approprier**. »*[80]

Le sens de la proprioception est donc indispensable dans la construction du sujet en mouvement. Comment le sujet se met en mouvement, au cours de son développement ?

---

[78] ibid, p. 68.
[79] ibid, p. 71.
[80] ibid, p.74.

II. Le développement psychomoteur en mouvement

« Que ce soit pour le bébé ou le jeune enfant, le mouvement est un besoin vital qui jaillit d'une stimulation intérieure et l'aide à résoudre des ***tensions*** *internes. Se mouvoir, pour le bébé, est également son premier mode de* ***connaissance****, d'****expression*** *et de* ***communication****. »*[81]

A travers le mouvement, le bébé se développe sur les bases d'une organisation tonique. Il **se construit en relation, dans une dynamique interactive et incarnée**.

« Même les formes les plus automatisées et fonctionnant d'emblée à la naissance sont liées à l'état de ***besoin*** *»*[82]*.* Le mouvement apparaît et s'enrichit pour répondre à une nécessité et permet au sujet de se construire et d'évoluer.

Le développement psychomoteur peut être mis en parallèle au développement phylogénétique. *« C'est d'abord le mouvement interne, incessant de la matière vivante ; mais très tôt, dans l'évolution phylogénétique, s'ajoute et s'associe à ce mouvement biologique le mouvement dirigé vers l'extérieur, orienté par des tropismes, des finalités de nutrition et de déplacement. »*[83] Le besoin de bouger s'inscrit dans une **relation à l'environnement**.

« La motilité est inhérente à « l'animal humain » (qui fait partie des êtres « animés »…) et commence à se manifester dès le tout début de la vie »[84]

Dès sa création dans le milieu utérin, les premiers mouvements de l'être humain apparaissent. Essentiellement réflexes au départ, puis volontaires, ils s'organisent et

[81] BEAUCHEF J., L'activité libre pour un enfant acteur de ses découvertes, dans Métiers de la petite enfance, N°227, novembre 2015.
[82] JOLY F. et LABES G., Op. Cit., p. 49.
[83] LAPIERRE A. et AUCOUTURIER B., Op. Cit.
[84] SERVANT-LAVAL A.,Op. Cit.

se désorganisent au cours de l'histoire du sujet, en suivant aussi bien son **développement moteur et neurologique** que sa **vie affective et somatique**.

Au cours du développement, le mouvement **automatique et réflexe** évolue vers un mouvement plus **organisé et volontaire**. Pour que l'enfant se sente exister en tant que sujet, unifié et différent de l'autre, il est nécessaire qu'il développe une **motricité intégrée et investie**.

A partir de cet équipement neurobiologique de base et de son intrication avec l'investissement relationnel, comment l'enfant explore ses capacités motrices, et comment il entre dans un processus de **subjectivisation** ?

1) In utero

On observe déjà in-utero une dynamique corporelle qui se met en place. On peut considérer les premiers mouvements de l'être humain comme **embryonnaires**. En effet, les cellules s'organisent en différents tissus au rythme des plicatures de l'embryon. Les premiers mouvements sont donc liés aux **croissances tissulaires**.

A partir de 2 mois de gestation, l'embryon devient un fœtus qui se laisse porter passivement par le **mouvement du liquide amniotique** de sa mère. Puis vers 6-7 mois de grossesse, le **tonus musculaire** apparaît progressivement, et d'abord au niveau des muscles des jambes. La femme enceinte ressent alors les effets de ce tonus. Elle sent et perçoit son enfant à travers ces prémices de la motilité. Ces premiers mouvements intra-utérins sont pour la mère une première perception concrète qu'un être vivant est présent. Cette apparition du tonus est le début de la **subjectivation de l'être prenant part active au mouvement général**.

2) Mouvement et tonus

Le tonus va continuer de maturer et le mouvement du sujet va s'enrichir et se subjectiver ; **à partir des réflexes archaïques de base et des mouvements passifs, vers une motricité volontaire, consciente et coordonnée**.

A la naissance, les mouvements du bébé, automatiques et involontaires, sont régis par l'état tonique ; les **réflexes** étant des réactions toniques globales. Entre 0 et 2 mois, *« les réactions motrices se produisent sur un mode massif, diffus et indifférencié. »*[85]. H. Wallon parle de « crises motrices » où le bébé est d'avantage dans un stade d'**impulsivité motrice**. La régulation est principalement assurée par le fonctionnement végétatif et l'activité digestive. Ainsi les réflexes peuvent être considérés comme des « pré-formes » des mouvements volontaires à venir et de la motricité fonctionnelle.

A ce stade, l'organisation tonique peut être décrite selon une bipolarité entre l'hypertonicité des membres et l'hypotonicité des muscles de la colonne vertébrale. Puis progressivement le tonus s'harmonise.

Le **tonus** est l'état de tension permanente et involontaire des tissus musculaires. Il prépare le mouvement et assure son harmonie. Il permet aussi le maintien de la posture. B. Lesage le définit comme "la toile de fond du mouvement".

La régulation du tonus et donc du mouvement dépend, d'après A. Bullinger, de quatre facteurs : la vigilance, les flux sensoriels, le dialogue tonique et les représentations.

[85] JOLY F. et LABES G., Op. Cit., p. 50.

a. La vigilance

Elle s'exprime dans l'alternance entre veille et sommeil, et donne deux qualités au tonus, l'hypotonie de réplétion et l'hypertonie d'appel. Ces états sont liés aux **besoins** du bébé.

b. Les flux sensoriels

Par lesquels le sujet est en **relation** et en interaction avec son environnement.

« La progression de la motricité n'est possible que grâce aux différents contrôles sensoriels et sensitifs (extéroception, proprioception, intéroception). »[86] Ils donnent des informations sur l'environnement auquel le sujet s'adapte en modulant son tonus.

c. Le dialogue tonique

Dés la naissance et déjà in-utero, le sujet module son tonus et ressent les modulations du tonus de l'autre. A travers ce tonus ce sont des affects qui s'inscrivent corporellement et s'échangent. Ces états toniques, qui sont interprétés par le parent, prennent du sens.

Selon J de Ajuriaguerra, *« Cette notion correspond au processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ; l'enfant tenu dans les bras de la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec des postures maternelles ; par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. »* [87]

[86] SERVANT-LAVAL A., Op. Cit.
[87] AJURIAGUERRA (De) J. « Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication » in Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 3, Papyrus, 2010, p. 314.

Ce dialogue tonique implique le sujet **émotionnellement** dans la **relation à autrui** et permet de donner du **sens** aux modulations de l'état tonique.

d. Les représentations

Elles se construisent au cours du développement et permettent petit à petit une **anticipation**, une préparation tonico-posturale à l'effet d'une action sur le milieu. Elles donnent un caractère plus volontaire au mouvement et permettent au sujet d'exprimer sa part active dans la régulation de son tonus et de son mouvement.

On peut remarquer que le tonus et donc le mouvement sont influencés par des éléments internes, propres au sujet et par des éléments externes de son environnement. Le tonus est dépendant de données maturatives et typologiques mais aussi de facteurs émotionnels où intervient la relation avec autrui à travers le dialogue tonico-émotionnel. Ainsi le tonus, inscrivant le sujet dans une relation à lui-même, aux autres et à l'environnement, *« est en perpétuelle **réaction** »*[88].

« L'activité n'est pas anatomie mais relation, c'est-à-dire fonctionnement des structures possibles dans une réalisation qui prend une forme dans le champ de l'expérience et qui contribue à organiser les structures internes en vue des futures réalisations. »[89]. Le développement de la motilité se fait en **interaction**, il est intégré à l'environnement.

La relation avec l'environnement permet au sujet de se construire en tant que **sujet** et de construire ses représentations.

[88] JOLY F. et LABES G. Op. Cit., p. 51.
[89] ibid, p. 49.

3) Mouvement et espace

Comment le sujet acquiert le sentiment de soi et construit ses repères corporels à travers l'évolution de ses possibilités de mouvement?

Le développement des structures anatomiques, en particulier la myélinisation progressive du système nerveux et la maturation du tonus conditionnent les acquisitions motrices, les différents niveaux d'évolution motrice (NEM), la qualité et la disponibilité du mouvement. Petit à petit le sujet pourra diriger volontairement et de manière adaptée son mouvement, notamment en ayant **construit des repères sur son propre corps**.

Selon la loi de maturation proximo-distale, les schèmes de base du mouvement, sont d'abord spinaux avec les mouvements d'enroulement et de déroulement puis de torsion de la colonne vertébrale. Et la motricité se développe ensuite au niveau des membres. En expérimentant ses possibilités de mouvement avec son corps réel, le sujet construit ses **repères corporels** et construit une **représentation de l'espace**.

Le mouvement d'**enroulement** offre une sensation de rassemblement, d'unité dans laquelle le sujet construit le concept d'arrière plan et expérimente l'axialité. Ces premiers repères que construit l'enfant sont des organisateurs spatiaux.

Au niveau des membres, les repères s'organisent ensuite successivement à partir des différents stades de développement de la motricité.

Le nourrisson, jusqu'à l'âge de la préhension main-bouche, est dans ce qu'on appel le stade **homologue.** Il effectue des mouvements en associant symétriquement les membres du haut ou du bas du corps. Les deux bras ou les deux jambes sont coordonnés ensemble.

On parle ensuite du stade **homolatéral**, lorsque le bébé effectue des mouvements de tout le côté droit ou gauche, lorsque le bras droit et la jambe droite (ou gauche) fonctionnent ensemble. Le bébé expérimente ces coordinations jusqu'au début du retournement et du ramper.

Plus tard, le mouvement de **retournement** va permettre d'unifier la droite et la gauche, en créant du lien et ainsi d'approcher la notion de centre.

Pendant la période du ramper et du quatre-pattes, on parle de stade **controlatéral** dans lequel les mouvements s'organisent en associant le haut du corps (bras) d'un côté avec le bas du corps (jambe) du côté opposé. Le bébé organise ses gestes dans un fonctionnement croisé.

Le **repoussé par les appuis** dans le sol est expérimenté tout au long du développement dans les différents stades d'acquisition du **déplacement** (ramper, quadrupédie jusqu'au redressement). Le sujet fait l'expérience de la stabilité et de la résistance du sol qui est un élément organisateur de notre motricité. Il y a un dialogue entre appui et repoussé, qui se jouent au niveau de la modulation tonique.

Le sujet construit des repères à partir de son propre corps dans les mouvements d'enroulement, de symétrie, ou d'asymétrie et dans des mouvements qui se complexifient.

« Ses schèmes de mouvement sont donc un parcours de rassemblement et de mise en forme du corps dans le mouvement, qui conduisent à une motricité globalement intégrée »[90]*.* Le sujet bouge et coordonne ses gestes en construisant une **unité corporelle**.

[90] LESAGE B., Op. Cit., p. 189.

Petit à petit, *« les réactions sont moins massives, moins diffuses, plus différenciées. L'enfant commence à nouer des relations avec le monde objectal »*[91]. La **coordination** des mouvements va de paire avec la **dissociation** lorsque le sujet est capable de se repérer. La construction du schéma corporel se fait en synergie avec la construction des repères spatiaux.

A partir de l'acquisition et du développement de ces capacités motrices, comment le sujet explore petit à petit son environnement?

4) Mouvement et relation

Bartenieff considère *« le mouvement et le geste comme une circulation et une connexion tant externe, avec l'environnement dans lequel le "bougeur" s'implique, qu'interne, au niveau du corps lui-même. »*[92]

Ainsi, le mouvement permet d'appréhender le monde selon différents modes de relation à soi, à l'autre et à l'environnement.

Le développement de la motricité soutient une **exploration de soi-même**. Dès le début de sa vie l'enfant, par sa propre activité motrice, stimule ses fonctions sensorielles. Ses explorations à travers le mouvement lui donnent des informations proprioceptives, labyrinthiques, tactiles, et visuelles. Il va constituer son schéma corporel, construire des limites corporelles fiables et éprouver un sentiment de cohésion rassurant.

En effet c'est toute la **relation des structures corporelles** que l'on peut éprouver dans le mouvement. La mobilisation d'un membre par exemple va engendrer un

[91] JOLY F. et LABES G.,Op. Cit., p. 50.
[92] LESAGE B., Op. Cit., p189.

ajustement de tout le corps et donc mobiliser les chaînes musculaires et les articulations dans leurs relations.

Le sujet se construit et s'individualise aussi dans la relation à l'autre en explorant **l'altérité**. Dés sa naissance, et notamment à travers le dialogue tonico-émotionnel, le bébé est en relation avec l'autre et échange. Il communique ses affects par la mobilisation de son corps et donc son état de contraction musculaire.

Puis au cours du développement, le sujet va pouvoir, en enrichissant son répertoire moteur, **aller à la rencontre de son environnement et explorer les objets physiques**.

L'apparition de la capacité à **se déplacer** de façon autonome, jusqu'à l'acquisition de la marche, vont constituer des étapes importantes dans **l'individuation** du sujet et dans sa manière d'être en relation.

« La marche permet de dépasser la sphère purement motrice pour accroître le champ de l'expérience »[93]. Le sujet va pouvoir investir une relation à son environnement de manière plus interactive. Dans ce champ d'expériences qui se diversifie, le sujet va pouvoir prendre part active et guider son exploration.

Le sujet est en relation avec son environnement à travers les **différents flux sensoriels** (gravitaire, tactile, olfactif, gustatif, auditif et visuel) *« qui participent à la régulation tonico-posturale et permettent de situer le corps dans l'espace »*[94]. Les effets de ces flux sensoriels sur l'organisme sont d'ordre émotionnel et tonique, les deux étant indissociables.

[93] JOLY F. et LABES G.,Op. Cit., p. 51.
[94] BULLINGER A., Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, ERES, 2004, p. 81.

Ainsi en développant ses capacités motrices, le sujet fait de nouvelles explorations sensorielles et enrichit ses expériences. Et inversement, la découverte de l'environnement va accroître les flux sensoriels qui influencent la motricité du sujet. Il existe une **boucle interactive entre mouvement et sensorialité**. Le sujet en relation à son environnement s'ajuste sans cesse dans un mouvement continu.

« L'organisme donne forme à son environnement en même temps qu'il est façonné par lui. »[95]

Il existe des interactions permanentes entre le corps propre du sujet et l'espace environnant que A. Bullinger nomme des « boucles cognitives ». Le schéma corporel et la construction spatiale de l'environnement s'enrichissent simultanément de manière interactive, à partir de la mobilisation active du sujet.

« L'activité gestuelle est plus qu'une réaction motrice, elle est déjà un récit, et ce récit lui-même est constitué et constituant des premières formes de l'organisation temporo-spatiale. »[96]

Au cours de son développement, le mouvement du sujet, en relation à son environnement, soutient son **individuation**. Le sujet s'inscrivant dans son environnement s'inscrit aussi dans une **histoire** et toute cette **dynamique évolutive** soutient le développement de la communication.

Le sujet au cours de son développement psychomoteur incarne sa relation à l'environnement dans le mouvement.

[95] VARELA F., THOMPSON E. et ROSCH E., l'inscription corporelle de l'esprit, Sciences cognitives et expérience humaine, Editions du Seuil, 1993, p. 236.
[96] JOLY F. et LABES G., Op. Cit., p. 51.

EN CONCLUSION…

A la naissance, le contrôle de la motricité est assuré par le système **sous-**cortical. Le bébé effectue des **mouvements réflexes et automatiques**. H. Wallon parle de “stade impulsif” dans lequel les gestes ne sont ni orientés, ni coordonnés. Les mouvements spontanés sont définis comme autonomes, non contrôlables, sans but, ni signification apparente.

Ce développement du mouvement s’inscrit dans la **relation**. Notamment à travers le dialogue tonico-émotionnel le sujet se mobilise en interaction avec l’autre. A partir de ses capacités sensorielles son mouvement se dirige vers l’exploration de son environnement qui s’enrichit à mesure qu’il développe ses possibilités de déplacement.

Petit à petit le mouvement s’individualise et le sujet prend part aux influences internes comme externes qui régulent le mouvement. On rejoint la notion de choix de Laban caractérisant le mouvement humain dans sa qualité de **sujet individué**.

*« La constitution du corps est donc un processus de **subjectivisation** qui requiert une opération de différenciation, donc de **distinction**, et de **reliance**. »*[97]

Le développement psychomoteur *« dure toute la vie, il est sans cesse activé par nos gestes et postures »*[98]*.* Comment réinvestir ces connaissances, à propos de la construction du sujet en mouvement, dans la relation aux patients rencontrés dans le cadre du SSR ?

[97] LESAGE B., Op. Cit., p. 158.
[98] PONTON G., D'où vient le sentiment de sécurité chez l'aîné, Ateliers du Cami Salié, URL : http://camisalie.pagesperso-orange.fr/art-verticalite-aines.pdf

III. Prise en soin psychomotrice en mouvement

La réflexion que j'ai menée en écrivant ce mémoire est apparue dans le cadre de mon stage au sein du SSR et plus spécifiquement dans le cadre du projet que j'ai construit. J'ai proposé aux patients des séances autour du **mouvement** et de la **conscience corporelle** chaque semaine. Le projet ayant évolué en même temps que mes questionnements, j'ai pu expérimenter cette pratique lors de séances d'abord en groupe puis en suivi individuel.

J'ai pensé mes prises en charges comme un espace **d'expérimentation** et **d'expression** passant par la mobilité, qui permettrait au sujet de stimuler ses sensations et sa conscience corporelle. J'ai cherché à susciter chez le sujet, le **plaisir du mouvement** et de son **exploration**. Lorsque le sujet se prête au jeu de cette curiosité, elle l'amène à réinvestir son corps et à redécouvrir des perceptions, des possibilités, des capacités.

Le réinvestissement de ces différentes expériences permet de questionner aussi les représentations du sujet. La **relation à soi** que je cherche à susciter chez les patients est très différente de celle, médicalisée, qu'ils vivent au quotidien dans le cadre de leur hospitalisation. Ainsi cet espace peut être investi pour réinterroger sa propre image corporelle.

L'exploration par le mouvement est aussi une redécouverte du **corps dans ses dimensions identitaire, fantasmatique et narcissique**. Et cela va pouvoir venir questionner l'image du corps, et renforcer l'investissement de celui-ci.

Le mouvement, et la conscience que l'on en a, permet d'investir une certaine relation à soi-même mais aussi une **relation à l'autre et à son environnement**. En effet le mouvement s'inscrit dans un contexte avec lequel il interagit. La relation à l'autre s'établit notamment à partir d'un dialogue tonique, émotionnel et corporel. La relation du sujet à son environnement passe à travers la sensorialité et c'est

pourquoi il me paraît important d'éveiller les perceptions du sujet pour qu'il prenne conscience de l'espace autour de lui et du lien qui existe et qui est modulé par le mouvement.

La médiation est un **support d'expériences, de partage, pour permettre au patient de se sentir exister, de se sentir présent, d'habiter le temps et l'espace**. Le mouvement est un support, un outil (et pas un but en soi), qui permet d'aborder la question du sujet en relation.

« Ma présence en tant que psychomotricienne tend à inviter les personnes à vivre des moments de ré-appropriation de soi dans ce qui est vivant, dynamique. »[99]

C'est aussi en cela que je parle de mouvement ; non pas seulement au sens physique, visible mais dans tout ce qui est **en évolution** donc qui est **dynamique** et **vivant**. Solliciter les capacités de mouvement du sujet et le sensibiliser à cela, c'est aussi l'accompagner dans l'évolution de son schéma corporel, de son image du corps, de ses projets... C'est l'accompagner dans sa manière de s'adapter à la situation.

1) Un mouvement vers soi - "entrer dans son corps"

J'ai d'abord construit mon atelier, en pensant différents temps ; le premier étant un temps de relaxation. Le sujet est invité à se tourner vers ses ressentis. Ce moment permet de se centrer et de susciter une attitude d'ouverture et d'écoute des perceptions. Il éveille ainsi la sensorialité et la **conscience corporelle**. Ce travail est une préparation à la mise en mouvement du corps qui sera nourrie par ces différentes stimulations sensorielles. Le sujet est invité à tourner son attention vers sa propre expression corporelle.

[99] MARCOS I., Op. Cit.

Comment la conscience de soi et la mobilité du corps réel interagissent?

2) Un mouvement de soi

Le deuxième temps de l'atelier est un temps de **mise en mouvement** physique du corps. Je propose aux patients d'explorer le mouvement à partir de leurs possibilités articulaires en verbalisant la mobilisation successive de chacune d'elle.

« Le thérapeute peut parler au patient du visible du mouvement, donnant une réalité à l'agir. Ainsi le mouvement apparent peut devenir un ressenti pour le patient. À travers les mots qui habillent le geste nous lui permettons d'investir son corps donc de délimiter des frontières précisant les limites entre le corps et l'espace environnant »[100].

Les **verbalisations** du psychomotricien sont essentielles dans l'accompagnement du sujet à sa propre conscience corporelle. Cet accompagnement dans le domaine sémantique passe aussi par la verbalisation des patients. Ce temps de mise en mots leur permet de s'interroger eux-mêmes sur leurs mouvements, et stimule leur conscience corporelle d'une manière plus active. Cela permet de toucher la dimension plus subjective de la perception, qu'ils s'approprient. Chacun verbalisera à sa manière et parlera de son vécu propre, éventuellement des émotions ou des représentations auxquelles cela fait appel.

« La prise de conscience par le mouvement [...] joue beaucoup sur l'articulation qui est un moteur et un organisateur du changement »[101]

[100] SCHEIN I. et HAMALAINEN T., Op. Cit.
[101] LESAGE B., Op. Cit., p. 179.

La **mobilisation articulaire** permet de préparer le corps à une mise en mouvement, mais aussi de découvrir les possibilités de son corps de façon méthodique. En explorant son corps comme instrument, le sujet est amené à expérimenter son organisation fonctionnelle. C'est un apprivoisement de la mobilité du corps, éveillant la conscience corporelle en mouvement. C'est aussi un moyen de **revaloriser** la personne dans ce qu'elle sait et peut faire.

Articulation *« signifie ajuster, adapter, et appartient à la même famille que art, artisan, article, mais aussi harmonie qui, au XVIe siècle, signifiait la relation ajustée d'une partie avec le tout. S'articuler c'est donc relier et intégrer des parties dans une économie globale. »*[102]

« L'exploration articulaire devient alors travail de lien et de relation ordonnée. » [103]

La mise en mouvement à partir de la conscience articulaire est un premier **travail de relation**, puisque que les articulations sont les lieux de relations entre nos différentes parties du corps. *« Le repérage et l'éprouvé articulaire constituent donc un travail de base : comprendre "là où ça bouge" et jouer avec ces zones de mobilité. »*[104]

Comment à travers la conscience de soi, être en interaction avec ce qui nous entoure?

[102] ibid, p. 177.
[103] ibid, p. 179.
[104] ibid

3) Un mouvement incarné

« L'essentiel de l'expérience du mouvement est la sensation de se mouvoir et d'être mu »[105]

Dans cette exploration le sujet est **acteur de ses actions aussi bien que de ses perceptions**. On retrouve cette notion d'intentionnalité dont parle Husserl.

« Se rendre présent par la perception. Être présent à ce que je fais, c'est me rendre sensible à ce que je ressens de ce que je vis en le faisant. »[106]

« L'expérience sensible permet aux aînés de rompre avec le dualisme de la mécanisation du mouvement, qui nous isole du sentiment de soi, par la perception. »[107]

Le mouvement en conscience permet d'adopter une attitude de sujet investi dans ses perceptions et ses gestes et ainsi soutient la capacité d'ajustement. Le sujet s'adaptant à la fois à ses propres capacités, en écoutant ses possibilités corporelles, et à son environnement, en étant sensible à ce qu'il en perçoit. Ce travail s'inscrit dans les objectifs de prise en soin du service de soin de suite et ré**adaptation**.

« La pratique du psychomotricien invite la personne à éveiller sa présence aux sensations vécues pendant que se réalise l'action, afin qu'elle puisse ajuster sa posture, ses gestes, moduler son tonus, préciser ses appuis… L'harmonisation viendra de notre capacité à nous auto-accorder, la perception nous permettant alors, d'être l'instrumentiste de notre propre instrument corporel. »[108]

---

[105] Citation de Starks Whitehouse, qui a créé la pratique somatique *Authentic Movement,* dans l'article : VADORI-GAUTHIER N., Du Mouvant, processus de création individuelle et collective d'images et de formes vivantes, 2014.
[106] PONTON G., La réorganisation de la conscience corporelle, Congrès du SNUP, Strasbourg, juin 2011.
[107] ibid
[108] ibid

L'expérimentation à travers le mouvement permet de stimuler la conscience corporelle à travers la proprioception mais aussi la conscience de l'environnement à travers les cinq sens. Il s'agit de pouvoir lire la situation, prendre conscience des différents éléments pour pouvoir composer et faire ce travail d'adaptation. Il faut savoir lire pour écrire ; il faut pouvoir **avoir conscience de son corps et de son environnement pour bouger dans l'espace et s'exprimer corporellement**. Le travail du mouvement est une recherche de conscience jusque dans ce qui peut nous échapper, se répercutant quand même dans notre corps, que l'on incarne.

La conscience corporelle éveille l'attention du sujet à différents niveaux que nous pourrions distinguer ainsi:

- **sensoriel** : Qu'est-ce que je sens ?
- **émotionnel** : Qu'est-ce que je ressens ? Qu'est-ce que cela me fait ?
- **réactionnel** : Comment cela me met en mouvement ? Comment je me positionne par rapport à ce que je perçois et ressens ?

Nous pouvons remarquer que ces différents niveaux s'influencent mutuellement ; le mouvement venant susciter de nouvelles sensations et émotions qui elles mêmes font bouger le sujet.

Face à un vécu de corps-objet, la conscience corporelle permet de situer le patient dans une position de **sujet qui sent, perçoit, ressent, agit et réagit**.

J'ai pu remarquer que dans une situation de choix, les patients que j'ai rencontrés étaient souvent désemparés. Ils se retrouvent généralement dans une posture où ils subissent les événements et ils n'ont plus l'habitude de décider par eux-mêmes.

"Pas facile de faire des choix" me dit souvent Mme D.
Elle illustre cette difficulté pendant les séances, lorsqu'il s'agit de proposer un mouvement et qu'elle répond par : "je ne sais pas".

Quand elle verbalise ses ressentis, Mme D. me regarde de manière interrogative. Elle n'est pas sûre d'elle et semble chercher mon approbation.

Suite à la première rencontre avec Mme N., je lui propose de revenir la semaine suivante. Elle me répond alors qu'elle demandera l'autorisation à son fils pour continuer les séances, sans pouvoir me dire ce qu'elle en pense.

Dans la conscience de son corps en mouvement le sujet s'individualise dans sa relation à l'environnement et à l'autre. Il s'agit alors de pointer la part active du sujet dans l'action de percevoir autant que d'être en mouvement.

Les propositions sont un support pour explorer les différentes composantes du mouvement et les interactions qu'il met en jeu. Il s'agit de susciter des mouvements **exploratoires**, de **découverte**, qui sont source de stimulations, de sensorialité, d'expérimentations. Les propositions mettent en jeu la boucle sensori-motrice. En prenant conscience des différentes afférences perceptives, émotionnelles, le sujet est invité à développer sa motricité et son **expression corporelle**. Il devient acteur de ses propres mouvements, en conscience de sa relation à lui-même et à son environnement. Le corps en mouvement est aussi un moyen de rentrer en relation avec autrui par la communication non-verbale.

« "Éduquer" l'aîné à la perception de lui-même par l'éveil de la conscience corporelle, c'est lui offrir les moyens de se vivre vivant dans le continuum »[109]

Le sujet se vivant en relation dans l'espace, se vit aussi dans sa relation à son histoire. Éveiller la conscience corporelle c'est aussi éveiller la conscience d'être à travers cette interface qu'est le corps réel. Ce corps évolue dans ces relations à soi et à l'environnement mais c'est toujours le même corps qui perçoit. Ainsi stimuler la

[109] ibid

perception c'est aussi stimuler la conscience de la **continuité d'existence**. C'est **« *s'éprouver comme un tout articulé »*[110] dans l'espace et le temps**.

Nous pourrions rapprocher cet état de celui de la **motricité libre** du jeune enfant, qui est un comportement réactionnel. Dans ces moments d'expérimentation et d'exploration, l'enfant développe un mouvement harmonieux et respectueux. Cette activité motrice spontanée est celle d'une *« liberté réelle qui n'est plus opposition mais indépendance et disponibilité »* [111]

Comment le psychomotricien compose-t-il à partir du contexte, du cadre, de la rencontre avec le sujet et de ses connaissances ? Comment il articule sa pratique et propose des explorations aux patients qu'il rencontre ?

4) Expériences en mouvement

Pour illustrer ma réflexion, je rends compte maintenant de quelques propositions que j'ai pu faire dans le cadre de mon projet de stage au sein du SSR.

a. Respirer

« Dans le corps humain inerte, le seul mouvement observable résulte de la respiration »[112]

La **respiration** est un mouvement commun a tout les êtres vivants et ce tout au long de la vie. Il met en lien le sujet à tous les niveaux. Nous sommes tous et constamment en mouvement par la respiration. C'est une activité végétative, qui la

[110] LESAGE B., Op. Cit., p. 177.
[111] LAPIERRE A. et AUCOUTURIER B., Op. Cit.
[112] LABAN, R., Op. Cit., p. 102.

plupart du temps échappe donc à la volonté. Mais nous pouvons prendre conscience de ce mouvement et le moduler.

*« Respirer consciemment **unifie**, **apaise** et **régule** »*[113]

En portant son attention sur sa propre respiration cela suscite le « ***vécu d'un soi relié »***[114]*. « Cet éprouvé de soi s'inscrit dans un cadre d'échange »*[115]*.* La respiration est un mouvement de circulation de l'air entre intérieur et extérieur, soulignant l'existence d'une limite corporelle entre soi et l'environnement, mais aussi d'une communication entre les deux.

*« Le jeu de la respiration aboutit en fait à une modulation tonique : respirer dans une zone du corps c'est moduler sa tonicité et l'inclure dans une dynamique d'ensemble, donc l'articuler au sens étymologique du terme, la relier harmonieusement à la **globalité** »*[116]*.* Elle met en relation les différentes structures anatomo-physiologiques du sujet en tant qu'organisme vivant.

La respiration est un mouvement que l'on peut observer aux différents niveaux de fonctionnement physiologiques, de la cellule au corps réel entier. Elle permet de mettre en lien les éléments le constituant par sa fonction d'oxygénation. Et elle fournit l'énergie nécessaire à l'action, dans un mouvement continu, de la naissance à la mort.

*« La respiration unifie la conscience du geste par la sensation de **continuité** que nous donne la circulation du souffle lors de l'inspiration et de l'expiration. »*[117]
Ce rythme se répète constamment tout au long de notre vie et inscrit une continuité dans notre existence.

---

[113] LESAGE B., Op. Cit., p. 75.
[114] ibid
[115] ibid
[116] ibid,p. 76.
[117] PONTON G., "D'où vient le sentiment de sécurité chez l'aîné", Op. Cit.

Le flux de la respiration *« qui anime et unifie mon corps »*[118] par sa dynamique musculaire peut être entravé par des tensions, elles-mêmes liées à l'**émotion**. *« Le rythme vital de ce flux suit pas à pas nos affects et émotions »*[119]. On remarque quand une situation nous affecte comment notre respiration peut être modifiée.

« La respiration est l'harmonisateur du tonus musculaire, lui-même sous l'influence de nos émotions »[120]. Ainsi travailler à partir de la respiration en conscience peut être un moyen pour relâcher certaines tensions qui se sont inscrites au niveau musculaire mais aussi se détendre d'une manière générale face à une émotion débordante.

LA RELAXATION : UN TEMPS POUR RESPIRER ENSEMBLE

Les personnes sont assises en cercle et sont reliées par un contact des mains. La proposition est de prendre conscience de sa propre respiration et de la coordonner au mouvement de monter et descendre les bras au rythme de l'inspiration et de l'expiration. Par le contact des mains la coordination des uns aux autres s'établie alors. A travers la sensation tactile les sujets effectuent le mouvement ensemble.

*Cela a permis aux patients de **se recentrer** en formant un cercle et en tournant leur attention vers cette expérience. Elle a créé un flux circulant et communicant entre les patients. Leurs retours par la verbalisation traduisent un vécu d'**être ensemble** et d'**échange**.*

Il se créé une relation

- *à soi dans la conscience de sa propre respiration,*
- *à l'autre à travers le toucher et le mouvement commun*
- *et à l'environnement dans l'échange d'air entre intérieur et extérieur.*

[118] LESAGE B., Op. Cit., p. 75.
[119] PONTON G., "D'où vient le sentiment de sécurité chez l'aîné", Op. Cit.
[120] ibid

b. Marcher

La **marche** est un mouvement particulièrement intéressant à aborder dans le cadre du SSR. Il fait souvent parti de la demande et de l'attente des patients, car il symbolise une forme d'**autonomie**. Ainsi, partir de cet intérêt commun m'a paru pertinent dans ce contexte.

En plus de sa dimension fonctionnelle, le mouvement de marche peut s'inscrire dans ce travail de conscience corporelle et du sujet en relation.

*« La marche coordonnée implique un équilibre entre **propulsion** et **direction**, une réponse au poids du corps qui induit une réponse dynamique, en même temps que le haut du corps, la tête notamment, dirige le déplacement. »*[121]

La conscience de marcher inscrit encore une fois le sujet dans sa relation à soi et à son environnement.

En invitant le sujet à porter son attention vers ses points d'appuis il peut percevoir le soutien que lui renvoie le sol. La dynamique de ce mouvement se situe au niveau du pied arrière qui donne l'impulsion pour avancer. Au lieu d'avoir son attention sur ce qui est devant, vers le futur, ce qui est incertain… le fait de penser à l'appui du pied arrière nous ramène dans **l'ici et maintenant** et renforce un certain sentiment de **confiance** et d'assurance pour avancer. Le vécu de la marche est alors souvent allégé, avec un poids propulsé vers et non tiré.

Et marcher c'est aussi avoir **conscience de l'espace autour** pour circuler à l'intérieur, que nous abordons à partir de nos différents organes sensoriels, principalement localisés au niveau de la tête.

[121] LESAGE B., Op. Cit., p. 204.

LE PARCOURS DE MARCHE : UN SUPPORT POUR SOLLICITER L'ATTENTION ET L'ADAPTATION A L'ENVIRONNEMENT

L'activité se déroule en commençant par la construction, par les patients, du parcours que je symbolise par un début et une fin. Chacun peut choisir un objet, le positionner et imaginer une façon de marcher par rapport à lui. C'est intéressant d'observer la façon dont la personne s'y prend pour organiser et orienter son choix à l'intérieur du parcours.

Avant de réaliser le parcours moteur, les personnes peuvent prendre le temps de l'observer, de se projeter dedans puis de verbaliser les actions successives à réaliser. La réalisation en mouvement peut ensuite être répétée plusieurs fois. La première fois, le patient porte principalement son attention vers les objets à contourner, enjamber… Puis lors du deuxième passage l'attention peut être plus particulièrement orientée vers leurs perceptions du mouvement, leurs sensations propioceptives, les modifications et adaptations corporelles qui sont mises en jeu. L'observation de l'autre réalisant le parcours est aussi une manière de se projeter, et de stimuler sa conscience corporelle, notamment grâce à l'activation des neurones miroirs.

Suite à cette sensibilisation, le sujet réalise un autre passage, cette fois sans les obstacles. Le sujet refait le chemin et les gestes qui se succèdent avec le souvenir proprioceptif des mouvements et le souvenir visuel du parcours.

Lors du parcours de marche, Mme L. chute en marchant sur un obstacle. Cela suscite beaucoup d'émotions pour tout le monde. En revenant sur la séance je me rends compte de la difficulté que j'ai eu à offrir un cadre sécurisant et à articuler les propositions de façon claire.
En prenant un temps plus important pour l'écoute et l'observation du déroulement de la séance suivante, celle-ci a pu se dérouler sans incidents. Comme un enfant apprenant à marcher j'ai réalisé cette séance à partir de bases plus stables. J'avais

déjà expérimenté les étapes qui ont pu s'organiser et se succéder vers la poursuite des objectifs. En me mettant dans cette posture attentive que je cherchais à susciter chez les patients, je leur ai finalement permis d'expérimenter la marche en conscience et en confiance.

En m'appuyant sur la demande des patients, ils ont pu explorer, à travers la marche, leur façon d'être en relation à leur environnement.

c. Percevoir et évoluer

Pour terminer je vais illustrer certaines idées que j'ai pu aborder à travers le mouvement par une vignette clinique de Mme T. (que nous avons déjà pu rencontrer précédemment).

Mme T. est une dame de 80 ans. Elle est hospitalisée dans le service polyvalent du SSR suite à une chute qui a engendré une fracture de son épaule droite. Dans son récit, cette patiente raconte un affaiblissement du tonus qui l'a conduite à chuter dans son escalier. Par rapport à son séjour dans le service, elle est en demande de soutien et de conseils, questionnant ses capacités motrices.

Professeure de littérature à la retraite, elle vit avec son mari. Ils ont trois enfants, desquels elle est très proche. Bien qu'ils habitent loin, elle a des contacts réguliers avec chacun d'eux.

Les **mouvements** de Mme T. sont relativement pauvres et d'autant plus contraints par son bras droit en écharpe. Ses gestes restent très proches du tronc et dans sa mobilité spontanée, elle investit seulement l'espace qui est devant elle. Son regard reste figé de face et elle investit peu les mouvements de rotation et de

dissociation des ceintures. Mme T. effectue alors ses déplacements en mobilisant tout son corps comme un “bloc” non articulé. Je remarque que la fluidité de mouvement est d’autant plus altérée lorsque Mme T. est debout.

Lorsqu’elle évolue **dans l’espace**, elle parait perdue. Ses gestes sont imprécis et hésitants. Mme T. présente des difficultés de repérage spatial et d'orientation par rapport à soi et à son environnement. Dans les différents transferts elle a alors du mal à organiser ses gestes dans une succession logique et adaptée à son environnement. Son référentiel égocentrique est fragile, et d’autant plus fragilisé par l’immobilité de son bras droit qui altère certainement le vécu de son axe corporel.

Je remarque que la position assise favorise **la régulation tonico-émotionnelle**. Elle lui permet un repère stable apportant une plus grande fluidité à sa mobilité. Cette stabilité s’observe également dans l’organisation et la construction de ses pensées.

Mme T. présente une déficience sensorielle au niveau de la **proprioception**. Quand je mobilise un de ses membres les yeux fermés, elle peut reconnaître par le contact tactile quel membre a été bougé. Mais au niveau de l’articulation, elle ne peut pas reproduire le mouvement qui lui a été appliqué.

Lorsqu’elle est debout, elle manque alors de **repères**, d’**ancrage** pour effectuer ses mouvements. En effet, lorsqu’elle est assise elle peut sentir le repère de son bassin sur la chaise, ce qui libère les mouvements de ses membres qui sont plus fluides dans cette situation. J’explique ainsi sa désorientation spatiale et sa motricité altérée par cette déficience sensorielle.

De plus, Mme T. est **douloureuse**, au niveau de la région lombo-abdominale, et ce particulièrement à la marche. Cette partie du corps est perçue comme un tout douloureux, entravant sa mobilité à ce niveau. Ce qui accentue sa façon de se déplacer “en bloc”.

Suite à une première rencontre en chambre, j’ai installé un suivi régulier avec Mme T., qui est très intéressée et attentive à la pratique de la psychomotricité. Je la

rencontre d’abord une fois par semaine lors de séances individuelles en espace sensoriel. Puis elle investit ma proposition de séances collectives hebdomadaire en espace corporel.

Lors des séances collectives Mme T. est très attentive aux autres patients. Elle prend un premier temps pour observer comment chacun s’y prend. Elle exprime un manque de confiance en elle, qui se traduit par une passivité générale.

Mme T. n'a pas conscience de ses capacités et n'a pas confiance en elle. Je la sollicite et la soutiens dans son exploration des possibilités de mouvement. Je lui propose principalement des **mobilisations actives** du bassin et de la colonne vertébrale, à partir de la **perception** de ses **appuis**, du **poids** ou des **articulations**. Et Je lui demande de réaliser cela dans la limite de la douleur. Elle effectue ces mouvements sur le matelas à eau qui lui offre un contact enveloppant de toute la partie du corps sollicitée, lui permettant de percevoir le mouvement. De plus je verbalise ce que j’observe pour solliciter sa conscience corporelle au niveau de ses appuis, des jeux articulaires… lui permettant de mieux se représenter sa motricité.

Les différentes séances de psychomotricité font trace et s'inscrivent corporellement pour Mme T. En effet, après la relaxation, spontanément, elle reprend les mouvements de bassin effectués la semaine précédente.

Au fur et à mesure elle expérimente un peu plus **activement** et **spontanément** les propositions des séances collectives. De plus, Mme T. montre, en espace sensoriel, une **curiosité** par rapports à ses **perceptions**. Elle explore les différents fauteuils et matelas avant de **choisir** celui dans lequel elle veut faire la relaxation.

A la fin d’une séance, Mme T., esquissant un mouvement vers son écharpe : “pourquoi je veux enlever ça moi ?”. Son bras était immobilisé depuis un mois.

Pendant cette séance en espace sensoriel j'ai proposé à Mme T. un massage, par-dessus ses vêtements, avec mes mains, puis avec un ballon enveloppant. Sur le matelas à eau, je lui ai ensuite fait sentir des mouvements de son bassin et de sa colonne vertébrale. Je lui offre un cadre où elle est en confiance pour effectuer les mouvements, où elle peut percevoir ce qu'elle fait dans les limites de la douleur. Elle prend ainsi **conscience de ses capacités** et retrouve de la **confiance** en elle.

Je fais l'hypothèse que les mouvements en conscience que j'ai proposé à Mme T. lui ont permis de libérer **quelque chose de cette posture figée**. Et qu'elle l'a exprimé en voulant enlever spontanément son écharpe.

Pendant cette séance Mme T. me dit aussi "je comprends que c'est du travail". Elle prend en compte sa **part active** et ainsi que la relaxation n'est pas un relâchement total dans la passivité. Elle retrouve un certain **sentiment d'autonomie**.

Mme T. a investi les séances de psychomotricité en évoluant, à son rythme, dans les propositions. Elle a pu éveiller sa conscience corporelle à travers les relaxations. Ce qui lui a permis d'expérimenter et d'explorer sa motricité en confiance.

EN CONCLUSION…

Dans les séances que j’ai pu proposer lors de mon stage, je me suis appuyée sur le **mouvement** en tant que support de **recherche**, de **découverte**, d'**expérimentation**, d'**expression**, de **plaisir**. Ces expériences contribuent à préserver des repères psychomoteurs rassurants, à pouvoir continuer de vivre en relation, en s’adaptant dans un corps qui change et à soutenir un **sentiment d’existence**.

Conclusion

Ces quelques pages reflètent des éléments de réponse, à un moment donné, aux questions qui ont été soulevées. Ce sont des pistes de réflexion qui ont été expérimentées dans la pratique de la psychomotricité auprès des sujets hospitalisés au sein d'un SSR, à partir du mouvement, du sujet et des relations.

Le **mouvement** a donc été le prisme à travers lequel j'ai observé les rencontres que j'ai pu faire dans le cadre de mon stage. Il est présent à chaque instant de la vie du sujet, l'inscrivant dans une **continuité d'existence**. Et il en porte toute la complexité, mettant en jeu le sujet dans une **interrelation** de soi, de l'autre et de l'environnement.

Dans le contexte du SSR, la pratique du psychomotricien se développe au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Elle se construit à partir de leurs objectifs, qui s'expriment en termes d'adaptation, de **réadaptation**. Le psychomotricien articule son travail entre ce cadre commun et la rencontre singulière avec le patient.

L'hospitalisation est un événement marquant dans la vie du sujet. Pour les patients admis dans le SSR, elle vient généralement symboliser quelque chose du vieillissement. Inscrivant une rupture dans son histoire propre, elle soulève des questions existentielles et interroge le sujet dans son **rapport au temps et à l'espace**. Dans ce contexte, il peut arriver que le patient prenne une forme de distance face à son corps atteint par la maladie, devenant non seulement étranger mais aussi objet de soin.

Le sujet existe aussi à travers ses affects, dans sa manière propre de vivre l'hospitalisation et plus généralement son être là au monde. Le psychomotricien, travaillant à partir du vécu de la personne, il l'accompagne dans une **adaptation subjective, incarnée**. Les séances de psychomotricité peuvent ainsi constituer un

espace permettant au patient de se réapproprier son propre corps, de recontacter sa sensorialité, son expressivité.

Nous avons vu que le **mouvement** était une porte d'entrée pour aborder la question de l'**incarnation** du sujet. Il est une part de la **subjectivisation** et de la **subjectivité** de l'être en même temps qu'il est son **unité**, sa **relation** à lui-même, à l'autre et à l'environnement. Dans cette dynamique le sujet existe matériellement et sensiblement par l'intermédiaire de sa chair, du corps réel qui le positionne et l'oriente dans l'espace et le temps.

Quels objectifs et quels axes de prise en soin, le psychomotricien peut il alors mettre en place derrière la formule "accompagner le sujet dans son incarnation" ?

Le **mouvement en conscience** éveille les perceptions du sujet et sollicite son implication, sa présence dans les liens interactifs qu'il suscite. Il lui permet d'expérimenter sa capacité d'adaptation, autant dans les dimensions spatiales que temporelles, à partir de cette écoute attentive de son expression corporelle. Notamment dans son implication tonique, le sujet met en jeu toute sa subjectivité et son intentionnalité de manière autonome et en relation. Il est mu dans son ensemble et s'incarne alors dans son mouvement.

La **rencontre** du patient et du psychomotricien s'inscrit dans cette **dynamique interactive**, entre **mouvement** et **communication**. La **relation intersubjective** fait partie intégrante de ce processus, qui se nourrit, s'enrichit et évolue. Ainsi, l'adaptation du sujet à son environnement est aussi lisible dans un inter-ajustement entre les sujets.

Chaque psychomotricien, en gardant sa part de **subjectivité**, réagit de façon singulière. Ce qui renforce le fait d'aller rencontrer le sujet dans une relation intersubjective. Le psychomotricien est lui aussi en mouvement dans ce processus.

Le psychomotricien est impliqué dans la situation, en relation avec lui-même (ses ressentis, ses capacités...), son environnement (le patient, l'espace, le cadre institutionnel…), pour répondre de la manière la plus ajustée possible. Dans un mouvement d'adaptation, il expérimente cette incarnation en même temps qu'il la questionne chez le patient. Il a, lui aussi et auparavant, expérimenté les questions du temps, de l'espace, du tonus… dans la relation. C'est pourquoi, il me paraît essentiel pour le psychomotricien, d'enrichir continuellement sa pratique personnelle.

Table des matières

Avant-propos **4**

Sommaire **5**

Introduction **6**

Partie I - L'hospitalisation au sein d'un service de Soin de Suite et Réadaptation **11**

I. Un contexte de rencontre : Le Service de Soin de Suite et Réadaptation 12

1) Un cadre physique *12*

2) Une équipe soignante *12*

3) Des objectifs *13*

II. Un événement dans la vie de la personne 14

1) Le diagnostic médical *14*

a. Des symptômes 17

b. Prise en soins 17

2) L'autonomie remise en question *18*

a. Autonomie et dépendance 19

b. Prise en soins 19

3) Le sentiment de désincarnation *20*

a. Un corps vécu dans sa subjectivité 20

b. Des repères dans la continuité 21

c. Le corps dans une identité 23

d. Une continuité dans l'évolution 24

e. Un vécu dans le remaniement 25

III. Une rencontre psychomotrice 28

1) L'échange des mots *29*

2) Le corps dans l'échange *30*

a. L'expression corporelle 30

b. Le corps en relation - *"comment le corps fait système"* 31

c. Le patient en mouvement 32

IV. Directions dans la réflexion psychomotrice 35

1) La dynamique subjective *35*

2) L'élan vital ... *36*
3) En relation dans l'espace ... *36*
4) En relation dans la dimension temporelle ... *36*
Partie II - Mouvement et psychomotricité ... 38
I. Mouvement - Définitions et concepts ... 39
1) Une question anatomo-physiologique ... *40*
2) Une question psychomotrice ... *42*
3) Une question d'incarnation ... *45*
a. En relation ... 45
b. Avec subjectivité ... 46
c. Dans la continuité ... 47
d. En conscience ... 49
e. L'expérience de Christina - La femme désincarnée ... 51
II. Le développement psychomoteur en mouvement ... 53
1) In utero ... *54*
2) Mouvement et tonus ... *55*
a. La vigilance ... 56
b. Les flux sensoriels ... 56
c. Le dialogue tonique ... 56
d. Les représentations ... 57
3) Mouvement et espace ... *58*
4) Mouvement et relation ... *60*
III. Prise en soin psychomotrice en mouvement ... 64
1) Un mouvement vers soi - "entrer dans son corps" ... *65*
2) Un mouvement de soi ... *66*
3) Un mouvement incarné ... *68*
4) Expériences en mouvement ... *71*
a. Respirer ... 71
b. Marcher ... 74
c. Percevoir et évoluer ... 76
Conclusion ... 81
Table des matières ... 84
Bibliographie ... 86

Bibliographie

AJURIAGUERRA (De) J., “Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication”, *in Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 3*, Papyrus, 2010, pp. 307-323.

BEAUCHEF J., L’activité libre pour un enfant acteur de ses découvertes, dans métiers de la petite enfance, N°227, novembre 2015.

BRUN J., « Chapitre IV. La physique », *Aristote et le Lycée*, Paris, Presses Universitaires de France, «Que sais-je ?», 2004, p. 47-67.

DORON R. et PAROT F., Dictionnaire de la psychologie, PUF, Paris, 1991, p.360.

GAUCHER-HAMOUDI O. et GUIOSE M., Soins palliatifs et psychomotricité, édition heure de France, Paris, 2007, pp. 41-43.

JOLY F. et BERTHOZ A. (coordonné par) Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Volume 4 : Développement corporel et relation à autrui : [actes du] colloque 1er et 2 juillet 2010 en hommage à J. de Ajuriaguerra, Editions du Papyrus, 2013, pp. 241-271.

JOLY F. et LABES G. (coordonné par) Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Volume 1 : Corps, Tonus et psychomotricité, Editions du Papyrus, Paris 2009, pp. 49-53, 163-183,

KRISTENSEN S., “Maurice Merleau-Ponty, une esthétique du mouvement”, Archives de Philosophie 2006/1 (Tome 69), pp. 123-146.

LABAN R., La maitrise du mouvement, éditions Acte Sud, 1994.

LAPIERRE A. et AUCOUTURIER B., La symbolique du mouvement, psychomotricité et éducation, édition épi, 1975.

LATOUR A-M., source psychomotrice de l'expérience du temps ou le tonus comme une "sixième sens", 43ème Journée Annuelle de thérapie Psychomotrice, Corps et intériorité, Prendre forme au fil du temps, octobre 2014.

LESAGE B., Jalons pour une pratique psychocorporelle, édition érès, 2012.

LIARTE A. et BROCQ H., « Les corps à l'épreuve de la maladie grave », Jusqu'à la mort accompagner la vie 2014/3 (N° 118), p. 35-44.

MARCOS I., Corps vécu/ corps réel, redonner du sens quand la vie emmure, *in Thérapie Psychomotrice et Recherches* n° 129, 2002

MARCOS I. et BURUCOA B., La psychomotricité en unité de soins palliatifs : au sujet d'une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA), *in Médecine Palliative Volume 11*, 2012.

MERLEAU-PONTY M., Phénoménologie de la perception, éditions Gallimard, 1945, pp. 317-332.

Ministère de la santé et de la solidarité, Synthèse des recommandations du groupe de travail sur les soins de suite et de réadaptation, Paris, 1er décembre 2006.

PONTON G., Article non publié, "D'où vient le sentiment de sécurité chez l'aîné", Ateliers du Cami Salié.

PONTON G., La réorganisation de la conscience corporelle, Congrès du SNUP, Strasbourg, juin 2011.

POTEL C., Interview, « Passer par l'acte psychomoteur », *Enfances & Psy* 2013/4 (N° 61), p. 20-31.

POTEL C., “Tout au fond de nous, il y a un petit être qui danse”, *Corps brûlant, corps adolescent. Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents*, Toulouse, Erès « L’Ailleurs du corps », 2006, pp. 125-144.

ROBERT-OUVRAY S. et SERVANT-LAVAL A « Le tonus et la tonicité » in SCIALOM P., GIROMINI F, ALBAET J.M., Manuel d’enseignement de la psychomotricité, De Boeck, 2011, pp. 145-177.

SACKS O., “La femme désincarnée”, L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau, éditions du Seuil, 1988, pp. 65-78.

SCHEIN. I et HAMALAINEN. T, Mouvement apparent et non apparent en thérapie corporelle, *in thérapies psychomotrices et recherches*, n°117, p. 70-75, 1999

SERVANT-LAVAL A., Anatomie fonctionnelle, polycopié d’enseignement pour les étudiants en psychomotricité, 2010.

TUFNELL M. et CRICKMAY C., Corps, espace, image, éditions Contredanse, 2014

VADORI-GAUTHIER N., Du Mouvant, processus de création individuelle et collective d'images et de formes vivantes, 2014.

VARELA F., THOMPSON E. et ROSCH E., l’inscription corporelle de l’esprit, Sciences cognitives et expérience humaine, Editions du Seuil, 1993, pp. 233-243.