HAL
open science

La relation thérapeutique psychomotrice : réflexion sur l'approche du psychomotricien face aux troubles du comportement

Jeanne Frémond

To cite this version:

Jeanne Frémond. La relation thérapeutique psychomotrice : réflexion sur l'approche du psychomotricien face aux troubles du comportement. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01347181

HAL Id: dumas-01347181

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01347181v1

Submitted on 20 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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Science de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

LA RELATION THERAPEUTIQUE PSYCHOMOTRICE :

Réflexion sur l'approche du psychomotricien face aux troubles du comportement

Jeanne FREMOND

Née le 12/05/1992 aux Lilas (93)

Mai 2016

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier mes maîtres et référents de stage qui m'ont tous beaucoup apporté et appris. Merci pour leur écoute, leurs conseils, leur patience et le temps qu'ils m'ont consacré :

Merci à Hélène REVARDEL pour ses connaissances autour de la petite enfance, pour tous ces échanges riches et son accompagnement dans cette première année.

Merci à Isabelle VERGES de m'avoir accueilli en stage, d'avoir su m'accompagner et me soutenir dans les moments agréables comme dans les moments un peu plus compliqués.

Merci aussi à mon référent de stage, Guillaume BRISSOT, toujours à l'écoute et disponible, pour un encadrement avec Isabelle au plus près de mes attentes et mes besoins.

Merci à Catherine ROSEC, pour son accompagnement dans ma première approche auprès de la personne âgée, pour son temps et ses conseils dans l'élaboration de ce mémoire.

Merci à tous les professionnels que j'ai pu rencontrer, dans mon parcours, sur mes différents lieux de stage, pour leur confiance, leur partage d'expérience, pour la place de stagiaire qu'ils ont su me laisser. Ainsi qu'à tous les enseignants de l'Institut de Formation de Psychomotricité de Bordeaux.

Enfin je remercie ma famille et mes amis :

Merci à mes parents, ma sœur, mon frère et Benoît pour la relecture de ce mémoire, leur soutien et tout ce qu'ils m'apportent chaque jour.

Merci à mes camarades de promotion et particulièrement mon acolyte Maëva, à mes amis du handball, de STAPS et de Normandie, pour toutes ces années et celles qu'il nous restent à vivre.

A mes grands-parents

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....5

PARTIE 1 : Les troubles du comportement

Définition.....7
Classification.....8
Etiologie.....13
Evaluation.....18
Traitement.....19
Dans la pathologie.....22

PARTIE 2 : La relation thérapeutique psychomotrice

Les généralités.....27
Définition.....27
Les liens avec la relation mère-enfant.....28
Les principes fondamentaux.....32
L'alliance thérapeutique.....32
Le cadre.....33
Les mouvements relationnels.....35
Les outils et moyens du psychomotricien.....39
Le bilan psychomoteur.....39
Les médiations.....46

PARTIE 3 : L'approche du psychomotricien face aux troubles du comportement

Le psychomotricien dans la relation.....51
Les qualités et compétences du psychomotricien.....51
L'implication corporelle.....53
L'ajustement corporel.....56
Eléments de réponse.....61
Etude de cas de Mme R.....62
Etude de cas de Mr A.....72

CONCLUSION.....84

BIBLIOGRAPHIE.....85

ANNEXES.....87

AVANT-PROPOS

A la suite d'une formation d'enseignement en Activité Physique Adaptée et Santé, je me suis intéressée au métier de psychomotricien. L'approche du sujet me paraissait plus complète et globale et je désirais placer la relation au centre du soin.

Cette formation m'a cependant permis d'effectuer des stages variés en Foyer d'Accueil Médicalisé (adultes polyhandicapés), en Etablissement de Service d'Aide par le Travail (adultes déficients intellectuels), en milieu aquatique auprès d'adultes traumatisés crâniens.

Mais dans cette diversité d'approches, la manière de s'occuper et de prendre en charge la personne ne me satisfaisait pas et m'empêchait de poursuivre dans cette voie. Dans l'activité physique adaptée, cette relation au corps en tant qu'instrument, appareil locomoteur, ensemble mécanique, est pour moi, devenue étrangère.

J'étais constamment en quête de sens, d'intérêt car pour moi la relation dans le soin ne peut être envisageable qu'en tenant compte de l'humain dans sa globalité.

L'intégration de l'Institut de Formation en Psychomotricité en deuxième année (via le concours et la passerelle), m'a permis de remettre en question tous mes acquis poussant ainsi mes interrogations jusqu'au champ des possibles. La formation amène à la réflexion tout en proposant des pistes pour se forger une identité de psychomotricien.

Qu'est-ce qu'un psychomotricien ? Mon cheminement personnel, les enseignements théorico-cliniques, les stages, m'ont amenée petit à petit à entrevoir ce que cette vaste profession proposait. Un premier stage en crèche m'a permis de comprendre le développement psychomoteur de l'enfant ; puis un stage en hôpital de jour (HJ) et en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), ont complété et enrichi mes connaissances et compétences.

J'ai bien conscience que cette perception de l'Activité Physique Adaptée m'est propre, comme celle que je me fais de la psychomotricité, toujours est-il qu'elles m'ont amenées à m'intéresser à la relation thérapeutique, et ses effets sur le comportement.

INTRODUCTION

En psychomotricité comme ailleurs, la relation façonne l'être humain et le place au cœur de son ancrage au monde, à la société et à soi. Dès la naissance l'enfant baigne dans des flux sensoriels et relationnels qui forgent l'individu dans la construction de son identité. En effet, « *Notre corps, lieu fondamental d'assise de notre identité est bien, avant tout, une construction relationnelle* [1]» d'après le pédopsychiatre et docteur en psychologie clinique Jean-Marie GAUTHIER.

La relation, ce champ de la psychomotricité placé de façon privilégiée sous le double signe du lien et du corps, amène beaucoup de réflexions, d'interrogations quant à son fonctionnement et sa complexité. Pour le psychomotricien Christian BALLOUARD, le domaine de la psychomotricité « *est celui de la vie psychique, à travers et par la mise en œuvre du corps en mouvement, en expression et en relation* [2]». Mais comment existe-elle en pratique psychomotrice ? Comment est-elle utilisée ? Comment s'ajuster dans la relation avec l'autre ?

Toutes ces questions m'ont accompagnées tout au long de ma formation, à travers mes différents stages, dans mon cheminement personnel et mon évolution.
Je me suis souvent interrogée sur ce lien qu'il existe entre le patient et le psychomotricien. Sur la manière dont il peut être manié, modulé en fonction du sujet, de son âge, de sa pathologie, mais aussi en fonction de nous, notre état, son sensations, perceptions, représentations.

J'ai aussi pu comparer les différentes formes que ce lien pouvait prendre en fonction des populations, notamment auprès d'enfants en crèche, d'adultes en Hôpital de Jour (HJ) et de personnes âgées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

J'ai pu découvrir un contact particulier avec les enfants en bas âge. Une certaine proximité, un lien souvent fort, brut, archaïque basé sur l'affectif, le plaisir de l'exploration, de la découverte, du jeu.
Puis la relation avec l'adulte en psychiatrie. Ce lien particulier, qui fait défaut dans la psychose, a bousculé toutes les représentations et certitudes que je pouvais avoir à propos de la relation soignant-soigné. Face à une population pouvant être agressive, impulsive, désinhibée, inadaptée, violente, avec des bizarreries de contact, il a fallu sans cesse évaluer et se réajuster dans ce lien à l'autre qui tout en étant naturel doit être constamment réfléchi.
Enfin, mon stage expérimental en EHPAD m'a permis de découvrir une relation encore bien différente ancrée dans ce rapport à la vieillesse, à la mort. Une relation de soin dont la visée est tout autre en

[1] « Pour une théorie du corps relationnel », GAUTHIER J-M., p110
[2] « L'aide-mémoire du psychomotricien », 2e édition, BALLOUARD C., p6

psychomotricité.

Les troubles du comportement que j'ai pu observer au cours de mes stages m'ont autant impressionnée, qu'intimidée. Certaines situations font émerger en moi de nombreuses questions et interrogations : comment se positionner face à des cris ? Comment réagir quand une personne déambule ? Que puis-je apporter à une personne anxieuse ou déprimée ? Comment ces troubles du comportement s'expriment corporellement ?

C'est à partir de toutes ces questions qu'est née ma problématique et l'envie d'approfondir ce sujet :
Comment le psychomotricien, au travers de son approche dans la relation thérapeutique psychomotrice, répond à la problématique des troubles du comportement ?

Je vais dans un premier temps définir les troubles du comportement afin d'en avoir une vision générale et globale. Je vais essayer de comprendre leurs fonctionnements, leurs survenues, les causes de leurs apparitions. J'évoquerai également la particularité des troubles du comportement dans les populations que j'ai rencontrée en stage pour illustrer au mieux mes apports cliniques.

Dans un deuxième temps je parlerai de la relation thérapeutique psychomotrice. Je commencerai par en donner les généralités : par sa définition et sa spécificité, j'en ferai les liens avec la relation mère-enfant. En détaillant la manière dont se créée cette relation, j'éclairerai mes propos par mes observations. Je vais insister sur l'établissement de l'alliance thérapeutique, du cadre dans lequel cette alliance va pouvoir être instaurée et tous les mécanismes qui s'y jouent. Pour finir, je parlerai des outils dont dispose le psychomotricien pour appréhender au mieux les troubles du comportement, notamment l'examen psychomoteur et les médiations.

Enfin je parlerai de la place du psychomotricien dans cette relation thérapeutique. Des ajustements et adaptations, spécifiant son approche dans la relation de soin, qui participent à forger son identité. Je clôturerai mon argumentaire par deux études de cas. L'une traitant d'une résidente de l'EHPAD, l'autre d'un patient de l'HJ.

PARTIE 1 :
LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

I. DEFINITION

Avant de définir le trouble du comportement, ***qu'est-ce qu'un comportement*** ?
C'est un ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données. Plus généralement, il s'agit de sa manière d'être et d'agir au monde.

Selon l'**OMS** (Organisation mondiale de la santé), ***un trouble du comportement*** « *se caractérise par un changement du mode de pensée, de l'humeur, ou du comportement qui ne rentre plus dans les normes ou les croyances culturelles* »[3]. Associés à une détresse morale ou une altération des fonctions mentales, les troubles du comportement deviennent pathologiques. De la même manière l'**HAS** (la Haute Autorité de Santé), dans son argumentaire de recommandation de bonnes pratiques de Mai 2009, notifie que « *le terme de trouble du comportement suppose une réaction inadaptée ou inattendue à une stimulation* ».

Toute la complexité du trouble du comportement réside dans la difficulté d'en extraire les caractéristiques « ***normales*** » ou « ***pathologiques*** ». Où est la frontière entre le normal et le pathologique ? A partir de quand le droit à la différence pose-t-il problème ?
Lorsqu'on parle de normalité, on fait souvent référence à l'association de :

- La normalité idéale : les critères élaborés par la société, l'opinion publique, les médias ;
- La normalité fonctionnelle : l'idéal individuel ;
- La normalité subjective : une représentation interne qui fluctue en fonction de l'humeur ;
- La normalité statistique : purement mathématique.

Le trouble du comportement se mesure de manière **qualitative** (déviation, inadaptation, inadéquation à la réalité) ou **quantitative** (en excès ou en défaut) et ainsi permet de repérer sa dimension pathologique.

Un trouble du comportement peut être ponctuel ou chronique, grave ou léger, avoir d'importantes répercussions économiques, psychologiques et sociales ou pas. Il s'inscrit la plupart du temps dans la

[3] « Troubles du comportement : des réflexions qui sèment le trouble » POCHART M.

sémiologie d'une maladie. Son expression est différente en fonction de la population que ce soit le milieu sociale, économique, culturel, l'âge ou la pathologie dont souffre la personne.

II. CLASSIFICATION

1. *Trouble internalisé ou externalisé* :

- *Les troubles* ***internalisés*** : Ils regroupent les comportements affectant le sujet dans sa relation à lui-même. Un sujet présentant des troubles d'internalisation peut par exemple souffrir de manque de confiance en soi, de dépression, d'anxiété, de phobie, d'apathie, retrait social etc.
- Les troubles ***externalisés*** : Quant à eux, ils regroupent les comportements affectant aussi les autres ou l'environnement comme l'agressivité, la désinhibition etc.

2. *Trouble de l'humeur, névrotique ou psychotique* :

- ***Troubles de l'humeur*** : L'humeur est un état d'esprit où prédomine une émotion (bonne humeur, humeur anxieuse). Une émotion est un sentiment général qui colore les comportements et la lecture du monde qui entoure l'individu (colère, tristesse, joie). C'est une expérience vécue à l'intérieur de l'individu (dépression, manie)
- ***Troubles névrotiques*** : Les troubles névrotiques sont des troubles mentaux sans facteurs organiques clairement démontrables. Ils ont souvent été repris par les théories psychanalytiques bien que les théories comportementalistes et génétiques prennent une place de plus en plus importante dans leurs explications. Ces troubles ne s'accompagnent d'aucune altération du sens de la réalité et habituellement, le sujet ne confond pas ses expériences subjectives et ses fantasmes morbides avec la réalité extérieure. Le comportement peut être très perturbé bien que restant généralement dans des limites socialement acceptables et sans que la personnalité ne soit désorganisée. Les principales manifestations sont une anxiété excessive, des symptômes hystériques, des phobies, des symptômes obsessionnels et compulsifs, les troubles de la personnalité.
- ***Troubles psychotiques*** : Les troubles psychotiques affectent le fonctionnement du cerveau de façon majeure en modifiant les pensées, les croyances ou les perceptions. Elle fait difficilement la différence entre ce qu'elle perçoit et ce qui est réel, elle perd le contact avec la réalité. Ils regroupent la schizophrénie, les hallucinations, les idées délirantes etc.

3. Troubles mentaux et comportementaux de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies)

- ***Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques*** : Les démences (Alzheimer, vasculaire et autres) ; syndrome amnésique ; delirium ; lié à une lésion ou dysfonctionnement cérébral (hallucination, catatonie, état délirant, trouble de l'humeur, trouble anxieux, labilité émotionnelle etc.) ; trouble de la personnalité (syndrome frontal, post-encéphalique etc.) ; trouble mental organique.
- ***Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives*** : Alcool, opiacé, cannabis, sédatifs, hypnotiques, cocaïne, caféine etc.
- ***Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants*** : Les différentes formes de schizophrénies (paranoïde, catatonique, psycho-affective etc.) ; troubles délirants chroniques (paranoïa, dysmorphophobie délirante, paraphrénie etc.) ; troubles psychotiques aigus ; psychoses.
- ***Troubles de l'humeur*** : Episodes maniaques ; troubles affectifs bipolaires ; épisodes dépressifs ; troubles dépressifs récurrents ; troubles de l'humeur persistants.
- ***Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes*** : Troubles anxieux phobiques (agoraphobie, phobie sociale etc.) ; troubles anxieux (panique, généralisé etc.) ; troubles obsessionnels compulsifs ; réaction à un facteur de stress important (état de stress post-traumatique, trouble de l'adaptation etc.) ; troubles dissociatifs (amnésies, fugues, moteurs, convulsions, de conversion etc.) ; troubles somatoformes (somatisation, hypocondrie, syndrome douloureux somatoforme etc.) ; autres troubles (dépersonnalisation, neurasthénie).
- ***Syndromes comportementaux associés à une perturbation physiologique et à des facteurs physiques*** *:* Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie etc.) ; troubles du sommeil inorganique (insomnie, hypersomnie, rythme veille/sommeil, somnambulisme, terreurs nocturnes etc.) ; dysfonctionnement sexuel (absence libido, éjaculation précoce, activité sexuelle excessive etc.) ; associé à la puerpéralité (dépression périnatale ; psychose post-partum) ; associé à des maladies ; abus de substances n'entraînant pas de dépendance.
- ***Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte*** :Troubles spécifiques de la personnalité (paranoïde, schizoïde, dyssociale, borderline, agressive, anxieuse, dépendante, excentrique, immature, narcissique, psychonévrotique) ; troubles mixtes ; modification durable de la personnalité (après expérience, maladie psychiatrique etc.) ; troubles des habitudes et de l'impulsivité (jeu pathologique, pyromanie, kleptomanie etc.) ; trouble de l'identité sexuelle (transsexualisme, travestisme etc.) ; troubles de la préférence sexuelle (fétichisme, exhibitionnisme, voyeurisme, pédophilie, sadomasochisme etc.) ; associé au développement

sexuel et à l'orientation sexuelle ; autres (majoration du trouble pour des raisons psychologiques, intentionnelles etc.).

- ***Retard mental*** : Léger ; moyen ; profond etc.
- ***Troubles du développement psychologique*** : De la parole et du langage (aphasie, dysphasie, dyslalie etc.) ; des acquisitions scolaires (agraphie, dysgraphie, dysorthographie etc.) ; liés au développement moteur ; mixtes ; troubles envahissants du développement (autisme infantile, autisme atypique, syndrome de Rett, syndrome d'Asperger etc.)
- ***Troubles du comportement et émotionnel arrivant à l'enfance et l'adolescence*** :Troubles hyperkinétiques ; troubles des conduites (type mal socialisé, type socialisé, trouble oppositionnel avec provocation etc.) ; troubles mixtes (conduite et trouble émotionnel) ; troubles émotionnels (angoisse de séparation, anxiété sociale, rivalité dans la fratrie, trouble de l'identité etc.) ; trouble du fonctionnement social (mutisme, trouble réactionnel de l'attachement à la mère, désinhibition etc.) ; tic (transitoires, chroniques, vocaux, moteurs, syndrome de Gille de la Tourette) ; autres (énurésie, encoprésie, trouble de l'alimentation du nourrisson, bégaiement etc.).

Quelques troubles du comportement, souvent rencontrés au cours de mes stages, pourront servir d'illustration à mes apports cliniques et mes études de cas.

4. Définition des principaux comportements rencontrés :

Comportement	Définition
Agitation	Comportement moteur ou verbal excessif et inapproprié. D'après COHEN-MANSFIELD (fondateur du CMAI : une échelle d'agitation pour sujet âgé), l'agitation consiste en « *une activité verbale ou motrice inadaptée qui ne peut s'expliquer par l'état de confusion du patient, et qui n'est pas l'expression d'un besoin apparent* [4] ». . L'agitation pourrait être plutôt un concept puisqu'elle recouvre la quasi-totalité des troubles comportementaux. BECK et SHUE[5] précisent qu'ils constituent une source de frustration, de stress, d'anxiété pour le sujet et pour autrui et qu'ils peuvent entraîner l'inadaptation et l'isolement social.
Agressivité	Comportement physique ou verbal menaçant ou dangereux pour l'entourage ou le patient. D'après PATEL et HOPE[6], l'agressivité est une action manifeste qui implique l'émission de stimuli délétères à un autre objet, un

[4] « Symptômes comportementaux et psychologie de la démence » LANDREVILLE P., p11
[5] Ibid
[6] Ibid p13

	autre organisme ou à soi-même et qui n'est clairement pas accidentelle. → L'agressivité verbale regroupe des émissions verbales ou vocales dont le contenu, le débit ou la prosodie traduisent un état émotionnel agressif ou irrité (s'indigner, se fâcher, insulter, injurier etc.). → L'agressivité physique est identifiée à partir de comportements moteurs consistant en des manifestations gestuelles (menacer avec la main, le poing, le pied, brandir un objet, cracher etc.), ou des actes particuliers (pincer, gifler, mordre, bousculer, repousser, empoigner, frapper, arracher etc.).
Anxiété	Les troubles anxieux, regroupent les attaques de panique, le trouble anxieux généralisé, les phobies. Ces troubles sont souvent associés à de l'agitation ou la dépression. Au niveau somatique, l'anxiété se manifeste souvent par des palpitations cardiaques, une dyspnée, impression d'étouffement, des nausées, des vomissements, diarrhée, spasmes abdominaux douloureux, des tremblements, vertiges, troubles vasomoteurs etc.
Apathie	D'après MARIN[7], l'apathie se caractérise par l'absence d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne et des soins personnels, la diminution des interactions sociales, de l'expression faciale, des modulations phoniques, des réponses émotionnelles et de l'initiative. Elle est souvent associée à la dépression et serait, avec l'agitation, un des troubles les plus pénibles pour l'entourage.
Dépression	D'après le DSM V (*le manuel diagnostic des troubles mentaux*), la dépression comprend une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir, un changement de poids, de sommeil, une agitation psychomotrice, de la fatigue et une perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité inapproprié, des difficultés à penser ou à se concentrer ainsi que des pensées de mort récurrentes. Il existe des épisodes dépressifs majeurs, ainsi que des dépressions chroniques.
Désinhibition	Comportement inapproprié par rapport aux normes sociales ou familiales, absence de retenue verbale ou physique (remarques grossières, attitudes sexuelles incongrues, comportement impudique ou envahissant) qui gêne le patient dans son rapport à soi et aux autres.
Désorganisation Désorientation	La désorientation temporo-spatiale c'est l'incapacité pour le sujet de se repérer par rapport au temps et à l'espace. On retrouve fréquemment cette désorientation dans le syndrome confusionnel ou dans la démence. La désorganisation ou dissociation c'est la perte de l'unité psychique, qui provoque un relâchement des associations entre idées, émotions et attitudes.

[7] Ibid p12

	La pensée devient floue, discontinue (diffluence), le discours est parfois illogique et difficile à suivre. Le langage perd sa fonction de communication. L'expression émotionnelle est sans rapport avec la situation. Le contact peut être froid. On observe des ambivalences affectives se traduisant par des bizarreries, des sourires immotivés, comportement sans but.
Errance	D'après LEVESQUE, il s'agit de « *déambulations répétées presque continues que la personne amorce de sa propre initiative et qui peuvent ou non comporter un danger pour elle* »[8]. Ces déambulations sont sans but apparent ou rationnel. Elle sont parois incluses dans l'agitation ou l'hyperactivité motrice.
Hallucination	Les hallucinations sont des perceptions sensorielles en l'absence de stimuli externes qui procurent la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle. Elles peuvent être psychocorporelles (qui relève de manifestations sensorielles) ou intrapsychiques (phénomène psychique vécu dans notre propre pensée sans manifestations sensorielles, la pensée prend une forme hallucinatoire, comme si elle venait d'autrui).
Idée délirante	Perceptions ou jugements erronés de la réalité, non critiqués par le sujet. Les thèmes les plus fréquents sont la persécution (vol, préjudice), la non-identification (délire de la présence d'un imposteur ou de sosies), l'abandon, la jalousie. Les idées délirantes se construisent selon certains mécanismes : interprétatifs (attribution d'un sens erroné à un fait réel) ; hallucinatoire (construction d'une idée délirante à partir d'une hallucination) ; intuitif (idée fausse admise sans vérification ni raisonnement logique) ; imaginatif.
Inhibition	C'est un état caractérisé par un ralentissement ou une diminution d'une activité physique ou psychique. Elle rassemble des symptômes dits négatifs, par opposition aux symptômes positifs tels que l'hyperactivité, les délires ou les stéréotypies. Diminution de la motivation, de la capacité à mettre en œuvre et maintenir une action. Une perte de l'initiative motrice, incapacité à entreprendre une action. La bradypsychie montre l'altération du versant cognitif. L'ensemble de ces éléments aboutit à des conséquences sur le comportement social du patient, notamment par la tendance à l'isolement et au repli. En effet, l'anhédonie surtout sociale peut entraîner une vie relationnelle pauvre, sans recherche de contact et perte d'intérêts.
Manie	Il s'agit d'un état mental caractérisé par des degrés d'humeur, d'irritation ou d'énergie anormalement élevés. Elle constitue l'une des phases du trouble

[8] Ibid p151

	bipolaire et est, dans un sens, l'opposé de la dépression. On observe une augmentation excessive de l'estime de soi, une diminution du besoin de sommeil, une énergie sans limite, enthousiasme débordant et hyperactivité, logorrhée, fuite des idées, distractivité, imprudence, augmentation de l'activité, ou de la productivité, sur le plan social, professionnel et/ou scolaire. Dans les manies aiguës, l'agitation, l'insomnie et l'agressivité sont extrêmes et donc un risque élevé de dangerosité.
Mouvement anormaux ou aberrant	Activités répétitives et stéréotypées, sans but apparent ou dans un but inapproprié : gestes incessants, attitudes d'agrippement, stéréotypies. Ils perturbent grandement les activités de la vie quotidienne.
Opposition	Attitude verbale ou non verbale de refus d'accepter des soins, de s'alimenter, d'assurer son hygiène, de participer à toute activité. Il existe des oppositions passives (semble acquiescer la demande mais omettre volontairement d'y donner suite) et des oppositions actives (refus, cris, frappes, lancers, défis verbales ou physiques).

Face à un trouble du comportement, la réponse n'est pas univoque. Ce n'est pas automatique, chaque cas est différent. Il faut prendre en compte la personne dans sa globalité, son histoire, son environnement, sa personnalité, son caractère, ses besoins, ses envies, autrement dit toute la dimension bio-psycho-sociale.

III. ETIOLOGIE

Les facteurs psychologiques, affectifs, émotionnels jouent un rôle considérable dans le déclenchement de ces troubles et dans l'amplitude de leur manifestation. Le trouble du comportement est un signe à comprendre : sa signification, la souffrance, les répercussions.

1. *La régulation du comportement* :

L'homme comporte schématiquement trois niveaux dont la perturbation peut générer des troubles comportementaux[9] :

- ***Niveau neuropsychologique*** : Il existe une interaction entre les systèmes d'éveil, d'attention non-sélective et sélective ; systèmes contrôlant la motivation ; systèmes d'évaluation et

[9] Site de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie : chap4 – Sémiologie cognitive

d'anticipation ; systèmes de programmation et de surveillance des réponses.

- ***Niveau biochimique*** : Une régulation très complexe, biochimique et hormonale, vient moduler l'action des structures précédemment citées. Des perturbations comportementales peuvent donc résulter d'une altération globale du métabolisme ou d'un dysfonctionnement spécifique d'un système de neuromédiateurs.
- ***Niveau symbolique*** : C'est le niveau spécifique de ce qui fait la particularité d'un individu, sa « personnalité » propre, faite de schémas de comportement développés sous la dépendance de facteurs familiaux, culturels et de la régulation sociale.

Un trouble du comportement s'exprime quand un dysfonctionnement s'opère au niveau des systèmes de régulation neuropsychologiques, biochimique ou symbolique du sujet. Au-delà de la régulation, quelles étiologies peuvent être à l'origine d'un trouble du comportement ? De nombreuses théories permettent d'en expliquer la cause.

2. Les théories explicatives :

L'explication des troubles mentaux et comportementaux ne réside plus dans l'application d'une théorie unique supposée expliquer l'ensemble des troubles constatés en clinique. Aujourd'hui, on considère le problème étiologique de manière beaucoup plus nuancé et on recherche l'explication des troubles à travers différents modèles.

2.1 Les théories biologiques :

L'explication **génétique** dans l'expression de certains troubles du comportement est indéniable.
La **neurochimie** comprend principalement l'étude des neurotransmetteurs qui assurent la transmission d'informations électriques entre deux neurones. Elle participe à l'explication de certains comportements. Prenons l'exemple de la sérotonine qui intervient dans pratiquement tous les aspects du comportement et des activités cognitives. Lorsqu'on augmente les neurotransmissions assurées par la sérotonine, on réduit l'agressivité et on favorise le comportement social. Or il n'existe pas de preuves réfutables de la relation spécifique entre un système de récepteurs unique et un comportement particulier[10].
La **neuropathologie** est le domaine de la pathologie qui étudie les altérations morphologiques macroscopiques et microscopiques tissulaires et cellulaires observées dans les maladies du système nerveux central (SNC) et périphérique (SNP). Elle sert de base aux disciplines cliniques telles que la

[10] « L'erreur de Descartes la raison des émotions », DAMASIO A

neurologie, la psychiatrie et peut permettre d'expliquer certains troubles du comportement.

- ⇨ Toutefois la **pathogénie reste très complexe** et encore mal élucidée, malgré de très nombreuses recherches biologiques en ce qui concerne les troubles du comportement.

Mme G, résidente de l'EHPAD, présente les critères cliniques d'une démence vasculaire. Cette démence est liée à la survenue brutale d'un AVC (Accident Vasculaire Cérébral). La cause est donc neuropathologique.

2.2 Les théories cognitives et comportementales :

Le comportement inadapté s'explique en terme de **conditionnement** classique. Ce comportement peut être inadapté pour deux raisons principales : soit à cause de l'anxiété attachée directement à une situation, soit à cause de l'anxiété découlant du jugement que la société porte sur un tel comportement. Tout comportement est contrôlé par ses conséquences dans l'environnement. D'après les travaux du psychiatre américain Aaron BECK[11], l'organisme traite l'information en fonction de **schémas acquis**. Ceux-ci contribuent à exploiter cette information en événements cognitifs (images mentales, affects) qui participent au déclenchement et au maintien du comportement. Le symptôme apparaît comme un comportement appris, de telle sorte qu'il peut être traité par des techniques de déconditionnement.

2.3 Les théories socio-psychologiques :

De nombreux auteurs tels que Julian de AJURIAGUERRA, Donald WINNICOTT, Wilfred BION, John BOWLBY et autres, ont mis en lumière le rôle essentiel joué par les **relations précoces** entre la mère et son enfant pour expliquer les troubles du comportement. Ils pourraient être dus à une carence affective, éducative, sociale ou à un traumatisme dans la petite enfance. Malveillance ou maltraitance morale ou physique, contexte familial conflictuel, milieu social défavorisé, précaire seraient des facteurs pouvant entraîner des troubles de comportement. La personne manifeste sa souffrance psychique à travers son comportement, c'est le seul **moyen d'expression**, dont elle dispose pour faire face à une impasse psychique, pour extérioriser sa souffrance. Le trouble du comportement peut-être une demande que le corps adresse, et souvent en même temps, une protestation contre les difficultés psychologiques, économiques et sociales que la personne rencontre.

[11] Les maladies mentales de l'adulte, GODFRYD M., p10

De nombreux patients de l'HJ, présentent des histoires de vie compliquées avec des situations familiales, économiques ou sociales, précaires. De plus, leur situation et leur pathologie les rendent, bien souvent, inapte au travail ou dans l'incapacité de mener une vie sociale équilibrée. Malgré les aides sociales et le soutien familial, beaucoup d'entre eux restent dans cette situation de précarité qui n'améliore pas leur condition de vie.

Pour ce qui est du trouble du comportement ponctuel, succinct, par poussé, ils peuvent être dus à des évènements de vie, des douleurs, un manque de sommeil, un inconfort, une angoisse, un stress ou une incompréhension de la situation chez le patient. Ils peuvent aussi être secondaires à un environnement physique non familier, non adapté au patient, une stimulation excessive, une équipe ou un entourage instable, ne sachant pas gérer ses émotions.

Je le remarque souvent à l'EHPAD, chez les résidents avec des pathologies démentielles. A cause de la pathologie, l'inconfort et la douleur ne sont, parfois, plus exprimables par les mots et s'expriment donc dans la plupart des cas par des troubles du comportement. J'observe principalement des agitations, des réactions émotionnelles comme la colère, l'impulsivité, la dépression.

2.4 Les théories psychanalytiques :

Elles reposent sur l'apport fondamental de l'œuvre de Sigmund FREUD à la psychiatrie. Il présente une première topique de l'appareil psychique, lieu où il distingue un inconscient, un préconscient et un conscient. La seconde topique qu'il postule fait intervenir trois instances qui définissent les relations : le *Moi* (qui régit la vie relationnelle), le *Ça* (pulsions instinctuelles) et le *Surmoi* (exigences socioculturelles).[12]

Les troubles du comportement pourraient être une adaptation du *Moi* aux conflits, aux compromis, plus ou moins importants du *Ça* et du *Surmoi*. Pour parvenir à préserver un équilibre, le *Moi* utilise ce qu'on appelle des **mécanismes de défense** :

– Le refoulement : consiste à rejeter et à maintenir dans l'inconscient des représentations liées à une pulsion (sexuelle le plus souvent).

– La régression : consiste à un détour des modes d'expression et de comportement à un niveau ancien de satisfaction.

– L'annulation : consiste en l'utilisation d'une pensée ou d'un comportement ayant une signification opposée à ceux que le sujet s'efforce de faire qu'ils ne soient pas advenus.

[12] Ibid, p11

– Le déplacement : est le transfert d'une représentation sur une autre, cette dernière étant neutre en elle-même.

– L'identification : consiste à assimiler un aspect, un attribut ou une propriété de l'autre et à se transformer sur le mode de l'autre.

– L'introjection : est un mécanisme dérivé de l'identification et proche de l'incorporation.

– La projection : consiste à expulser de soi et à localiser, dans une personne ou un objet, des sentiments, des qualités, ou des désirs que l'on refuse ou méconnais comme étant siens.

J'ai souvent eu l'occasion d'observer des phénomènes régressifs à l'EHPAD. En séance de bain thérapeutique, certains résidents retrouvent des comportements archaïques. Dans la manière dont ils jouent avec l'eau du bain, la manière de se blottir dans mes bras ou encore dans leurs paroles. Lors d'une séance, Mme M n'a pas arrêté d'appeler et chercher sa maman.

2.5 Les théories systémiques :

Un système est un ensemble d'éléments en interactions dynamiques ; et **une famille peut aussi s'analyser en un système**. Pour les systémiciens, les troubles mentaux chez l'un de ses membres sont un moyen mis au service de l'homéostasie du groupe en particulier familial. Le « pourquoi » est moins important que le « comment » puisque la réalité est circulaire et interactionnelle. Pour faire disparaître le symptôme, ce sont les règles qu'il convient de modifier.

En rejoignant les théories génétiques, les patients de l'HJ ont souvent une ou plusieurs personnes de leur entourage proche (parents, frères et sœurs), atteint de pathologie mentale ou autre entraînant des disfonctionnements familiaux souvent désorganisateurs.

L'évaluation va permettre de comprendre et analyser les différents troubles du comportement : lieu d'apparition, cause, répercussions, origine.

IV. EVALUATION

L'évaluation des troubles du comportement se fait essentiellement sur un versant clinique. Il va être question d'analyser et repérer l'origine de ces comportements, d'en mesurer les répercussions et évaluer son évolution. Le trouble du comportement s'exprime de manières différente à l'échelle du temps. **L'épisode aigu,** le comportement s'exprime de manière spontanée, dans un temps plutôt cours pouvant aller de quelques minutes à quelques jours. Puis **le trouble chronique**, c'est-à-dire que le trouble du comportement résiste aux différentes prises en charge et perdure dans le temps.

L'évaluation prend en compte l'évolution suivante :

- ☞ Apprécier le degré d'**urgence, de dangerosité ou de risque** fonctionnel à court terme pour le patient ou pour autrui.
- ☞ Rechercher une **cause somatique ou psychiatrique** à traiter en priorité et ainsi repérer des facteurs iatrogènes à corriger (médicaments, substances psychoactives, douleurs, pathologies etc.).
- ☞ Par un recueil d'informations du patient, de l'entourage et/ou de l'institution, il va falloir interroger les circonstances et le mode de survenu, l'évolution et les caractéristiques du trouble autrement dit repérer les **facteurs prédisposant** (de fragilité, d'environnement, de mode de vie etc.), et **déclenchant** ou de décompensation (événements ponctuels, problèmes relationnels, attitude inadaptée des aidants etc.).
- ☞ **Analyser le comportement**, comment il s'exprime et ses répercussions sur le patient :

La présentation : l'apparence (l'allure, l'hygiène) ; la mimique (exagérée, diminuée, absente) ; les activités psychomotrices (agitation, bradykinésie, maniérisme, stéréotypies, bizarreries, hyperactivité ou sans but, activité compulsive stéréotypée, réduction de l'activité par défaut d'initiative ou ralentissement idéomoteur etc.).

Le discours et la pensée : son désir de communiquer ; sa dynamique (logorrhée, verbigération, pauvreté du discours, laconique, latence des réponses, mutisme etc.) ; son rythme (tachypsychie, fuite des idées, bradypsychie, alogie etc.) ; sa forme (prosodie, néologisme, agrammatisme, discontinuité etc.) ; son contenu (idées délirantes, inquiétudes, obsessions, phobies, anxiété, idées liées à l'humeur, mot pour un autre etc.).

La perception : les hallucinations (perception sans objet intrapsychiques ou sensorielles) ; illusions (perceptions sensorielles déformées, hypersensibilité, hyposensibilité, déréalisation, dépersonnalisation).

L'affectivité : richesse ou pauvreté de l'expression émotionnelle ; les émotions (hyperesthésie ou hypoesthésie affective, hyperréactivité émotionnelle, anxiété, anhédonie etc.) ; les humeurs (expansives, exaltées, dépressive, athymie, labilité de l'humeur, aboulie etc.).

Les fonctions instinctuelles : le sommeil (insomnie, hypersomnie, parasomnies) ; l'alimentation (anorexie, hyperphagie) ; la sexualité (augmentation ou baisse de la libido, désinhibition, familiarité excessive).
Le degré d'autonomie : préciser le degré d'autonomie dans et au dehors du domicile, degré de participation à la gestion de la vie quotidienne (courses, entretien du domicile…) et à la gestion des affaires administratives et financières, niveau d'initiative pour les gestes simples de la vie (habillage, hygiène, alimentation etc.).
Les conduites sociales : niveau d'activité professionnelle ou familiale, degré d'initiative, niveau de respect des conventions sociales.

Suite à cette évaluation, va être mis en place ou non un projet de soin avec des indications en fonction des observations. Un traitement va pouvoir être envisagé pour pallier à ces comportements qui altèrent les fonctions mentales ou qui entraînent une détresse morale.

V. TRAITEMENT

1. *Traitement non médicamenteux* :

Les traitements non médicamenteux devraient être à chaque fois considérés en première intention lorsque les troubles du comportement ne sont pas dangereux ni pour le patient ni pour autrui.

Avant toute prise en charge il faut envisager une amélioration de **la qualité de vie**, si la personne a conscience de ses troubles et qu'elle se trouve dans une démarche salutogène. Une baisse des produits psychoactifs (café, tabac, alcool, drogue etc.), une amélioration du rythme de sommeil, de l'alimentation, de la pratique d'activités physiques et/ou récréatives, un aménagement de l'environnement.

Mr K de l'HJ consomme du cannabis régulièrement. Le cannabis est souvent utilisé pour ses effets décontractants, apaisants ou euphorisants. Mais associé aux médicaments, il diminue grandement les effets thérapeutiques du traitement en plus des effets néfastes du cannabis sur la santé de l'individu. Le traitement passe donc par la diminution voire l'arrêt total de consommation de THC (Tétrahydrocannabinol : molécule présente dans le cannabis).

La réinsertion sociale ou une amélioration des **interactions sociales** peuvent être envisagées comme traitement contre certains troubles du comportement. Ils peuvent en être la cause ou la conséquence.

C'est pourquoi, parfois rompre avec l'isolement va permettre de retrouver une dynamique ou des liens pouvant être porteur et soutenant.

Chez les personnes âgées l'isolement entraîne souvent la perte d'autonomie. Tout en respectant les moments de solitude nécessaires à chacun, introduire des moments de socialisation permet de rompre avec un isolement mortifère. Mme J, cloitrée dans sa chambre toute la journée a petit à petit intégré le PASA (quelques heures seulement au début). J'ai pu remarquer que les échanges avec cette dame, lui permettaient de diminuer ses angoisses, de la rassurer notamment lorsqu'elle me parlait de sa famille.

Toutes les activités propices à **la détente et la relaxation** sont les plus utilisées (Cf. p48). La prise en charge thérapeutique est à adapter en fonction de chaque personne mais certaines techniques et médiations présentent des résultats vraiment encourageants. Parmi elles on compte : la relaxation, les massages, la musicothérapie, l'utilisation de l'aromathérapie, la médecine chinoise, la luminothérapie, les médiations autour de l'eau, la médiation animale etc.

Viennent ensuite les prises en charge de **psychothérapie**. Il existe différentes approches et techniques comme les psychothérapies analytiques, systémiques mais les plus courantes restent les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Ces thérapies reposent sur une méthodologie directement issue de la méthode expérimentale appliquée au cas particulier d'une personne. Comme nous avons pu le voir plus haut, les théories cognitico-comportementales partent du postulat que le comportement inadapté est quelque chose d'acquis c'est pourquoi la thérapie visera par un nouvel apprentissage, à le remplacer par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient. Le thérapeute définit avec le patient les buts à atteindre et favorise ce nouvel apprentissage en construisant une stratégie thérapeutique adaptée.
La **psychomotricité** fait également partie des prises en soin thérapeutiques. Nous le verrons plus en détail plus tard (Cf. p25).

2. *Traitement médicamenteux* :

Lorsque l'état des patients qui présentent des troubles du comportement n'est pas amélioré par les approches précédentes, il convient d'envisager un traitement pharmacologique. Le choix d'un tel traitement doit être adapté aux symptômes ciblés. Il importe que les conditions médicales soient stabilisées au préalable.
Pour les troubles du comportement, les médicaments prescrits sont **les psychotropes**. Un psychotrope est une substance qui agit principalement sur l'état du système nerveux central (SNC)

en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux. Il induit des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales. L'alcool, le tabac, la caféine, le cannabis sont par exemple quelques célèbres **psychotropes « naturels »**. En pharmacologie, on distingue trois grandes familles de psychotrope : les **psycholeptiques** qui ralentissent l'activité cérébrale, les **psychoanaleptiques** qui stimulent cette activité, et les **psychodysleptiques** qui la modifient.

Parmi les psychotropes les plus utilisés pour réguler le comportement :

- ☞ ***Les neuroleptiques*** : ce sont des médicaments utilisés essentiellement dans le traitement des psychoses, principalement dans le cas d'hallucinations, d'idées délirantes, de désinhibition et pour leur action sédative (agitation, agressivité, angoisse).
- ☞ ***Les anxiolytiques*** : aussi appelées « tranquillisant » , ils sont destinés à soulager l'anxiété et la tension nerveuse**.**
- ☞ ***Les antidépresseurs*** : ces médicaments sont utilisés pour soulager les symptômes de la dépression. Ils peuvent aussi avoir un impact dans le cas d'anxiété généralisée, de stress post-traumatique ou encore sur les troubles obsessionnels compulsifs (TOC).
- ☞ ***Les hypnotiques*** : ce sont des médicaments symptomatiques qui traitent les troubles du sommeil. Ces derniers peuvent parfois accompagner des troubles somatiques ou psychiques pour leur action sédative.
- ☞ ***Les thymorégulateurs*** : ces médicaments servent à diminuer les troubles bipolaires. Ils sont préconisés pour prévenir la survenue d'épisodes aigus, dits "maniaques" ainsi que les phases dépressives.

⇨ Une **approche thérapeutique multidimensionnelle** doit guider le traitement des troubles du comportement. Le choix de l'agent thérapeutique dépend des symptômes ciblés et de l'urgence de la situation. Il faut aussi tenir compte de l'évolution de la personne, de sa pathologie si elle en présente une. Si, malgré toute la prise en charge optimale, les troubles du comportement persistent, l'entrée en institution, en service sanitaire ou social reste une solution pour une prise en charge adaptée par une équipe de professionnels de santé spécialisée.

Au cours de mes stages, j'ai pu rencontrer des personnes âgées atteintes de démences neurodégénératives et des patients adultes souffrants de troubles psychiatriques. La plupart d'entre eux présentent des troubles du comportement. Je vais donc prendre le soin de parler de la particularité de ces troubles dans le champ de la neurologie (démence) et de la psychiatrie (schizophrénie et troubles bipolaires) car, pour reprendre les termes de Julian de AJURIAGUERRA :

« la psychomotricité oscille entre le neurologique et le psychiatrique ».
Les maladies du SNC se divisent en deux grandes catégories : les premières sont les maladies neurologiques (associées à des anomalies ou des lésions du tissus neveux), les secondes sont les maladies psychiatriques (dépourvues de signes somatiques ou moléculaires). Une maladie psychiatrique pouvant changer de catégorie avec la découverte d'anomalies cellulaires ou géniques expliquant au moins en partie sa physiopathologie. Inversement une maladie neurologique peut développer des complications d'ordre psychiatrique.

VI. DANS LA PATHOLOGIE

1. *Dans le cas de la démence :*

1.1 Définition :

La démence est caractérisée par un déclin cognitif qui compromet l'indépendance de la personne. Les démences sont des **pathologies neurologiques** où des dysfonctionnements génétiques et/ou métaboliques conduisent à la **mort de groupes de neurones** spécifiques. Les symptômes de ces pathologies s'aggravent au cours du temps avec l'augmentation du nombre de neurones disparus et varient selon les fonctions que les neurones morts assuraient.
Même si on ne maîtrise pas complètement ce qui déclenche à un moment donné l'arrivée de ces pathologies, et même s'il existe sûrement des facteurs qui les accélèrent, c'est un **processus lentement progressif, « programmé »,** contre lequel on ne peut pas lutter pour l'instant. Les symptômes varient selon les types de démence dont la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer.

1.2 Les troubles du comportement :

La prévalence des troubles du comportement dans les pathologies démentielles est de 50% à 90%[13]. Leur fréquence **augmente parallèlement avec la progression de la démence**. La plupart du temps la coexistence simultanée de plusieurs aspects comportementaux s'influencent mutuellement comme l'angoisse et l'agressivité par exemple. Même si certains comportements ont tendance à fluctuer, lorsqu'ils apparaissent à un moment donné de l'évolution de la démence, ils sont très souvent persistants au fil du temps[14].

[13] « Symptômes comportementaux et psychologie de la démence » LANDREVILLE P., p63
[14] Ibid p64

Il faut s'assurer de traiter **les problèmes physiques** qui peuvent accompagner la démence car ils sont souvent à l'origine de problèmes comportementaux. **Les douleurs** causées par une maladie chronique, **une gêne** telle que la constipation, les **difficultés** respiratoires, un problème d'arthrite provoquent bien souvent des comportements agités ou inappropriés. D'autre part la présence de **déficits** sensoriels peut contribuer de façon importante à des symptômes de paranoïa et d'agitation. Enfin chez les sujets âgés l'interaction médicamenteuse peut créer des effets secondaires ou indésirables pouvant en être responsable.

Mme T est presque sourde, elle parle donc très fort et n'entend pas quand quelqu'un lui répond sans lui parler à l'oreille. Son déficit auditif entraîne donc de l'agitation motrice et verbale. L'agitation est très présente en institution elle varie entre 42% et 68%[15]. Cette agitation est causée par son déficit auditif et son trouble mnésique qui sollicite énormément les soignants. Traiter son problème auditif permettrait, peut-être, de diminuer son agitation et moins gêner son entourage.

Les principales **indications en psychomotricité** auprès de ce public sont le désinvestissement relationnel et corporel, l'aboulie, les états tensionnels, les troubles de la régulation émotionnelle, l'anxiété et l'angoisse, les plaintes somatiques envahissantes, les troubles praxiques, les troubles de la marche et les phobies de la chute, les troubles spatio-temporels, la compensation de déficits sensoriels, l'adaptation au handicap[16].

1.3 L'évaluation :

Pour ce qui est des évaluations de la personne âgée atteinte de démence neurodégénérative et de ses troubles du comportement, le psychomotricien a à sa disposition plusieurs tests :

- ***Le MMSE*** (Mini Mental State Examination) : ce test a pour but d'évaluer les capacités cognitives et mentales d'une personne. Il explore l'orientation dans le temps et dans l'espace, l'apprentissage, l'attention et le calcul, le rappel libre, le langage et les praxis constructives. Il participe au diagnostic de la démence bien qu'à lui seul ne puisse pas en faire le constat final (Cf. p87).
- ***Le NPI/ES*** (Inventaire Neuropsychiatrique pour Equipe Soignante) : ce test concerne l'évaluation des troubles du comportement chez un sujet dément. Son but est de recueillir des informations sur la fréquence et la gravité de troubles du comportement chez des patients avec démence. La version du NPI pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour que l'équipe puisse évaluer des patients résidants en institution (Cf. p88).

[15]« Symptômes comportementaux et psychologie de la démence » LANDREVILLE P., p11
[16] Psychomotricité : entre théorie et pratique POTEL C., p296

- ☞ ***L'EGP*** (Évaluation Géronto-Psychomotrice) : L'Examen Géronto-Psychomoteur a pour but de proposer une évaluation succincte des processus cognitifs et des compétences motrices pour préciser la symptomatologie du patient et pouvoir obtenir une vision longitudinale de l'avancée dans la maladie et/ou de l'effet d'une éventuelle thérapeutique. L'EGP s'inscrit donc dans le cadre d'un projet d'évaluation et de prise en charge d'une personne âgée, institutionnalisée ou non. Il n'est pas à visée diagnostique mais participe à la clinique des troubles du comportement.

2. En psychiatrie :

Également qualifiées de **maladies mentales,** les maladies psychiatriques regroupent l'ensemble des troubles qui affectent suffisamment le comportement, les émotions ou la pensée d'un individu pour engendrer chez lui une altération de sa santé mentale. Ces maladies psychiatriques peuvent être plus ou moins sévères.

Le diagnostic psychiatrique est uniquement un **diagnostic clinique** basé sur l'entretien avec le malade. Cela reste donc subjectif et il est bien difficile d'avoir des certitudes, il n'y a pas d'examen complémentaire (radio, biologie, etc.) qui puisse venir confirmer un diagnostic psychiatrique.

A l'HJ où j'ai réalisé mon stage, la population présente essentiellement des troubles **schizophréniques ou bipolaires**. Ces deux pathologies présentent **des similitudes**, elles ont en commun l'âge d'apparition du trouble, l'agrégation familiale, certains symptômes : des troubles thymiques (présent dans le trouble bipolaire) sont fréquents au cours de la schizophrénie (schizophrénie psycho-affective) et des manifestations délirantes sont classiques lors des accès maniaques ou mélancoliques du trouble bipolaire.

2.1 La schizophrénie :

La schizophrénie est une maladie complexe et vaste. Le psychiatre Suisse Eugen BLEULER parle de « groupe de schizophrénies » puisqu'en effet il n'existe pas une mais des schizophrénies. Les schizophrénies sont des **groupes de psychoses** qui ont en commun un ensemble de troubles dans lesquelles dominent la discordance, l'incohérence idéo-verbale, l'ambivalence, les idées délirantes et les hallucinations mal systématisées et de plus profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments. Troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité.

Si l'apport génétique est évident dans la genèse de la schizophrénie, les gènes impliqués sont inconnus comme le sont les mécanismes cellulaires contrôlés par ces gènes. Des **facteurs environnementaux** ou

de vie servent de déclencheur à l'induction de la schizophrénie (parmi eux la grossesse, l'accouchement, des traumatismes, stress, l'usage de drogue).

2.2 Les troubles bipolaires :

Les troubles bipolaires autrefois appelés troubles « maniaco-dépressifs » sont des affections psychiatriques caractérisées par la **survenue périodique de perturbations majeurs de l'humeur**. Cette labilité émotionnelle existe sous la forme d'accès **maniaque** (état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisées par l'exaltation de l'humeur et un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives) ou de **mélancolie** (état de dépression intense vécu avec un sentiment de douleur morale et caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices) avec retour à l'état normal dans l'intervalle des épisodes.

2.3 L'évaluation :

L'évaluation et le diagnostic en psychiatrie, ne pouvant pas s'appuyer sur la mise en évidence d'une étiologie spécifique, s'établit en tenant compte du tableau symptomatique actuel, de l'évolution des troubles et des hypothèses étiologiques[17].

- ☞ Il faut donc relever soigneusement **les symptômes** présentés par le malade.
- ☞ Noter **l'évolution et la date** ainsi que **l'âge** de survenu du trouble (différence entre une évolution périodique du trouble bipolaire et une évolution chronique des schizophrènes).
- ☞ Repérer les **éléments étiologiques** car ils sont souvent multifactoriels (génétiques, psychologiques, sociaux, environnementaux).

Il n'existe pas de bilan standardisés pour évaluer les troubles du comportement pour ces pathologies. En revanche il est possible d'utiliser d'autres tests pour voir leurs répercussions sur la personne.

3. En psychomotricité :

Les troubles du comportement appartiennent à la catégorie des **troubles psychomoteurs** : « *le trouble psychomoteur s'insinue dans le jeu des éléments de l'action qui se défini comme l'ajustement des moyens à un but. Il vient donc troubler les relations entre les moyens et les buts* [18]». Ils se manifestent à la fois dans la façon dont le sujet est **engagé dans l'action et dans la relation** avec autrui**.** Ils sont souvent situationnels et discrets et entravent en priorité les mécanismes d'adaptation constituants une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et le milieu social[19].

[17]« Le diagnostic en psychiatrie » HARDY-BAYLE M-C., p12
[18] « Manuel d'enseignement de la psychomotricité », CORRAZE, p254
[19] « Manuel d'enseignement de la psychomotricité », ALBARET J-M., p255

Les troubles du comportement peuvent être la cause ou la conséquence d'un trouble de la régulation tonique, d'un trouble du schéma corporel, de la latéralité, de l'orientation temporo-spatial, d'une dysharmonie psychomotrice, de troubles tonico-émotionnels, d'une maladresse gestuelle, de dyspraxie, d'inhibition ou instabilité psychomotrice. Tous ces troubles appartiennent au **champ de compétence du psychomotricien** d'après le décret n°88-659 du 6 mai 1988 – J.O. du 8 mai 1988.

En effet sur la base du tonus musculaire nos émotions se manifestent et s'organisent dans différents comportements moteurs et prennent la valeur d'une véritable communication non verbale. Ainsi, dans certaines pathologies, c'est **le corps et le comportement qui parlent** pour la personne. Selon les cas, un trouble du comportement peut-être directement lié à une perturbation du développement ou un handicap, être associé à une maladie, relever d'un trouble de la personnalité ou exprimer des difficultés relationnelles ou réactionnelles à un événement ou une situation. Le trouble du comportement est donc l'expression psychomotrice de difficultés, mal-être ou souffrance liées au développement, la santé, les capacités d'expression, la vie relationnelle et psychique.

En psychomotricité, on ne peut pas soigner tous les troubles du comportement. En fonction de leur étiologie, certains comportements ne sont pas curables. En revanche le psychomotricien peut s'occuper à développer chez la personne un **vécu psychocorporel harmonieux**, qui puisse lui permettre de s'ajuster aux conditions de l'environnement et lui donner ainsi de meilleures possibilités d'**adaptations**. En effet, les troubles du comportement peuvent être le témoignage de l'inscription dans le corps de processus psychiques et ce plus particulièrement au niveau du mouvement, des attitudes, des positions, des mimiques.

Le trouble du comportement est essentiellement une histoire relationnelle. Par la relation thérapeutique, le psychomotricien va s'intéresser et s'occuper de ces comportements en fonction de leur origine, du moyen d'expression, de la gêne occasionnée. Avant de voir comment le psychomotricien use et s'engage dans la relation thérapeutique, nous allons nous demander :

Quelles sont les particularités de la relation thérapeutique psychomotrice ?

Comment s'établit-elle ?

A travers quels moyens le psychomotricien entre en relation afin d'appréhender au mieux les troubles du comportement ?

PARTIE 2 :
LA RELATION THERAPEUTIQUE PSYCHOMOTRICE

I. LES GENERALITES

1. *Définition de la relation thérapeutique psychomotrice :*

1.1 La relation :

Le terme de relation vient du latin « *relatio* » qui signifie rapport, compte-rendu. Son étymologie renverrait donc à l'échange de quelque chose, d'une information, faire état d'une situation. D'après le dictionnaire Larousse, elle se définit comme « *le caractère, l'état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport* ». La relation se nourrie de l'**intersubjectivité**, elle est de nature dynamique, donc en constante évolution, c'est un phénomène actif, une caractéristique de notre être en tant qu'il se présente à autrui.

1.2 En psychomotricité :

La thérapie corporelle est une situation de **rencontre**. Une rencontre qui trouve son origine dans **le langage corporel,** souvent dans le corps à corps, allant de l'infra verbal au verbal. Ici, les expériences multiples du sujet prennent sens et il s'organise une représentation de ses ressentis et de ses agis. Le thérapeute accompagne le patient sur un trajet de reconstruction de soi. Par de nouvelles liaisons, le sujet arrive à des associations, des remémorations, des représentations.

La psychomotricité est fondée sur le principe **d'union entre le psychique et le somatique**. Je ne suis pas dans ce corps, je suis ce corps. Corps et esprit, psyché et soma sont indissociables. Ce lien que l'on retrouve au niveau de la relation puisque le psychique est relationnel au même titre que le somatique. Ils coexistent comme éléments d'un ensemble relationnel et non comme deux entités séparées, exactement comme « *deux profils qui forment le même visage : il n'y a ni identité, ni parallélisme, mais simple équivalence* »[20]. En effet le fonctionnement psychique et la situation relationnelle sont complémentaires et n'existent que l'un par rapport à l'autre.

La relation thérapeutique en psychomotricité commence par une indication sur **prescription médicale**

[20] « Penser l'unité, la psychosomatique relationnelle », SAMI ALI, p103

du médecin. Cette indication fait l'objet d'une évaluation des troubles psychomoteurs de la personne, d'une observation centrée sur le comportement et sur le corps en mouvement. Une **relation de soin consentie** va devoir émerger pour qu'une prise en soin de qualité puisse exister.

Mme P, résidente de l'EHPAD, est confuse et désorientée au moment où je l'amène dans la salle de bain thérapeutique. Elle ne comprend pas ce qui se passe, m'interroge sur sa présence ici. Malgré mes explications Mme P manifeste des comportements agressifs et d'oppositions. Selon des hypothèses psychologiques, l'agressivité serait la conséquence de besoins insatisfaits, et une diminution du seuil de tolérance aux situations stressantes[21]. L'opposition, elle, serait souvent liée à la fatigue et aux échecs face à une situation[22]. Mme P refuse de rester dans cette salle inconnue, avec une personne inconnue, alors que « *ses parents l'attendent pour manger* ». Les troubles mnésiques dans le cas de la démence ou l'anosognosie des pathologies psychiatriques peuvent freiner la prise en charge puisqu'il est nécessaire qu'une relation de soin consentie soit établie.

Cette relation entre le psychomotricien et le patient correspond au moteur de la prise en soin sans laquelle la meilleure des techniques ne serait pas efficace. On ne peut être dans le registre du soin que si on a investi une relation dans le registre **de l'affect.** Cette relation s'appuie sur l'établissement d'un **lien humain fondamental** et « *reste garante du sentiment d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer dans ce rapport d'aide* »[23]. Elle est donc nécessaire pour que le soin puisse être thérapeutique.

Comment se créée la relation thérapeutique psychomotrice ? Y a-t-il des liens avec la relation mère-enfant ? Quelques théories façonnent cette relation entre la mère et le nouveau-né et mettent en lumière la relation entre le psychomotricien et le patient. Je fais le choix, de présenter les théories qui m'ont particulièrement étayées durant mes stages.

2. *Les liens avec la relation mère-enfant* :

De nombreux auteurs se sont intéressés à la relation entre la mère et son enfant au moment des interactions précoces. Ces relations qui permettent à l'enfant de se construire une **« *enveloppe psychique et corporelle* »** et l'accompagne dans sa **construction de sujet**. Les enveloppes psychiques « *constituent le contenant de pensée et ne se mettent en place que si le sujet, par toute la dimension de l'imaginaire, a pu mettre du sens, a pu investir, comprendre, érotiser, ces sensations corporelles, ces zones corporelles les générant. Et cette mise en*

[21]Ibid p13
[22]Ibid p16
[23]« Manuel d'enseignement de psychomotricité » SCIALOM P., GIROMINI F. et ALBARET JM, p295

sens passe nécessairement par l'établissement du langage [24]». Les théories de ces auteurs sont des bases très riches à penser en psychomotricité, puisque en effet la relation thérapeutique en psychomotricité fait référence à ces théories pour parler de l'attachement entre le psychomotricien et le patient.

2.1 Le dialogue tonico-émotionnel de Julian de AJURIAGUERRA :

Il s'agit d'une **communication privilégiée** entre la mère et son enfant tant qu'il n'y a pas d'échanges de paroles. Cette communication se fait par les regards, les sourires, les touchers, les vibrations, les mimiques émotionnelles et les variations toniques. Ce dialogue induit **l'ajustement tonique** entre les deux partenaires. Il se fait selon 4 modalités : **porter** (lien tonique), **palper** (lien sensoriel), **parler** (lien affectif) et **penser** (lien de pensée)[25]. Ce *dialogue tonico-émotionnel* permet l'attachement, il permet aussi l'intégration des sensations, ainsi que de changer de niveau d'organisation (c'est-à-dire que le bébé animé de tensions liées à ses émotions passe au niveau symbolique lorsque son parent donne du sens à ce qu'il vit).

- ☞ Ce phénomène se retrouve entre le psychomotricien et son patient. Il existe un échange tonique entre les deux sujets en interaction. Le but de ce dialogue tonique comme outil thérapeutique sera de **renouer un dialogue fructueux** avec son patient, de **relancer le processus intégratif** et de l'amener progressivement à la **symbolisation de ses ressentis**.

Avec la personne âgée atteinte de démence, la communication passe beaucoup par le dialogue tonique puisque les repères et la communication verbale sont altérés. Mr N est aveugle, logorrhéique et déambule au sein de l'établissement « *je cherche ma famille* ». La défaillance visuelle de Mr N gêne ses repères spatiaux et donc l'adaptation à son environnement. L'ouïe (et l'écoute en générale), est aussi gênée par son monologue continu. De plus Mr N est atteint d'une démence qui le place dans un état désorientation temporo-spatiale assez déstructurant. Le seul moyen que je trouve pour communiquer et rassurer Mr N c'est le toucher. Par ce canal sensoriel tonique, la communication est opérante. J'arrive ainsi à le rassurer par ma présence et mon contact.

2.2 Le holding de Donald WINNICOTT:

Le *holding* correspond à la manière dont l'enfant est **porté sur le plan psychique et corporel**. La qualité du portage s'ajuste, se régularise en fonction de la **sensibilité** et de **l'écoute** de la mère. Sa dimension contenante apporte à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité[26].

[24] « La relation psychomotrice, une autre idée de transfert » MOYANO O., p4
[25]« Manuel d'enseignement de psychomotricité » SCIALOM P., GIROMINI F. et ALBARET JM, p159
[26] Ibid p287

- ☞ Ce phénomène intervient dans la relation entre le patient et le psychomotricien. Celui-ci a un rôle de portage affectif, psychique, émotionnel, cognitif, corporel à l'égard du patient. Ainsi la personne s'appuie sur le thérapeute. **La contenance** et **l'enveloppe** de ce portage développent un sentiment de sécurité, de confiance, d'apaisement vis-à-vis du sujet.

Pendant une séance de bain thérapeutique avec Mme T, pour qu'elle puisse tenir en équilibre dans la baignoire sans que sa tête ne tombe dans l'eau, j'ai dû la tenir dans mes bras, en passant une de mes mains sous sa nuque et l'autre tenait son bras opposé au mien (côté hémiplégique suite à un AVC). J'ai eu le sentiment de tenir un enfant dans mes bras et que dans notre relation se créait une bulle relationnelle telle qu'elle peut exister entre l'enfant et sa maman dans leurs interactions.

2.3 La théorie de l'attachement de John BOWLBY :

Ce psychiatre et psychanalyste anglais s'est intéressé à l'attachement entre la mère et son enfant. Il démontre que le nourrisson doit expérimenter avec sa mère une **relation chaleureuse, continue, intime**, dans laquelle les deux trouvent **satisfaction** et **plaisir**. L'attachement à la mère permet à l'enfant de partir en exploration puis de revenir à son point de départ : base de sécurité. Ces aller-retours, ces prises de risque contribuent à étoffer le sentiment d'attachement[27].

- ☞ Tout en étant vigilant au mécanisme de fusion, le patient, par moment, pourra utiliser le psychomotricien comme point de repère, comme figure d'attachement permettant ainsi **l'exploration de l'environnement, la découverte et la rencontre de l'autre**. Les intégrations psychiques se font en présence de la mère (ou autre figure d'attachement). Ces intégrations vont permettre ensuite de tolérer petit à petit l'absence de la mère. Ce phénomène peut se produire en psychomotricité, chez des patients souvent très déficitaires, ces intégrations psychiques peuvent avoir lieu pendant la séance de psychomotricité en lien avec l'attachement au psychomotricien mais aussi au cadre de la séance.

La relation duelle qu'offre le bain thérapeutique me fait penser à cette relation dont parle John BOWBY. Une relation de proximité, chaleureuse, dans une recherche de bien être, de douceur, d'apaisement. Certains paramètres de la séance sont constants (la stagiaire, le cadre) et les ruptures dans cette constance (l'AS, les adaptations dans le transfert) permettent d'étoffer le sentiment d'attachement puisqu'il y a toujours un retour à la base de sécurité.

[27] Ibid p287

2.4 La fonction alpha de Wilfred BION :

Le psychiatre et psychanalyste britannique Wilfred BION formule une théorie sur l'origine et la mise en place des mécanismes de la pensée. *La fonction Alpha* est la capacité de la mère à accueillir les impressions sensorielles et les émotions exprimées par l'enfant à l'état brut, qu'il nomme **élément Bêta**, pour les transformer en **éléments Alpha**. Ce travail permet au psychisme de l'enfant d'assimiler ce qui auparavant n'était qu'explication informelle. Ainsi cette fonction constitue la première forme de travail de représentation[28].

- ☞ Une des fonctions du psychomotricien va être d'accueillir toutes ces excitations sensorielles puis d'aider le sujet à **passer du mouvement au geste, du confus à l'élaboré, de l'agi au représenté**. Ce travail se base sur la relation entre ces deux subjectivités.

A l'HJ, face à des patients désorganisés, ambivalents, impulsifs, le rôle des professionnels de santé va être en partie de recevoir tous ces débordements de pensée, de les transformer et permettre ainsi aux patients d'en prendre conscience, de mettre du sens sur leur vécu. Mme M est paranoïaque, elle est persuadée que ses voisins la vole dès qu'elle quitte sa maison. Ce sentiment l'empêche de partir à la même heure de chez elle, de prendre le même chemin parce qu'elle se sent espionnée. Ces stratégies sont très contraignantes et génèrent beaucoup d'angoisses. La psychomotricienne prend le temps d'écouter ce que Mme M a à dire. Elle cadre la situation sans confirmer ni infirmer, lui fait comprendre qu'elle a entendu sa souffrance, elle lui rappelle qu'elle est maintenant ici, qu'elle peut se sentir en sécurité, qu'elle va pouvoir exprimer et évacuer toutes ses tensions. Mme M s'est alors calmée et a repris ses activités.

- ⇨ La relation en psychomotricité est au centre du bon déroulement de la prise en soin. Elle est vectrice de tout ce qu'il se passe entre le patient et le psychomotricien. Cette relation va pouvoir être porteuse, étayante, soutenante pour le sujet, l'attachement va permettre de créer du lien et cette accroche sera support de l'effet thérapeutique de la prise en soin.

Il n'existe pas de « protocole » pour entrer en relation avec la personne, il faut compter sur la spontanéité du thérapeute. Cependant, quels concepts de base entrent en jeu dans la relation thérapeutique psychomotrice ?

[28] Ibid p290

II. LES PRINCIPES FONDAMENTAUX

1. *L'alliance thérapeutique* :

La relation thérapeutique nait à travers le cadre de **la première rencontre** entre le psychomotricien et le patient. Elle commence avec la prise de contact et se développe, s'installe au fur et à mesure de la prise en soin. Pour qu'un travail thérapeutique se mette en place, il est nécessaire que s'installe un lien premier, une relation de **confiance et d'engagement** entre les deux protagonistes.

L'alliance thérapeutique correspond à **la notion d'union par engagement mutuel**. C'est l'un des point clé, un facteur prédictif, à l'établissement de ce lien et au résultat du traitement. Le psychologue Carl ROGERS définit **l'engagement comme essentiel à la thérapie** en y englobant la **confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité**, avec des **buts communs** pour le patient et le soignant. En effet la relation thérapeutique dépend de nombreux facteurs pour se développer et prendre sa valeur de soutien. Il faut que les partenaires de cette relation se reconnaissent, que le thérapeute se reconnaisse capable et disposé à s'engager avec la personne et que cette personne soit motivée à travailler à partir de son objectif avec ce thérapeute.

Au moment de constituer le groupe pour les séances de bain thérapeutique, le médecin et la psychologue me conseillent d'aller voir Mme L pour envisager une prise en soin. Je vais donc rencontrer Mme L plusieurs fois dans sa chambre. C'est une petite femme mince, alitée, avec d'importantes spasticités au niveau des membres. Elle ne parle pas mais semble tout comprendre. Elle me fixe avec ses grands yeux ronds, comme en attente de quelque chose. J'essaye, au fur et à mesure de mes visites, d'instaurer un climat favorable à la relation, de créer un lien avec cette femme que je ne connais pas. Cependant j'éprouve de grandes difficultés à le faire. Je n'ai pas de plaisir particulier à aller la voir. Je me demande constamment ce que je vais pouvoir lui dire ou faire (non pas qu'il faille obligatoirement toujours parler ou faire mais je ne suis pas à l'aise dans la relation). Je me rends compte que mes entrevues sont brèves et rapides et que finalement l'accroche a du mal à se faire. Dans ce cas, la prise en soin n'est pas vraiment conseillée. Il faut qu'une alliance se mette en place. Ce fut le cas très vite avec Mme G, par exemple, avec qui j'ai tout de suite senti que la prise en charge était possible.

Pour que l'alliance thérapeutique se créée et que la qualité de la relation puisse être thérapeutique, il est important qu'un lien relationnel entre les différents individus soit **stable, fiable et solide**. Ce lien va « *être au cœur même du processus thérapeutique dans le cas de la thérapie*[29] » car en effet il va constituer le socle du travail, et « *être support de mise en confiance et de revalorisation au service des apprentissages dans le cas de la*

[29]« Etre psychomotricien » POTEL C., p315

rééducation [30]».

L'alliance thérapeutique se créée à partir du cadre. La manière dont elle se met en place et la qualité de son évolution en est grandement dépendante.

2. *Le cadre* :

2.1 Définition :

Le cadre peut avoir plusieurs sens. D'après le Larousse, il correspond à « *la limite d'un espace* » ; « *l'entourage, le milieu et le contexte* » et « *ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose, ce qui construit le sujet* ». Ainsi, le cadre renvoie à **un lieu, un espace**. Il va **délimiter la séparation** dedans/dehors. Le cadre est l'élément prépondérant qu'il convient de mettre en place avant toute séance. La qualité de ce cadre et la façon dont il sera respecté influencera de manière déterminante l'intervention du professionnel.

2.2 Le cadre en psychanalyse :

Le cadre est une notion issue de la pratique psychanalytique appliquée ensuite à toutes thérapies.
Donald WINNICOTT emploiera le terme de « s*etting* », il est surtout une application de son concept de holding. C'est la somme de tous les détails de **l'aménagement du dispositif thérapeutique** en fonction de chaque patient.
Pour Melanie KLEIN, la traduction de « *setting* » pourrait être **l'aménagement, la mise en place, le réglage ou la composition**. Ce terme met l'accent sur la part active du thérapeute dans l'aménagement des conditions les plus propices au déroulement du processus analytique.
Le cadre est la traduction littérale du terme anglais « *frame* ». C'est un **cadre invariable** tandis que le « *setting* » est **l'ensemble des règles variables** qu'il faut définir et limiter.
Le psychologue et psychanalyste Didier ANZIEU compare le cadre à un « *contenant maternel* », une **enveloppe protectrice** qui a le rôle « *d'une seconde peau psychique, où les pensées du sujet peuvent se déployer* » et l'excitation, qu'elle soit d'origine interne ou externe, est limitée dans ses effets désorganisateurs.

2.3 Le cadre en phénoménologie :

D'un point de vue phénoménologique, Michel MARTIN définit le cadre comme un **élément relationnel** que l'on retrouve dans toutes les pratiques. Là où la relation est centrale, il existe toujours une forme de cadre, c'est-à-dire de **contenant formel et dynamique**. Ce cadre n'est pas uniquement pour

[30] Ibid p316

l'un ou pour l'autre (thérapeute ou patient), il sert pour les deux. Il contient l'intériorité (la pensée) de chacun et une intériorité des deux (le monde est dehors).

2.4 Le cadre en psychomotricité :

En psychomotricité, il n'y a pas de « *frame* » univoque. Chaque psychomotricien en fait sa propre appropriation pour être au plus près des besoins du patient. Il varie énormément en fonction de la population avec laquelle nous travaillons, en fonction de l'institution, des modalités de prise en soin (individuelle, collective). Mais il y a toujours un **cadre défini et délimité** qui dépendra et sera fait de la sensibilité et de la façon de travailler du psychomotricien. Elle comprend des règles, des limites, des rituels, des aménagements qui se construisent à partir d'un projet qui est mis en place, celui-ci à partir des indications posées.

Dans la mise en place de mon projet, le cadre a dû être réfléchi et étudié en amont, notamment dans l'aménagement de la salle. Dans l'idée du concept snoezelen (terme Hollandais qui signifie sentir et somnoler), l'intérêt est d'instaurer un climat chaleureux, propice à la stimulation sensorielle, un juste équilibre entre relaxation et stimulation. Dans ce cadre contenant j'ai pu voir la diminution de mouvements anormaux, d'agitation, d'agressivité, d'hypertonies etc.

Il doit permettre au patient un maximum de **disponibilité exploratoire et motrice, de permissivité** tout en lui garantissant un maximum de **sécurité**. La définition de Diatkine GILBERT l'explique, « *il s'agit d'assurer un contenant assez stable et sécurisant pour que le patient ose s'aventurer dans la relation offerte* ».
La psychomotricienne Catherine POTEL le définit comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* »[31]. Elle envisage le cadre à deux niveaux.

- ☞ **Le cadre physique** parmi lequel on retrouve les horaires, la fréquence, la durée, le lieu et le matériel, les types de médiation et les conditions d'encadrement. Le c**adre spatio-temporel** va permettre de sécuriser, de donner les repères. Il faut concevoir l'espace de manière à ce que le psychomotricien puisse accueillir les excitations, le plaisir du mouvement, les gestes. La régularité dans le temps apporte repère, sécurité, assurance.

- ☞ **Le cadre psychique** dépend de postulats théoriques qui sont nécessaires pour pouvoir symboliser, pouvoir mettre en sens des manifestations corporelles. On compte la fonction de pare-excitation, de contenance, de miroir, d'étanchéité. Le **cadre contenant** va permettre de contenir ce qui déborde, qui n'est pas organisé, qui explose corporellement, ce que les patients projettent à l'extérieur faute de pouvoir les contenir à l'intérieur sans risque

[31] Ibid p321

d'implosion. Pour ajuster ce travail de contenance, il faut mettre en réflexion ce travail de thérapie avec nos moyens, techniques, personnalités pour permettre au patient d'intégrer ses pulsions. La contenance passe par un comportement, une attitude, la sécurité d'un « cadre qui tient », ses propres ressources psychiques internes. Christian BALLOUARD définit le cadre contenant comme « *un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître*[32]». Il insiste sur la sécurité que le cadre apporte pour que la relation puisse naître et s'établir. La contenance fait intervenir la notion de limite et de dedans/dehors avec l'élaboration d'avoir un corps fermé, contenu pour entrer en relation.

Chez les patients psychotiques, le corps est déstructuré, c'est un problème de dedans/dehors. Le cadre va venir tenir et contenir avec des règles, des limites et des rituels bien définis. Un cadre bien strict est nécessaire chez les adultes pour qui la créativité, la spontanéité, le jeu est souvent mis en échec par ce corps qui pose problème. Cette contenance va permettre la diminution des troubles du comportement.

A l'intérieur de ce cadre thérapeutique, évoluent des mouvements relationnels entre le psychomotricien et le patient. En effet « depuis plusieurs années, on observe une intrication de plus en plus étroite entre les concepts psychanalytiques et ceux issus de la pratique psychomotrice. C'est ainsi que la notion de « transfert » a largement dépassé le champ du cadre analytique pour venir s'imposer dans le champ de la thérapie psychomotrice »[33]. Nous allons voir à quels mécanismes transférentiels fait référence la psychomotricité et les mouvement intersubjectifs qui se passent entre le psychomotricien et son patient.

3. *Les mouvements relationnels en psychomotricité* :

3.1 Le transfert :

Terme utilisé par Sigmund FREUD pour définir le « lien affectif » qui s'établit entre le patient et le psychanalyste : « *le terme de « transfert » désigne la transposition, le report sur une autre personne – et principalement le psychanalyste – de sentiments, désirs, modalités relationnelles, jadis organisés ou éprouvés par rapport à des personnages très investies dans l'histoire du sujet* » [34]. Le transfert est un mécanisme de défense.

[32]« Le travail du psychomotricien » BALLOUARD C.
[33] « La relation psychomotrice, une autre idée de transfert » MOYANO O., p686
[34] « Lexique pour le psychomotricien », CARRIC J-C., SOUFIR B., p256

De quel transfert parle-t-on en psychomotricité ? Parle-t-on de transfert ou d'autres modalités d'investissement comme l'identification, l'étayage, l'introjection par exemple ? Il faut aussi se demander ce qu'on en fait puisqu'il est à la fois **moteur** de la prise en charge et effet de la **résistance** (au risque de s'opposer à la poursuite de la prise en soin et contrarier ses effets thérapeutiques).

Dans le cas de Mme S, j'ai cru observer un phénomène transférentiel envers l'enseignant en activité physique adaptée. La séance se déroule l'après-midi au moment où Mme S est la plus agitée. Quand l'homme responsable d'encadrer cette activité arrive, Mme S change automatiquement de comportement devenant conciliante et agréable. Dans une hypothétique relation transférentielle, Mme S a pu projeter sur le sentiment d'un souvenir de son passé.

En psychomotricité on ne travaille pas avec le transfert mais sur le transfert. D'après Christian BALLOUARD « *il y a acceptation de l'utilisation du transfert en psychomotricité sans interprétation de celui-ci* »[35]. Il faut donc en être conscient sans être dans une recherche d'interprétation analytique.
En comparaison avec le transfert en psychanalyse, en psychomotricité :

- La réémergence de représentations refoulées n'est pas l'objet de la pratique. Le patient, accompagné par le psychomotricien, a un rôle actif dans la mise en sens de ses éprouvés.

- L'analysant répète inconsciemment dans le transfert ses émois inconscients éveillés, un caractère de réalité. En psychomotricité, la répétition a lieu mais dans la mesure où elle sollicite la mise en jeu du corps sous le regard du psychomotricien.

- Grande différence au niveau de la production par le dispositif : l'agir, le regard, le toucher. Interdit en psychanalyse alors qu'ils représentent la base de travail en psychomotricité[36].

- Le psychomotricien ne se place pas en position d'autorité, mais « d'auxiliaire » d'après Olivier MOYANO et rend la relation « horizontale » plutôt que « verticale ».

⇨ En psychomotricité on utilise **le corps comme lieu de repérage** de ce qu'il se passe dans l'interaction. Le risque est d'assimiler les troubles psychomoteurs aux symptômes névrotiques dont parle Sigmund FREUD en lui ôtant ses valeurs instrumentales et développementales.

3.2 Le contre-transfert :

Le contre-transfert correspond à « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci*[37] » d'après Jean LAPLANCHE et Jean-Bertrand PONTALIS.

[35] « Le travail du psychomotricien » BALLOUARD C., p143
[36] « Enjeux de la relation en psychomotricité », Thérapie psychomotrice et recherches, p10
[37] « Vocabulaire de la psychanalyse » LAPLANCHE J., PONTALIS J-B, p103

Il est donc une réponse ou plutôt une réaction au transfert du patient. Le contre-transfert fera donc résonnance à la fois à ce que le **processus transférentiel du patient** à induit au thérapeute et à la fois à la **personnalité** de celui-ci.

Suzanne ROBERT-OUVRAY introduit la notion de **contre-transfert émotionnel**. Il s'agit d'accueillir la tension du patient dans notre corps et l'utiliser au mieux pour percevoir ce qu'émet corporellement le patient. Suzanne ROBERT-OUVRAY écrit « *les sensations, les tensions corporelles, les postures, les mimiques, les refus ou préférences pour telle ou telle forme sensorielle etc. nous sommes dans un dialogue tonique et nous allons répondre par un ajustement corporel [...] Notre contre-transfert tonique est un contre-transfert émotionnel* [38]». En effet le psychomotricien utilise l**es émotions, les tensions** qu'il perçoit pour mieux appréhender l'autre. L'émotion implique autant la musculature à travers le tonus qu'un sentiment ou un affect, réunifiant le champ psychique et somatique.

- ⇨ La difficulté du psychomotricien sera de prendre conscience de son contre-transfert émotionnel (en différenciant ce qui lui appartient de ce qui vient du patient) pour que le patient puisse à son tour **prendre conscience de ce qu'il a vécu** et ainsi qu'il soit possible de **créer quelque chose** de nouveau.

Ce contre-transfert émotionnel fait échos à la notion d'empathie, plus utilisée en psychomotricité. D'un point de vu neurologique, ce processus fait appel aux neurones miroirs, découverts par le médecin et biologiste italien Giacomo RIZZOLATTI dans les années 1990. Ce sont des neurones corticaux frontaux prémoteurs (de l'aire F5) qui génèrent des « représentations partagées », d'action et d'intention entre soi et autrui grâce à un processus de « résonnance motrice ». En effet ce sont des neurones qui s'activent à l'observation d'un autre en train de réaliser un geste, le cerveau s'active quasiment de la même façon si j'agis ou je regarde faire. Ce système de neurones miroirs nous donne une compréhension réelle du mouvement de l'autre et ne s'active qu'au sein d'une même espèce. C'est pourquoi, en ne s'activant qu'à la reconnaissance de mon semblable, ils permettent de comprendre les phénomènes d'identification, d'imitation. Ils sont aussi appelés « neurones de l'empathie ».

3.3 L'empathie et l'intuition :

L'empathie consiste à **se mettre à la place de l'autre**, nous prenons l'autre comme référence. Elle implique également de la part du psychomotricien de créer un climat de confiance, de respect, d'offrir une écoute attentive et de faciliter l'expression du patient.

[38] « Le contre transfert émotionnelle dans la thérapie psychomotrice » ROBERT-OUVRAY S., N° 132, p 63 dans le mémoire « Psychomotricien : une posture impliquée ? », de DELACOTE A.

Ainsi le psychomotricien, en **mettant à distance ses propres éprouvés**, va **pouvoir lire et reconnaître les états émotionnels** de la personne et en faire le lien avec les **signes non-verbaux et comportementaux** qu'elle laisse transparaître. Cette distanciation va permettre au psychomotricien de s'engager de tout son être dans la relation thérapeutique. Le but étant d'accueillir toutes les informations corporelles du sujet sans jugements ni interprétations. Pour Carl ROGERS il s'agit de la capacité à se laisser toucher par l'autre sans être ébranlé dans son identité.
La psychomotricienne Véronique DEFIOLLES-PELTIER parle d'**empathie tonique**, ce qui signifie « *être à l'écoute du corps de l'autre dans son propre corps par les disponibilités à ressentir les modalités tonico-émotionnelles du patient lors d'un échange* [39]». Par cet engagement basé sur le dialogue tonique et émotionnel, nous pouvons créer, improviser, être disponible à l'inattendu.

- ⇨ L'empathie tonique implique la dimension émotionnelle au même titre que le contre-transfert émotionnel implique la dimension tonique. Ils font tout d'eux intervenir le concept de dialogue tonico-émotionnel (Cf. p29).

J'éprouve un sentiment particulier lorsque je fais passer un bain à Mme L. J'ai toujours du mal à me souvenir de ce qu'il s'est passé en séance, à ressortir des informations ou des observations. Je ne ressens pas grand-chose pendant la séance bien que cette femme soit très agréable et attachante. Il est difficile pour moi de discerner si ce sentiment est une projection de Mme L sur moi, s'il s'agit de ma réaction émotionnelle, si ces émotions sont finalement de l'empathie tonique.

L'empathie et l'intuition sont intimement liées et impliquées dans la relation. **L'intuition** est définie par le Larousse comme « *un sentiment irraisonné, non vérifiable, direct, immédiat de la vérité, sans recours à l'expérience* ». Cette émergence spontanée lors d'un travail thérapeutique comme le précise Claire PETITMENGIN est « *la partie apparente d'un « lent murissement », d'un cheminement, de séries d'opérations mentales* »[40]. La capacité empathique précède et facilite l'émergence de l'intuition et donc de l'adaptation.
Elle donne quatre étapes à la connaissance intuitive :

- Un **geste de lâcher-prise**, de ralentissement de l'activité mentale pour laisser place au déplacement de l'attention à la situation singulière et concrète.
- Un **geste de connexion**, de sensation kinesthésique pour entrer en contact avec la personne, comme par la synchronisation des rythmes.
- Un **geste d'écoute des sensations internes**, d'attention large et fine, de disponibilité, de réceptivité sans but défini.

[39] « Evolution psychomotrice : le corps psychiatrique » p12
[40] Ibid

- L'**émergence de l'intuition** elle-même sous forme d'image mentale, d'un ressenti sensoriel.

Dans la relation thérapeutique, la qualité empathique du psychomotricien va permettre l'émergence d'une intuition dans la compréhension de l'autre et ainsi amener une adaptation, un ajustement. Face à plusieurs patients qui déambulent par exemple, l'empathie et l'intuition vont nous amener à se réajuster en fonction de chacun. Nous allons accompagner certains dans leur marche, d'autre que l'on va guider jusqu'à leur chambre ou inciter à s'assoir. Ce sont bien ces phénomènes d'empathie tonique qui orientent notre intervention auprès du patient.

⇨ Il faut souligner que **le repérage, le décodage, la prise en compte des enjeux inconscients** dans la relation psychomotrice, donnent un **gain à l'expérience corporelle et émotionnelle**. La relation psychomotrice ne peut se résumer à l'analyse d'une relation transfert/contre-transfert, les processus d'empathie, souvent automatiques, inconscients, peu contrôlables impliquent un mécanisme de résonance (affectif et moteur). La connaissance de soi passe bien évidemment par la reconnaissance en soi de la sphère affective et des éprouvés corporels moteurs, en relation avec autrui[41].

Soigner est fondamentalement une histoire de relation. En psychomotricité on cherche à décoder la plainte, décrypter le mal et s'engager à accompagner, avec une compétence ajustée et les moyens adaptés, les bouleversements des liens avec l'environnement. Comment l'examen psychomoteur, support relationnel à la prise ne soin, va permettre d'appréhender le trouble du comportement ?

III. LES OUTILS ET MOYENS DU PSYCHOMOTRICIEN

1. *Le bilan psychomoteur* :

1.1 Outil spécifique du psychomotricien au moyen de la rencontre :

L'examen psychomoteur est **l'outil principal et premier du psychomotricien**. Il s'organise en fonction du motif de la consultation et de la demande formulée par le médecin.

Il permet de poser un **diagnostic psychomoteur** à l'origine de la mise en place d'un projet de soin ; de mettre en avant la demande **d'examens complémentaires** et présenter des éléments de **prévention**

[41] « Où en est la psychomotricité ? Etats des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique » BOUTINAUD J., JOLY F., MOYANO O., RODRIGUEZ M., p27

pouvant rassurer ou orienter les perceptions de l'entourage sur les aspects importants du comportement. Le bilan psychomoteur permet de mesurer les différents processus et mécanismes qui (dé)organisent la motricité intentionnelle et en influencent la réalisation ainsi que le contrôle de son exécution.

Mais le bilan c'est aussi un moyen **de rencontre** où se posent les éléments de la relation, permettant au sujet de se présenter à l'autre. C'est un moment privilégié entre le patient et le psychomotricien. L'engagement relationnel, à l'occasion du bilan, a une vraie valeur thérapeutique[42]. Le temps du bilan contient ce qui va se développer par la suite au cours de la thérapie entreprise et **pose les bases du lien relationnel** qui va soutenir le patient dans une dynamique de changement.
Il est essentiel qu'il se déroule dans un climat favorable à l'expression des potentialités de la personne afin de mettre en avant les compétences ou capacités préservées, nécessaires au projet de soin. D'après Catherine POTEL, le bilan est « *un catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, émotionnelles* [43]». Il est déclencheur de tout un ensemble de réactions qu'il va falloir analyser, comprendre, appréhender dans leur dynamique et leur fonctionnement. Il faut donc être vigilent au cadre, pour que celui-ci n'impacte pas significativement les résultats de l'examen.

Lorsque j'ai fait passer les EGP aux résidents de l'EHPAD (Cf. p23), je n'avais pas toujours de salle contenante et isolée. Pour celui de Mme R (Cf. p66), nous nous sommes retrouvées dans un bureau complètement vitré où aides-soignants et infirmiers allaient et venaient. Dans ce cas-là, le cadre biaise en quelque sorte les résultats du bilan.

Le bilan va permettre **d'évaluer les troubles du comportement et leurs impacts**. Comment le comportement gêne l'équipement psychomoteur de l'individu ? Comment le comportement peut-il être un frein à la relation avec l'autre ? Comment peut-il nuire ses relations interpersonnelles ou sociales ? Comment peut-il empêcher ou contrarier l'adaptation du sujet à son environnement, à son milieu ? Toutes ces perturbations se révèlent dans le lien, dans la relation à soi, à l'autre, à l'environnement.
Différents temps interviennent dans le déroulement de l'examen psychomoteur : **l'entretien** ; la réalisation de **tests standardisés** ; **l'observation clinique** et **le compte-rendu**. Chaque moment engage et implique le psychomotricien et son patient dans la relation thérapeutique.

- ☞ *L'entretien et la rencontre* :

L'entretien permet de recueillir les **éléments anamnestiques** de la personne, de connaître les caractéristiques du sujet (âge, déficits sensoriels, retard mental, troubles neurologiques ou

[42] « Etre psychomotricien », POTEL C., p228
[43] Ibid p235

psychiatriques, troubles du comportement), d'observer les interactions familiales (quand l'entretien est conduit en présence d'un membre de la famille), évaluer la détresse de l'entourage et le degré de collaboration possible, préciser le motif et l'origine de la demande d'examen.

L'entretien est aussi le moment de **la rencontre**. Ces premiers instants sont les prémices de l'alliance thérapeutique (Cf. p32), elle-même annonciatrice de la qualité de la relation thérapeutique. A ce moment, le soignant et le soigné vont pouvoir faire la connaissance l'un de l'autre, se faire une impression, une représentation de l'ambiance émotionnelle, aller à la rencontre du sujet. Il est parfois préférable de ne pas trop en savoir sur le patient afin d'être plus sensible et à l'écoute de ce qu'il laisse voir. Cette rencontre va permettre une **observation fine du corps**, dans les attitudes, les postures, la communication, la manière d'être en relation. Les troubles du comportement apparaissent souvent au premier plan au moment de la rencontre.

☞ *Les tests : une évaluation objective :*

Le test permet l'évaluation objective d'un évènement, il est standardisé, comporte des normes et doit posséder des qualités **de validité, de fidélité et de sensibilité**.

L'évaluation, elle, est « *une opération qui consiste à porter un jugement de valeur, ou à accorder une valeur à un objet, un événement ou à une personne, en comparant cet objet, cet événement, cette personne, avec un critère donné* [44]». La psychométrie permet de mesurer la dimension « normale » ou « pathologique » du trouble du comportement (Cf. p7). C'est un atout d'autant qu'il permet entre autre de valider notre prise en charge.

En fonction de **la pathologie** et de **l'âge**, les tests auront des objectifs différents : donner un niveau de développement, différencier le sujet de la majorité de ses pairs ou indiquer le maintien de certaines capacités psychomotrices. Cette prise de contact s'origine dans le paradoxe d'appréhender ce qui est cohérent chez le sujet dans **sa similarité**, **sa ressemblance** et en même temps dans **sa distinction** aux autres.

Une fois que les tests sont réalisés, il faut **les interpréter** à la lumière des conditions de l'examen (état du sujet, participation, investissement, respect des consignes) car « *quel que soit l'effort fourni pour la mise en application des techniques standardisées, il se crée une situation éminemment relationnelle mettant aux prises deux subjectivités* »[45]. Ces interprétations sont à mettre en lien avec tout ce que la relation a mis en jeu au cours de la passation et les informations recueillies au moment de l'entretien.

[44] « Manuel d'enseignement de psychomotricité » SOCKEEL et ANCEAUX, p275
[45] « La psychomotricité relationnelle » SAMI ALI M., p14

Malgré les représentations que je pouvais me faire des capacités motrices et locomotrices de Mme G, les résultats de l'EGP (Cf. p23) et leurs interprétations m'ont permis de me rendre compte de ses aptitudes. Sa démarche est précautionneuse avec une petite enjambée, elle s'appuie sur son déambulateur penchant le haut de son corps vers l'avant. Cependant la passation des items de coordination statique et dynamique met en avant des résultats très encourageants.

- ⇨ Une approche théorique avec une grille de lecture méthodique peut être une activité efficace, source de résolution de problèmes comportementaux. Lorsque les tests ne peuvent être utilisés, l'observation reste le meilleur des outils appuyé, si possible, sur une grille d'observation des comportements afin de réunir un maximum d'informations **quantitatives** (latence, fréquence, durée, intensité) et **qualitatives** (fluidité des mouvements, précision du geste, adaptation à la situation et au matériel).

- ☞ *L'observation clinique : une évaluation subjective* :

Le bilan est « *une observation et une compréhension du sujet sans cliver l'évaluation des éléments fonctionnels et relationnels* »[46]. L'observation peut suivre deux directives. L'une d'elles est dite **descriptive et comportementale** : concerne les performances à la réalisation des tests standardisés. L'autre est une approche **cognitive de la motricité** : s'intéresse aux processus sous-jacents, comment les actions sont réalisées. L'aspect qualitatif de la performance permet un affinement du diagnostic. L'observation au cours du bilan mêle à la fois ces deux approches, elles sont complémentaires.
L'observation implique chez le patient des réactions normales de défenses sociales qui oscillent entre l'anxiété et l'exhibitionnisme. Face à cela, l'observateur doit posséder deux qualités : **l'attention au comportement et l'empathie.** Toute observation modifie ce qu'elle observe.

Les observations se font également en dehors du champ de l'examen psychomoteur. Tous **les temps informels,** notamment dans l'environnement propre du sujet, sont propices à une meilleure compréhension et analyse de celui-ci.

A l'HJ, il y a beaucoup de temps informels favorables à l'observation spontanée. Notamment au café d'accueil, quand les patients et les soignants partagent un moment informel autour d'un café ou d'un journal. J'ai pu observer les barrages de Mr F, un patient schizophrène. Ce comportement se traduit par l'interruption momentanée, involontaire et sans raison apparente du discours ou de l'action. J'ai du mal à différencier les barrages de ses attitudes d'écoutes, mais par moment il se coupe de la conversation quelques instants, regarde dans le vide, puis d'un coup se reconnecte avec la réalité. Il

[46] « Evolution psychomotrice : le bilan psychomoteur », PITERRI F dans le mémoire « Psychomotricien : une posture impliquée ? », de DELACOTE A.

essaye de réintégrer la conversation de manière totalement inadaptée la plupart du temps, par des rires immotivés par exemples.

Un autre outil d'évaluation va être **le corps du thérapeute**. Les impressions et ressentis corporels du psychomotricien seront impactées par les suggestions propres du thérapeute et les effets de **ses propres attentes**. Le réajustement de cette « idéologie personnelle », de ces attentes va concerner directement la technique et l'évolution de la prise en soin. Par l'observation clinique, le thérapeute se fie à **sa subjectivité, à ses capacités d'analyses et de synthèses**, c'est une partie délicate du bilan.
La clinique permet de mesurer le fonctionnement du sujet dans sa motricité, son investissement de l'espace, ses réactions de prestance, d'inhibition corporelle ou au contraire d'excitation. L'observation va donner des informations cognitives et motrices sur les acquisitions, sur le vécu du corps et l'image du corps, sur la qualité corporelle mis en jeu dans la relation à l'autre.

- ⇨ Observer et décrire ne suffisent pas, il faut **croiser les données observées et théoriques** sur le fonctionnement corporel et mental pour une richesse d'observation.

- ☞ *Le compte-rendu* :

Le compte-rendu détaillé permet au psychomotricien **de partager son travail** et sa qualité d'observation. De plus, la mise en récit permet de prendre du **recul sur le vécu** et l'observation. D'un côté le **résumé et l'organisation de la sémiologie**, permettent de communiquer plus aisément avec d'autres professionnels, d'orienter les grandes lignes de la prise en charge. De l'autre ils peuvent entraîner une stigmatisation de la part de l'entourage et une modification des perceptions que la personne a d'elle-même. C'est pourquoi dans la rédaction du compte-rendu il va falloir employer des termes appropriés afin qu'ils soient recevables par tout le monde sans minimiser ou atténuer le diagnostic.

1.2 Lecture du trouble du comportement : son impact dans la relation et les répercussions sur l'équipement psychomoteur :

Le trouble du comportement est un symptôme que la souffrance exprime à travers le corps. Le psychomotricien va être à l'écoute des manifestations corporelles de ces troubles et de leur intégration dans l'espace, le temps et la relation : « *Ce qui se passe dans le corps […] ne se passe pas dans le corps mais dans une relation implicite à l'autre* »[47].

[47] « La psychomotricité relationnelle » SAMI ALI M., p7

La lecture du trouble du comportement peut être faite de manière psychodynamique, c'est-à-dire qu'on entend et observe le symptôme comme une **manifestation pathologique** mais aussi comme **une « invention »** du sujet pour vivre, même si c'est une invention peu adaptée voire totalement inadaptée : « *La mesure et l'identification de signes observables sont sans doute indispensables […] mais la compréhension se situe toujours au-delà, accordant une place importante à l'interprétation. Il serait regrettable que l'objectivation conduise à la désubjectivation* [48]».

Tous comportements observés devront être à analyser en fonction des **critères de finalité** (buts poursuivis par le sujet, implicite/explicite), d**e moyens** (si le sujet a le moyen d'atteindre le but, de modifier la situation) et de **carences** (quand impossible d'atteindre le but, il faut chercher les causes)[49].

La question du symptôme est incontournable chez l'adulte. **Est-ce le symptôme qui fait souffrir ou la souffrance du symptôme** qui fait barrage à une souffrance bien moins approchable ? En effet il est difficile de parler de trouble du comportement de manière uniquement biologique, sans l'attacher à son histoire de vie. Un certain mélange entre la cause et la conséquence s'opère. Que cherche-t-on à évaluer le dysfonctionnement ou ce qui se raconte du dysfonctionnement ?

Bien qu'il faille être vigilent au **fantasme du « corps qui ne ment pas** », car nous pouvons donner le change par le corps dans une attitude faussement naturelle sur ce qu'il serait bien de donner à voir à l'autre, le corps traduit bien souvent notre état interne.

Pour analyser un comportement inadapté chez un sujet adulte en psychomotricité il y a différents moyens :

Il y a dans un premier temps **ce que dit la personne** de ses troubles, de sa pathologie, de son vécu, de sa souffrance (pour ceux qui ont la capacité d'être dans le langage). Tout en étant bien conscient de ce que la pathologie peut modifier des représentations et perceptions (hallucinations, paranoïa, troubles mnésiques). Le discours verbal peut être un atout dans l'examen psychomoteur avec l'adulte puisqu'il est capable parfois de **verbaliser tout ce qu'il se passe** pour lui. A contrario, la personne peut nous embarquer dans son histoire imaginaire, de plainte mais de manière qui peut être totalement **dissocié de ce qui se met à l'œuvre au plan corporel** ou dans l'activité. Il faut être vigilent à ne pas perdre l'importance de l'observation de la communication non verbale (Cf. p57).

[48] « Evolution psychomotrice : Le bilan psychomoteur, outil de mesure et/ou de compréhensions ? », ROUX Y., p71 dans le mémoire « Psychomotricien : une posture impliquée ? », de DELACOTE A.
[49] « Manuel d'enseignement de la psychomotricité » SOPPELSA R. et ALBARET J-M., p13

Poème de Mme F, une patient de l'HJ : « Au-delà du verbe »

Si les mots sonnent faux, s'ils ne sont que mirages,
Si certains sont de trop ou s'ils sont commérages,
Que ton regard profond vienne les dissiper,
Qu'un silence de fond unisse nos pensées.

Car tout ce que l'on donne, tout ce que l'on transmet,
Dans ces mots qui résonnent plus qu'à l'accoutumée,
Ce qu'il y a derrière, le ton que l'on y met,
Que les mots sont parfois à nos yeux si touchants,
Aussi simple qu'ils soient, néanmoins éloquents.

Alors ne m'en veux pas si parfois je m'embrouille
Dans les mots que j'emploie, dans ceux que je refoule,
Dans ce que tu reçois, n'attache de l'importance,
Qu'à ce que tu reçois derrière les apparences.

Ensuite il faut rassembler toutes les observations cliniques psychomotrices et avoir une **fonction sémaphorique**. Cette fonction est une fonction de recueil des différents indices et signes, sans hiérarchiser, pour qu'une fois tous rassemblés ils puissent donner du sens. On observe dans un premier temps ce qu'induit **le comportement dans la relation** : s'il est plutôt internalisé (repli sur soi, anxieux, dépressif, inhibé) ou plutôt externalisé (agressif, errance, impulsivité, maniaque). Puis les **répercussions de ce comportement sur l'équipement psychomoteur** : on compte alors les manifestations toniques, posturales, l'exploration de la latéralité, les coordinations-dissociations, les orientations et structurations temporelles et spatiales, les motricités : globales et fines, le schéma corporel. C'est par la mise en lien de ces divers éléments, entre eux et avec des éclairages tant neurologiques que psychologiques et psychiatriques, que le psychomotricien appréhende l'organisation globale du sujet en relation avec ses troubles du comportement.

Après l'écoute verbale et l'observation corporelle du sujet, le psychomotricien va analyser ses ressentis, **par les représentations et affects qui peuvent le traverser**, aux états corporels internes, à la manière dont on met notre propre corps en jeu, notre gestuelle, notre posture, notre proximité[50]. Comment a-t-on senti que la personne était en lien avec ce qui se passait, en lien avec elle-même, avec nous, comment les choses décrochent ? Accrochent ? En réticence ? En curiosité ? La relation à l'autre semble-t-elle harmonieuse ? Comment le sujet réagit il à la proximité d'autrui ? Présente-t-il des réactions d'évitement, de prestance ou de contenance ?

[50] ROBINEAU C. « Thérapie psychomotrice : enjeux de la relation en psychomotricité » N°175, p5

- ⇨ Le travail de déchiffrage, de décryptage, d'élaboration animera **la réponse corporelle et verbale du thérapeute**. Il va falloir repérer les portes d'accès pour entrer en relation avec l'individu et celles qu'il vaut mieux laisser fermées dans un premier temps. La spécificité d'une relation met **le corps au centre des échanges et de la rencontre**. D'autres professionnels vont se faire une idée de la problématique de sujet à travers la lecture des déplacements, des positionnements, de la motricité, du tonus, mais en psychomotricité, c'est notre mission principale.

Le bilan est un chemin, un entre deux, un espace transit, un lieu et un lien transitionnel, support d'une relation. Il peut être considéré comme une médiation de la rencontre organisée que représente la consultation et son contexte social.

2. Médiations :

On parle de médiation comme **d'un « moyen** » au sens d'outil pour entrer en contact avec la personne et comme **d'une « moyenne »,** qui se trouve à égale distance de deux points. Il s'agit donc d'un objet tiers qui permettrait la constitution du lien. Il s'agit de **support pour entrer en relation**.
Sans cesse, le thérapeute va **inventer une stratégie pour mobiliser le sujet** dans la situation où il s'engage. Le mobiliser c'est lui proposer des alternatives lui renvoyant sans cesse ses projections, son comportement en vue de prise de conscience. Le thérapeute est dans une **adaptation continuelle**. Au fur et à mesure que le sujet évolue, **les inductions et propositions se transforment**. Très actif au départ, le psychomotricien va peu à peu entrer dans l'ombre et le silence, laissant toute la place au sujet.
Les thérapies psychomotrices sont des dispositifs de soin, basées sur la relation, qui proposent des médiations psychomotrices qui vont se faire support d'une activité expressive. Car **l'expression est l'émotion** sont au cœur du processus thérapeutique[51].
En vue de la diminution des troubles du comportement, les médiations les plus utilisées auprès du **public âgé** sont : les techniques de stimulations sensorielles, de massage, de relaxation. En **psychiatrie adulte**, les médiations les plus utilisées sont la relaxation et toutes les médiations autour de l'expression émotionnelle et du jeu de rôle.

Voici les médiations que j'ai pu rencontrer pendant mon stage, elles regroupent à la fois la prise en soin individuelle et collective ; de relaxation et d'expression corporelle.

[51] « Etre psychomotricien » POTEL C., p312

2.1 Atelier théâtre d'improvisation à l'hôpital de jour :

Le théâtre d'improvisation permet de mettre son corps en scène, d'ajuster sa posture, ses mimiques, son expression du visage, d'utiliser l'espace, gérer le temps. On travaille alors sur la motricité, la sensorialité, la communication verbale, para verbale et non verbale, l'expressivité, la concentration, le respect et l'écoute de l'autre, la confiance en soi. Les passages à plusieurs nécessitent des ajustements à l'autre, impliquent un certain lâcher prise pour être capable de rebondir sur les différentes propositions, laisser exprimer toute sa spontanéité.

Cette médiation permet de laisser place **à l'expression du sujet**, à une expression corporelle libérée du jugement des autres, des inhibitions. Dans cet atelier est mis en avant la liberté de chacun de jouer la scène comme il le sent, comme il est et là où il est. Dans un cadre stable et fixe, les blocages s'estompent favorisant ainsi la communication, l'échange et le plaisir de jouer ensemble.

Cette médiation regroupe entre 10 et 12 patients. C'est un groupe fermé, qui fonctionne sur des cycles de 6 mois. L'acte théâtral s'amorce avec le corps et s'installe avec la voix : la première partie de l'atelier est une préparation du corps et de l'esprit avec des exercices d'expressions corporelles et vocales. La deuxième partie de la séance pourra se faire seul ou à plusieurs, sur la base de petite scénettes en fonction d'un thème (mime, publicité, théâtre, pose photo). Enfin la séance se termine par un échange sur le vécu et le ressenti de chacun. La plupart des patients présents dans le groupe présentent des troubles du comportement. J'ai pu me rendre compte de l'impact de cette médiation sur les troubles du comportement.

Dans un premier temps le groupe apporte un support ludique de socialisation. Ainsi se développent des phénomènes d'identification, de différentiation, de projection, de réassurance. Le partage d'expériences, le but commun porte le groupe dans une dynamique constructive, de respect et d'engagement mutuel. J'observe de moins en moins de comportements de refus, d'opposition ou d'inhibition.

Dans un deuxième temps le cadre de l'atelier apporte sécurité et assurance. Les règles et les limites ont toutes bien été définies au préalable permettant à l'intérieur de ce cadre un maximum de permissivité et de liberté. Tous les participants s'expriment dans le respect et sans le poids du jugement. D'autant que l'attention et la concentration que les passages sollicitent aident à canaliser certains comportements. Je remarque que le comportement de Mr M par exemple est complètement différent pendant cet atelier. Plutôt de nature inhibée, en retrait, peu communicatif, il est au contraire très expressif et volontaire pour toutes les propositions.

Ce cadre a permis de créer des liens, chacun a su trouver une place, un rôle au sein de ce groupe, des amitiés se sont créer. L'équipe soignante apporte soutien et contenance à toutes leurs angoisses et débordements psychiques ou corporels, favorables à la diminution de comportements envahissants.

2.2 Atelier de relaxation à l'hôpital de jour :

La relaxation est souvent utilisée chez les adultes et particulièrement en psychiatrie. C'est une expérience de **détente corporelle et psychique** profonde durant laquelle s'opère un relâchement neuromusculaire et donc une régulation tonico-émotionnelle, une conscience et un mieux-être psychocorporel, des sensations corporelles restructurantes.

Le travail avec l'adulte passe beaucoup par **le vécu, l'éprouvé et le représenté**. Le psychomotricien doit remplir une fonction contenante (au niveau de la voix mais aussi sa posture, son attitude) pour accompagner les patients dans ce vécu profond, « *Il agit tout d'abord comme un contenant de ce qui se passe en séance et en relation avec le patient, tel un filtre. Etre contenant jusqu'à permettre au sujet de se sentir capable de contenir, d'investir une existence interne qui lui fait défaut, qu'il puisse repartir avec des choses qu'il prenne à son propre compte*[52] ». La mise en mot, **la verbalisation** de tout ce qui concerne le vécu corporel est fondamental. Il est au moins aussi important de tenir compte de ce que le patient fait de son corps que de ce qu'il en dit. Elle renforce le lien entre le vécu corporel, la structuration du schéma corporel et la représentation. Un des objectifs est que le patient fasse la **rencontre avec soi-même**. La détente musculaire est avant tout une voie d'accès à la détente mentale, agissant à la manière d'un **tranquillisant naturel progressif**. Ce procédé va apporter un état de conscience modifié atténuant ainsi les comportements gênants.

Cet atelier est un groupe fermé constitué de 7-8 patients tous présentant des troubles du comportement. La séance débute par une induction aromatique aux huiles essentielles, puis des exercices de respiration (réutilisés par les patients dans les moments de crise ou dans la vie quotidienne), ensuite un travail de stimulation sensorielle, d'étirement, d'automassage, et enfin une induction verbale (avec ambiance sonore).
Je rencontre beaucoup de personnes anxieuses au sein de l'établissement. J'ai pu me rendre compte à quel point la relaxation permet d'exprimer et gérer les émotions, de se débarrasser des émotions indésirables qui entraînent des tensions physiques. Mme F arrive à une séance, agitée, angoissée, « *j'ai du mal à respirer, mon cœur s'emballe* ». La psychomotricienne a pris le temps de discuter avec elle, de la rassurer et lui a donné des techniques de respiration propices à la détente. A la fin de la séance Mme F nous a rapporté que la séance l'avait apaisée. Les patients sont très demandeurs de relaxation ainsi que d'outils permettant de canaliser leurs angoisses.

2.3 Le bain thérapeutique à l'EHPAD :

Le bain thérapeutique est une médiation très utilisée avec la personne âgée. La médiation eau, les stimulations sensorielles, la relaxation et les touchers-massages font de cette médiation une **approche globale et pertinente**. Les objectifs de cette médiation sont de susciter le plaisir du corps, le bien-être et

[52] « Le travail du psychomotricien » BALLOUARD C.

la détente corporelle et psychique ; stimuler le ressenti de son corps et de ses limites corporelles, l'investissement du schéma corporel ; travailler autour des propriétés de l'eau comme la sensation de légèreté, l'enveloppement, la contenance, le caractère malléable et destructible, notion de surface, d'immersion, de dedans/dehors.

L'investissement psychique des sensations et du vécu va supposer que quelqu'un rapporte, fasse retour, renvoie en ayant pris soin de transformer des gestes sous formes d'éléments digestes (Cf. p31). La maladie d'Alzheimer est un processus de déliaison, nous allons faire de la reliaison. On refait du lien avec le vécu corporel, la mise en mot, les perceptions, les émotions.

Le projet de bain thérapeutique regroupe six résidents présentant des troubles du comportement. Je fais un bain par semaine, il dure 45 min et je suis accompagnée d'une aide-soignante (AS). La séance débute par une induction aromatique d'huiles essentielles, puis le temps du bain. En fonction de ce que je sens, des disponibilités de la personne, je propose un massage des mains pour commencer pouvant aller jusqu'à un massage global du corps. Quand la personne le souhaite nous pouvons échanger ou simplement écouter la musique.

J'ai pu voir à quel point la prise en soin individuelle permet d'établir un contact privilégié. Cette dualité (ou triangulaire en fonction de l'investissement de l'AS) permet l'établissement d'un espace protégé, sécurisant, qui met la personne en confiance et la valorise dans ses compétences.

Mr H est le résident à qui j'ai pu, le plus souvent, faire vivre l'expérience du bain. Il est atteint d'une démence mixte : une démence neurodégénérative à laquelle s'est ajoutée une démence vasculaire suite à un AVC (Accident Vasculaire Cérébral). Mr H est hémiplégique et héminégligent du côté gauche, il est dans son fauteuil roulant, toujours recroquevillé tenant son pied valide dans sa main. Il parle beaucoup avec un discours peu cohérent. La proximité et l'intimité du bain pose inévitablement la particularité de la relation homme/femme que j'appréhendais au début mais qui finalement ne m'a pas posée problèmes. Au fur et à mesure de nos rencontres, une accroche a pu se faire : il me reconnaissait, me souriait en me voyant et je prenais plaisir à aller à sa rencontre. Les séances se passent toujours bien, il semble apprécier l'eau, le cadre. J'ai pu voir une évolution importante au niveau de son agitation motrice : obligé de le contenir dans le « filet » au début (moyen utilisé pour le transfert), maintenant une simple main sous la nuque suffit. Mr H est aussi très réceptif au toucher, diminuant les manifestations anxieuses, se laissant aller à la détente allant même jusqu'à fermer les yeux. Bien que leurs effets ne semblent pas perdurer au-delà de l'intervention, cette expérience m'a prouvé leurs efficacités.

Les troubles du comportement ne posent problèmes que dans la relation à soi, à l'autre ou à l'environnement. A travers cette relation le psychomotricien peut modifier, améliorer les adaptations qui font défaut dans le lien. Nous allons voir quelles sont les spécificités de l'approche du psychomotricien pour répondre à la problématique des troubles du comportement.

De quelle manière le psychomotricien utilise la relation thérapeutique pour aller à la rencontre du sujet ?

Quelles spécificités dans son approche lui permettent de s'ajuster face aux troubles du comportement ?

Qu'en est-il en pratique au cours de mes stages ?

PARTIE 3 :
L'APPROCHE DU PSYCHOMOTRICIEN FACE AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT

I. LE PSYCHOMOTRICIEN DANS LA RELATION

Pour une meilleure qualité de la relation, le psychomotricien doit posséder des compétences et une qualité relationnelle indispensable. Le psychomotricien doit donc sans cesse renouveler ses outils, mais aussi et surtout sa manière d'être en relation à l'autre, du fait de l'évolution de la pathologie, du chemin parcouru ensemble, de l'avancé de la prise en soin.

1. Les qualités et compétences du psychomotricien :

1.1 Savoirs :

Il n'existe pas une seule et unique théorie psychomotrice mais des théories venant de plusieurs disciplines, auxquelles chacun a la **liberté de se référer**. Les connaissances en psychomotricité passent donc par l'apprentissage des différents champs disciplinaires dont elle se nourrit, il s'agit d'une clinique supportée par une pratique.

Au cours de la formation de psychomotricien est appris[53] :

- **L'équipement et les grandes fonctions du corps et du cerveau** : les neurosciences, la psychologie, l'éthologie humaine etc.
- **Le processus psychodynamique** : par l'intermédiaire de la psychanalyse, l'intersubjectivité, les affects, les émotions et perceptions de soi, la fonction symbolique, le langage etc.
- **La philosophie** : qui nous permet de nous interroger sur la problématique de la corporéité dans une conception unitaire de l'homme.

Les différents instituts de formation transmettent à leur manière (tout en restant équivalents) le bagage de connaissances nécessaire au travail du psychomotricien. Y est aussi enseigné les caractéristiques des différentes populations que nous sommes amenés à rencontrer, les pathologies, le développement psychomoteur à tous les âges de la vie. Nous nous sensibilisons à la compréhension du corps de l'autre,

[53] « La psychomotricité relationnelle », GATECEL A., p26

à son fonctionnement et à la relation qu'il peut avoir à soi, à l'autre et à l'environnement.

1.2 Savoir-faire :

A la formation théorique s'ajoute une **formation clinique**. L'enseignement théorico-clinique met l'accent sur **les techniques utilisées** en psychomotricité en fonction des pathologies, des âges : la conscience corporelle ; l'expressivité du corps ; la relaxation thérapeutique ; le jeu de rôle et travail du « jouer avec » ; le toucher thérapeutique et enveloppement et autres médiations spécifiques. Les nombreux cours théorico-pratiques nous apprennent à **sentir notre corps** et à **le faire sentir à autrui**, grâce aux cours d'eutonie, de rythme, de danse, de théâtre, de toucher.

Les stages de formation professionnelle permettent de mettre en application et en lien la théorie, la clinique et la pratique psychomotrice. Ils permettent également de mettre à l'épreuve nos capacités relationnelles, créatives et les disponibilités psychocorporelles. Les différents lieux de stage sont aussi un moyen de se familiariser avec les pathologies et les différents milieux institutionnels rencontrés.

Il est important en psychomotricité de ne pas se cantonner à un protocole ou à une théorie mais s'adapter et rester ouvert à ce que le patient amène. Il est indispensable de connaître et maîtriser les techniques, les méthodes, les protocoles de passation du bilan auxquels s'ajoute de la confiance en soi, de l'assurance. C'est pourquoi avoir des connaissances et des compétences pratiques n'est pas suffisant, en psychomotricité il faut savoir-être.

1.3 Savoir-être :

D'après la psychomotricienne Françoise DESOBEAU, « *le psychomotricien se doit de posséder des connaissances et un savoir-faire. Mais cela ne va pas suffire, encore doit-il posséder un savoir-être, et qui plus est un savoir exister dans son corps* ».

La formation apprend, aux futurs professionnels, à développer leur créativité, leur expressivité, leur conscience corporelle. Vivre des expériences qui amènent **à sentir, ressentir, se représenter** et ainsi pouvoir mieux comprendre et lire le corps de l'autre. Savoir-être et exister dans son corps, est primordial dans la relation. Il faut être capable de se représenter, de mettre des mots sur ce qui a pu être lu et observé chez la personne avec qui nous interagissons.

Le psychomotricien doit posséder des qualités indispensables telles que **l'empathie**, une grande **qualité d'écoute** et de **disponibilité,** une **observation clinique** très fine, de la **patience,** de la **pédagogie**, de la **créativité,** une **qualité d'adaptation, d'ajustement**, Carl ROGERS parle aussi de « **congruence** » : être capable de prendre conscience de ses ressentis, de les accepter et de les traiter petit à petit pour éviter les mécanismes de projection. Il s'agit de savoir mettre une **distanciation** entre son propre corps

comprenant les perceptions, les sensations et les affects (distanciation qui s'éprouve pendant les cours de relaxation et d'expressivité) et son corps dans la relation thérapeutique.

Savoir-être est primordial pour le psychomotricien. C'est à partir de là que se base son intervention et certifie la qualité de la relation. L'implication traduit le fait que la pratique psychomotrice est liée à celui ou celle qui va la mettre en œuvre par son être.

2. L'implication corporelle :

Françoise DESOBEAU affirme que *« la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est comme il est*[54] ». Le langage corporel est présent dans chaque profession. La spécificité du psychomotricien se fonde dans la manière dont on use de ce langage corporel.

L'engagement du psychomotricien dans la relation fait que « *la relation thérapeutique ne peut pas être une neutralité bienveillante* [55]» comme l'exprime Olivier MOYANO. C'est au contraire une **relation d'implication**. La relation d'implication en interdit la neutralité, la personne doit pouvoir utiliser le thérapeute et en jouer avec plaisir ou déplaisir.
Au sein de cette relation où **le thérapeute est pris dans le système relationnel** de son patient mais **actif dans les interactions**, le patient exerce tant ses capacités motrices que psychiques avec le psychomotricien. Pour Catherine POTEL, « *La médiation corporelle se voit ainsi fondée sur l'invitation et l'engagement dans l'interaction corporelle à l'éprouvé d'un corps en relation* [56]».

Pris de cette relation, le psychomotricien **s'investit corporellement à l'autre,** dans le jeu, dans le toucher, dans l'action partagée, le psychomotricien va s'impliquer et faire de « l'ensemble », de l'interaction, de la relation. Le corps ne s'intègre qu'à partir d'expériences où on s'occupe du corps dans l'interaction avec un autre qui s'efforce de traduire, d'interpréter et donner du sens aux évènements du corps. Ce mode d'approche, d'investissement génère des modifications comportementales que ce soit dans n'importe quelle relation et pour n'importe quelle population que j'ai pu rencontrer.

Nous ne travaillons **pas avec le corps** mais **sur le corps**, ce corps condamné à apparaître dans la

[54] « Identité et fonction du psychomotricien » Thérapie psychomotrice N°162, DESOBEAU F.
[55] « Psychomotricité », MOYANO O dans le mémoire « Psychomotricien : une posture impliquée ? », de DELACOTE A.
[56] « Psychomotricité : entre théorie et pratique », POTEL C., p31

relation. C'est bien le corps en relation qui est la base de la thérapie psychomotrice, pour peu que le psychomotricien s'y laisse impliquer suffisamment pour accepter d'être utilisé comme un « médium malléable ». Mais tout en se laissant glisser dans cet espace, il n'en exerce pas moins sa capacité à penser et être affecté dans sa propre subjectivité. Peut-être que le psychomotricien devra « *se subordonner son intérêt pour l'objet médiateur à ses propres possibilités de se laisser être utilisé voire détourné de son utilisation initiale* »[57].

☞ *La disponibilité et l'écoute* :

Cette implication n'est possible que part une grande **disponibilité** de la part du psychomotricien. Elle autorise la personne à vivre les conflits dans son corps avant de les intérioriser et dans un autre temps de les expliquer. Le corps est le lieu de l'histoire de chacun, de la mémoire corporelle, de nos premières expériences d'être. Un trouble du comportement, s'il est lié à un conflit interne, va pouvoir être vécu, puis intériorisé, et enfin mentalisé, grâce à la disponibilité et l'implication du psychomotricien.

Benoît LESAGE souligne l'importance de **l'écoute** dans le travail du psychomotricien, il qualifie celle-ci d'une « *qualité d'attention beaucoup plus qu'une modalité sensorielle précise*[58] ». L'écoute sensible du corps va être un moyen d'analyser les signaux corporels émis par le patient. C'est « *une écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mot*[59] ».

Etre à l'écoute c'est aussi reconnaître les désirs et les besoins du patient. Une attitude d'écoute et de disponibilité va pouvoir diminuer l'expression de troubles du comportement. Prenons l'exemple de ce que la gérontologue Geneviève DEMOURS appelle les besoins du malade Alzheimer :

- **D'être reconnu** : en tant qu'homme ou femme, reconnu dans son identité, dans sa famille, sa place, dans son statut de malade, c'est aussi médiatiser les rencontres **;**
- **D'être rassuré** : tout ce qui est altération visuelle ou auditive, favoriser le calme, éviter la télé, la musique, accompagner les gestes avec les mots, respecter la pudeur et l'intimité, rassurer face au questionnement devant la mort ;
- **D'être entendu** : écouter le discours, dans les angoisses, dans les envies de bouger, de demander, de déranger, dans les désirs de relation, dans leur refus, dans leurs souvenirs **;**
- **D'être contenu** : un environnement suffisamment bon (WINNICOTT), comportement adapté, rassurant, bienveillant, ne pas nier les comportements des uns et des autres, quand c'est possible et nécessaire une contention médicamenteuse ;
- **D'être réanimé** : dans la rencontre et l'écoute des désirs, dans les rassemblements, dans la mise en place d'activités psychosociales.

[57] « La psychomotricité relationnelle », GATECEL A., p35
[58] « Quand le corps parle de soi-même… et à l'autre », Thérapie psychomotrice, LESAGE B., p122
[59] « Psychomotricité : entre théorie et pratique », POTEL C., p56

☞ L'étayage :

L'étayage comprend trois dimensions : celle du **modèle**, celle de **l'appui** et celle de la **reprise transformatrice**[60]. Autrement dit le patient peut prendre le psychomotricien comme support sans être dans la reproduction du même. En effet en psychomotricité nous sommes dans un processus de soutien qui n'amène pas qu'à **dupliquer** mais aussi à **différencier.** L'intérêt n'est pas que le patient reproduise un geste, un comportement, une émotion mais plutôt qu'il retrouve « *une capacité à produire du fantasme ou du symbole à partir d'une expérience corporelle partagée*[61] ». Le psychomotricien va pouvoir donc servir de modèle sans que ce soit un objectif, il n'est pas dans un processus « normatif » de l'individu. Mais le sujet va pouvoir prendre appui sur le psychomotricien pour modifier son comportement et particulièrement quand celui-ci pose problème ou cause de la souffrance.
A la différence, **l'identification** a un double sens : reconnaître le même et rendre ou faire le même. C'est un processus psychique inconscient, il n'est ni la base du travail, ni un objectif en psychomotricité. De par son engagement corporel dans les activités avec le patient, le psychomotricien se prête inévitablement comme objet d'identification même s'il ne se présente pas comme modèle identificatoire.

⇨ L'implication du psychomotricien potentialise les effets thérapeutiques de la relation en agissant sur l'inconfort qu'un comportement inconscient ou automatique peut susciter. Dans l'action partagée, l'engagement du psychomotricien, va être à l'origine des processus bénéfiques qui émanent de la relation thérapeutique. Par son approche contenante, par l'engagement tonico-émotionnel du thérapeute, par sa fonction de pare-excitation, cet engagement constitue alors un moteur à la thérapie contribuant à réduire l'expression de troubles du comportement.
La présence corporelle va être physique, elle va être support, c'est aussi maintenir, toucher, contenir, porter, parler. Le psychomotricien doit avoir une attitude fondamentale d'écoute, d'attention où les ajustements corporels jouent un rôle primordial.

Le psychomotricien s'implique dans la relation et en même temps il a cette capacité à se dégager de l'expérience vécue, lire ce qu'il se passe, avoir du recul, un regard sur la situation. En effet, le psychomotricien conjugue une implication globale dans la relation et une observation objective du sujet en se plaçant extérieure à l'expérience. A partir de là, le psychomotricien va pouvoir moduler son cadre en fonction des situations par ses ajustements corporels.

[60] Ibid
[61] « Thérapie psychomotrice : enjeux de la relation en psychomotricité » N° 175 ROBINEAU C., p15

3. L'ajustement corporel :

Le psychomotricien, à travers son **langage corporel**, sent, écoute, regarde, adopte une certaine attitude. Il contient, relâche, se rapproche, s'éloigne. Il attend, il se tait : silence verbal émotionnel, gestuel, disponible à ce qui vient de l'autre. Dans le vide ou le plein, dans le rien ou le quelque chose, il va reconnaître la personne, s'ajuster aux difficultés comportementales du sujet.

Dans la relation, il s'agit de se laisser guider par ce mode de communication privilégié qui passe par le corps, avec un abord thérapeutique sans cesse réinventé. Le psychomotricien a pour visée de permettre au patient d'exister corporellement dans la relation à l'autre[62]. Ce qui aura ainsi pour conséquence de remanier la dynamique en soi et à l'environnement.

L'ajustement du psychomotricien s'opère à tous les niveaux, « *Pour Babette Rotschild (thérapeute psychocorporel) il s'agit de travailler avec les données musculaires, posturales, comportementales, gestuelles, et sensorielles en respectant la distance corporelle propre à chaque patient, et en évitant ce qui pourrait être vécu comme une intrusion dans son champ corporel*[63] ». Dans son implication avec le sujet, il va devoir moduler sa posture, son attitude, les notions d'espace, de temps, de distance et user de sa communication non verbale comme de la verbalisation.

3.1 Posture et attitude :

Au-delà de ses caractéristiques anatomiques, physiologiques et émotionnelles, la posture est, d'après la psychomotricienne Agnès SERVANT-LAVAL, *« une façon de se tenir, une façon d'être, et désigne également une situation ou une manière de se comporter, corporelle aussi bien que psychique*[64] ».

Le tonus constitue le fondement même de la posture. Il peut être envisagé de trois manières, en fonction de leur niveau d'intensité et par leur fonction mais néanmoins très intriqués : le tonus de fond, de posture et d'action. **Le tonus postural** *« représente l'activité tonique minimale permettant le maintien des « mises en formes corporelles » (posture) et de leur équilibre. Il est alors lié à la vigilance et à l'éveil, dans une influence réciproque, intervenant dans la régulation de l'activité perceptive* [65]». L'ajustement postural est essentiel dans la qualité de présence à l'autre notamment quand son comportement implique une posture particulière de la part du psychomotricien (droite, relâchée).

C'est notamment par l'ajustement de ce tonus postural dans la relation que peut s'instaurer un dialogue tonique. Les émotions sont une formation d'origine posturale et ont pour étoffe le tonus musculaire.

[62] « La psychomotricité relationnelle », REIGNOUX C., p42
[63] « Les sensorialités en psychanalyse », VANDENBROUCKE E., p73-81 dans le mémoire « Psychomotricien : une posture impliquée ? », de DELACOTE A.
[64] Ibid
[65] Ibid

D'après le concept de **dialogue tonico-émotionnel** (Cf. p29) : par un dialogue tonique, une accommodation réciproque et des ajustements posturaux se mettent en place progressivement et peuvent permettre de diminuer l'expression de comportements gênants, ou envahissants.

Mr B est un résident de l'EHPAD qui vient quotidiennement au PASA. Il est en fauteuil roulant avec une stomie, c'est-à-dire qu'une poche externe récupère ses urines et ses selles. Ce Mr est presque mutique, sauf quand il exprime ses douleurs. Il crie alors continuellement des phrases comme « *j'ai mal au dos* » ou « *aidez-moi* », son visage est très expressif, témoignant sa souffrance. Un jour, à la fin du repas, Mr B s'est mis à hurler sans cesse : « *j'ai mal aux fesses* ». Je décide de m'assoir en face de lui, je lui parle calmement mais mes mots ne suffisent pas à l'apaiser. Je pose alors mes mains sur ses genoux et ferme les yeux. Mr B s'est tu presque automatiquement, je le vois alors détendre son visage très crispé par la douleur. Il finit par me dit avant de s'endormir : « vos mains chaudes sur mes genoux, ça me fait du bien ». En voyant que la communication verbale ne fonctionnait pas, j'ai ajusté ma posture et par le contact et le dialogue tonico-émotionnel, Mr B a pu se détendre et diminuer ses agitations.

3.2 La communication :

La communication se traduit par « *le processus par lequel une personne émet un message et le transmet à une autre personne qui le reçoit avec une marge d'erreurs possibles*[66] ». Cette marge d'erreur correspond à la **qualité d'émission, de réception** du message ou encore **le canal** par lequel le message est transmis. Le psychomotricien doit proposer un message clair, compréhensible, recevable, adapté au patient et doit connaître ses capacités à recevoir un message ainsi que le canal à utiliser.

Le **thérapeute accompagne** le patient dans son discours en-deçà ou au-delà du verbal. La disponibilité du thérapeute lui permet la **résonnance du discours**, ainsi il va donner du sens, aller du réactionnel à l'expression dans le lien de l'un à l'autre. La communication va donc non seulement être un moyen d'entrer en relation mais d'échanger verbalement et corporellement des informations quelle qu'elles soient. L'un communique sa plainte à travers l'anxiété, l'agitation, l'errance, l'autre disponible et à l'écoute, reçoit le message qu'il soit dit ou agit.

Le langage corporel, la communication non verbale font partis des ajustements principaux du psychomotricien. Notre corps dit toujours quelque chose, c'est un puissant indicateur qui fait passer des informations inconscientes. Les signes corporels sont des manifestations de l'état émotionnel, il faut donc être vigilent à ce que, dans la relation avec le patient, le psychomotricien ne transmette pas son état émotionnel si celui-ci n'est pas propice au soin. Les mimiques faciales, la gestuelle, le regard, les sens, l'attitude générale, la prestance vont pouvoir étayer et réguler les comportements dans la prise en charge d'un patient. Un patient schizophrène fermé à tous dialogues par exemple, va pouvoir s'appuyer

[66] Site : « Trésor de la langue française informatisé »

sur l'attitude, la respiration du psychomotricien calme et à l'écoute. Le silence peut aussi être un moyen de communication efficace dans ce cas de figure lui laisser l'espace, le temps, diminuer les stimulations sensorielles pour le laisser se recentrer et se canaliser.

Le regard est une modalité essentielle de la communication non verbale, il permet de **lier, signifier, maintenir** le sujet lui prodiguant l'énergie du thérapeute. Cette relation se fonde sur un **regard positif** à l'égard de la personne. Elle peut être génératrice, pendant la séance, et pour les deux individus, **de plaisir**, **de gaieté** ou de **joie**. A travers le regard, on **accepte aussi d'être vu.** Malgré toute la bienveillance possible, parfois, le regard peut être très intrusif et générer de la gêne, de l'anxiété, il est donc à manier avec précaution.

Une résidente de l'unité protégée de l'EHPAD, Mme G, est une femme qui déambulait énormément avant qu'elle ne soit placée en fauteuil roulant. Maintenant, dans des mouvements corporels continus avec le buste légèrement penché sur son côté gauche, elle essaye d'attraper chaque personne qu'elle croise. Dans un mouvement affectueux elle cherche à leur faire une étreinte. Elle fixe du regard avec insistance, ne cligne pas des yeux et semble presque vouloir incorporer l'autre. Mal à l'aise au début, j'ai su soutenir son regard très expressif par la suite et sans forcément parler des échanges ont pu se faire entre elle et moi.

Le langage se superpose au dialogue corporel. **Le dialogue** chez l'adulte est venu prendre une place importante dans ce lien à l'autre, à soi-même et donc dans le lien à son corps. Le dialogue va être un moyen de mettre des mots sur la souffrance des symptômes comportementaux. On va ainsi pouvoir se faire entendre, expliquer que l'on a entendu la plainte, expliquer aussi ce que l'on va faire ou mettre en place pour soulager cette gêne ou cette douleur. L'utilisation adaptée du langage apaise, canalise, recentre, rassure.

Les transferts du fauteuil à la baignoire pour les séances de bain thérapeutique se font à l'aide d'un « filet » peu pratique et très inconfortable. Mme M a une tige métallique dans la jambe ce qui incommode les manipulations au moment du transfert. A ce moment, Mme M s'agite, elle peut parfois crier mais le fait de lui expliquer que ce n'est que passager, que nous essayons de la soulager le plus possible, de lui demander comment elle va, la tranquillise énormément.

Face à des comportements de plaintes répétitives, d'agitation verbale ou autre, sans dénier une souffrance possible, il importe de voir ce que le discours recouvre comme régression ou comme angoisse. Pourquoi le discours est si répétitif ? Cela veut dire que nous sommes incapables de comprendre sa souffrance ?

Mme S, de l'HJ, souffre d'un trouble bipolaire, elle est anxieuse et dépressive. Elle me donne l'impression d'une petite fille perdue. Lors d'un entretien, auquel j'ai pu assister, entre le cadre et cette femme, Mme S raconte son histoire d'amitié avec une autre patiente qui me fait penser à des amitiés d'enfants. Elle ne tolère pas que son amie puisse voir d'autres personnes la poussant à « *la rupture* », tant la souffrance est insupportable. Dans un discours très rassurant et compréhensif, le cadre a su trouver les mots pour exprimer ses ressentis et apaiser les tensions. De plus lui offrir cet espace de parole lui a permis, peut-être, de mettre des mots sur ses émotions, ses sensations et éclaircir la situation.

3.3 Espace et temps :

Le temps et les rythmes sont des paramètres qui influencent la relation. Le respect du rythme de la personne aura un impact sur son comportement. La notion de temps est particulière notamment chez des patients en EHPAD pour qui la mort est une question très présente et récurrente. En psychomotricité, nous avons la particularité de pouvoir prendre notre temps, laisser la personne aller à son rythme. La sur-stimulation peut être à l'origine de troubles du comportement d'où l'importance de ne pas le négliger.

Notre manière d'occuper **l'espace** est un marqueur de notre identité. Les ajustements spatiaux concernent la distance psychique et corporelle mais aussi les aménagements environnementaux, le cadre. Un espace rassurant, calme, à l'intérieur duquel la personne se sent en sécurité et apaisée va pouvoir permettre d'atténuer certains comportements.

Mr T est un ancien médecin militaire, qui ne supporte pas les infirmiers et encore moins les infirmières. Il est à l'HJ pour des troubles neurologiques (spasticités au niveau des jambes) et des troubles psycho-affectifs. Intolérant à la frustration, il peut parfois se montrer très agressif notamment au moment du repas quand il n'est pas servi immédiatement et en grande quantité. La disposition des plats et sa place à la table ont été pensés et réfléchis de manière à ce que lui et les autres patients puissent vivre le repas dans un climat serein et agréable. L'aménagement de l'espace, du cadre permet de diminuer les comportements agressifs de Mr T.

3.4 Distance :

L'écoute et le respect de la singularité du patient se fait aussi par le **respect de la distance** qui lui est propre. Le psychomotricien s'ajuste à cette distance qui n'est, ni fixe, ni contrainte. En fonction de ce qu'il perçoit du patient, le psychomotricien va pouvoir rechercher une distance qui lui permette d'être là, en relation, mais sans envahir.

L'anthropologue Edward HALL a montré que chacun de nous avait une surface, **une zone émotionnellement forte, un périmètre de sécurité individuel**. Il différencie la distance publique, sociale, personnelle et intime. Ces distances varient en fonction de la culture, de l'âge, de la personnalité, de la pathologie. Dans la relation ses sphères se croisent, s'entrechoquent, s'emmêlent mais toujours dans les limites de la tolérance et de l'acceptation de chacun.

Dans les premières rencontres avec un patient, on essaye, se risque, s'éloigne, s'approche pour mesurer et doser l'écart nécessaire et suffisant, tout en restant dans un **sentiment de sécurité interne**. Tous ces ajustements se font au cas par cas en fonction de ce que le patient tolère de nous et ce que nous sommes capable de tolérer.

La distance peut varier et aller jusqu'au toucher. Le toucher est un outil de communication très utilisé auprès des personnes âgées et particulièrement dans le cas de démence. Par la fonction du dialogue tonico-émotionnel, il va permettre de pallier par moment à la désorientation, à l'anxiété pour revenir à une communication plus archaïque à partir du corps.

En revanche il est à manier avec grande précaution chez des adultes en psychiatrie. Le contact passe toujours par un médiateur. Le respect des distances est un point clé dans la régulation des comportements. S'isoler et mettre à distance l'autre, va permettre de diminuer les flux sensoriels et les interactions responsables souvent d'agitation, d'angoisse, de retrait social ou autre.

II. ELEMENTS DE REPONSE

Pour un bref récapitulatif de ce que nous avons abordé jusqu'ici nous allons voir quelques points essentiels de la réponse à la problématique.

Nous avons pu voir ce que représentent **les troubles du comportement** notamment ceux que j'ai pu rencontrer au cours de mes stages. La manière dont ils s'expriment, leurs causes, leurs conséquences, les répercussions, la manière d'appréhender ces troubles.

Puis par des apports théorico-cliniques nous avons abordé la question de la relation thérapeutique psychomotrice. En effet, l'**alliance thérapeutique** s'amorce à partir de la mise en place du **cadre**. Le psychomotricien va ainsi pouvoir recevoir et accueillir tous **les mouvements relationnels**, ces allers-retours qui unissent le psychomotricien et son patient. Au moyen **d'outils**, il se lance à la **rencontre** et à la découverte du sujet. Il cherche à déchiffrer et interpréter au mieux **ses comportements**, son vécu, ses ressentis, ses perceptions, ses représentations, son développement psychomoteur, sa demande, sa souffrance.

Enfin nous avons vu que la **manière d'être en relation** du psychomotricien par son approche contenante, d'implication, d'ajustement pouvait répondre à la problématique de certains troubles du comportement. Les **savoirs, savoir-faire et savoir-être** ainsi que l'attention particulière aux manifestations corporelles, vont permettre au psychomotricien de proposer un accompagnement et un soutien au plus près des attentes, des désirs et des besoins du patient. L'**implication corporelle** et la disposition du psychomotricien qui se caractérise par son extrême sensibilité à l'égard des comportements du patient, va permettre d'étayer la personne dans son évolution. Par ses **ajustements corporels** le psychomotricien va intervenir, de la manière la plus adaptée qu'il soit, face à la **souffrance** que **le trouble du comportement** peut engendrer.

Nous allons illustrer ces propos à travers deux rencontres : Mme R atteinte de démence, résidante à l'EHPAD où j'ai fait mon stage expérimental ; puis Mr A patient schizophrène que je rencontre à l'HJ. Ces deux personnes que tout oppose au niveau de l'âge, du sexe, de la pathologie, présentent tout d'eux des troubles du comportement. Ces deux prises en charge m'ont beaucoup questionnées, me poussant à m'ajuster et moduler mon approche en psychomotricité.

III. ETUDE DE CAS DE MME R

1. *Mon stage* :

Durant mon stage en EHPAD, j'ai suivi une psychomotricienne au sein du Pôle d'Activités et Soins Adaptés (PASA). J'ai pu appréhender le secteur de la gérontologie durant la première partie de l'année et poursuivre par un stage expérimental à travers des séances de bain thérapeutique.
J'ai ainsi, fait la rencontre de Mme R. C'est une résidente que j'ai observé dans ses activités journalières au sein du PASA et que j'ai pu suivre dans mes prises en charge individuelles. Mes observations et interrogations autour de cette résidente m'ont amenée à présenter cette étude de cas.

2. *Anamnèse* :

Mme R est âgée de 95 ans. Elle est l'aînée d'une fratrie de quatre enfants, deux frères et une sœur qui décède à deux ans d'une épidémie virale. Elle évoque une enfance heureuse.
Après une scolarité sans difficultés, elle obtient son certificat d'étude, puis son brevet supérieur et intègre l'école normale des instituteurs. Elle devient alors institutrice. C'est une élève brillante, elle aurait voulu continuer ses études mais son père a refusé.
A 55 ans elle prend sa retraite, et vit alors avec ses parents dont elle s'est occupée jusqu'à la fin de leur vie. Mme R n'a jamais eu d'enfants, sa nièce est sa personne de confiance et lui rend visite tous les jeudis.

Au début du mois de décembre 2013, sa nièce retrouve Mme R allongée devant sa maison à la suite d'une chute. Ces derniers temps elle s'alimentait peu et pouvait parfois mélanger les médicaments. Elle est hospitalisée à l'hôpital Pellegrin pendant une semaine et en vue d'examens neurologiques normaux Mme R rentre chez elle. Elle bénéficiera d'aides à domicile en raison de sa perte d'autonomie.

Quinze jours plus tard Mme R chute à nouveau et se fracture le col du fémur le 20 décembre 2013. Elle est hospitalisée à l'hôpital Robert Picquet et se retrouve en maison de rééducation à Léognan où elle tombe une troisième fois et se brise de nouveau le col du fémur. Après un second séjour à Robert Piquet, Mme R sera admise à l'EHPAD.

3. *Son arrivée à l'EHPAD* :

Dès son arrivée, Mme R rencontre la psychologue de l'établissement qui lui fait passer le MMSE (Cf. p23) dont elle obtiendra le résultat de 18/30. Un résultat qui tend à montrer l'existence d'un trouble cognitivo-mnésique confirmé, dans le dossier médical, par un diagnostic de démence. La psychologue note en effet, chez Mme R, des troubles cognitifs, une perte d'autonomie et des confusions. Cependant elle la décrit comme une personne sociable, qui aime communiquer avec une bonne compréhension.

A l'évaluation de l'Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR), Mme R est évaluée GIR 1. La grille AGGIR est un outil de mesure de l'autonomie dans toutes ses dimensions, à travers l'observation des activités qu'effectue seule une personne âgée. Dix activités, dites « variables discriminantes », sont évaluées : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur du logement ou de l'institution, les déplacements à l'extérieur, la communication à distance. GIR 1 correspond à une catégorie de personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent la présence continue d'intervenants.

En ce qui concerne son adaptation au sein de l'EHPAD, Mme R investit bien les lieux, s'adapte au personnel soignant et aux autres résidents. Elle semble s'être assez vite accommodée au rythme de l'institution et intègre rapidement le PASA qui s'avère adapté à sa situation.

4. *La rencontre :*

Je rencontre pour la première fois Mme R au PASA. Ce lieu permet d'accueillir dans la journée des résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques y sont proposées. Quand j'arrive, elle est déjà assise autour de la table avec les autres résidents. Je vois une petite femme très maigre (32 Kg), aux cheveux blancs et raides avec de grands yeux bleus rieurs. Elle me donne l'impression d'être très fragile risquant de se casser à la moindre manipulation. C'est une femme joyeuse, souriante, volubile. Pour ma première expérience auprès des personnes âgées, il m'a été plus facile de me diriger dans un premier temps vers une personne expressive et communicante. Je m'approche, lui sourit, elle se lance spontanément dans un monologue ponctué de mimiques faciales et d'intonations. Son discours est très coloré. Elle ressasse les souvenirs de son passé d'enseignante et de la guerre. C'est une femme qui a beaucoup d'humour, elle ironise sur sa situation de célibataire en se qualifiant de « vieille fille ». Je trouve son contact facile et agréable, je passe une bonne partie de la matinée avec elle et je continuerai d'aller la voir régulièrement tout au long de mon stage.

Mme R présente des troubles mnésiques, questionne régulièrement sur sa présence ici. Son discours reste plutôt cohérent, elle utilise un vocabulaire clair et adapté. En effet Mme R est atteinte d'une démence qui par l'altération des capacités mnésiques entraîne une désorientation et une perte de repère. La psychologue Karyne DUQUENOY SPYCHALA fait un lien à ce sujet avec l'anxiété et explique le fait que cette dernière « *augmente notablement lorsque la personne est confrontée à des nouveautés, des modifications de l'entourage ou de l'environnement* » et que « *tout changement de repères risque d'aggraver les troubles*[67] ». En effet, l'étiologie de l'anxiété dans la démence concerne généralement les maladies somatiques intercurrentes, la dépression et les facteurs environnementaux. On compte les attitudes et interactions avec l'entourage, les manifestations d'inquiétude, les surprotections, les demandes trop exigeantes par rapports aux capacités de la personne, les attitudes agressives manifestes ou déguisées. En revanche l'évolution de la démence n'est pas corrélée avec le niveau d'anxiété[68].

Mme R est en fauteuil roulant. Le médecin m'explique que les raisons pour lesquelles l'établissement prend la décision de mettre un résident en fauteuil roulant sont : soit dans le cadre d'un syndrome post-chute, soit dans celui d'un risque pour la personne de se blesser ou de chuter. Le syndrome post-chute est caractérisé par l'apparition suivant une chute chez une personne âgée, d'une diminution des activités et de l'autonomie physique et d'un ensemble de troubles psychologiques, de la marche et de l'équilibre.
Or Mme R est très investie au sein du PASA, elle participe à la plupart des ateliers et malgré ses capacités physiques et ses antécédents elle conserve une bonne autonomie et d'assez bonnes capacités psychomotrices. Je le remarque notamment dans les ateliers de gym douce au niveau de la motricité globale, la coordination et dissociation des membres inférieurs et supérieurs. Ainsi que pendant les ateliers mobilisant la motricité fine comme la peinture ou l'équeutage de la lavande, je remarque que ses doigts sont rigides mais qu'elle réussit à mettre en place des stratégies palliatives, elle s'adapte pour pouvoir réaliser la tâche.
Dans le cas de Mme R, sa fragilité osseuse et musculaire et ses antécédents de chutes et de fractures la fragilisent énormément ce qui explique l'utilisation du fauteuil roulant pour les déplacements dans un souci préventif.

5. *Son évolution* :

Après la fin de mon stage de gérontologie, je reviens dans l'établissement un mois plus tard pour commencer mon autre stage. La situation de Mme R a bien changé. Elle ne mange pratiquement plus, elle est totalement dénutrie, son visage est creusé et terne. Le moindre mouvement la fatigue. Elle a un comportement apathique. Ce comportement concerne 50% des sujets surtout dans la phase initiale de la

[67] « Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer », DUQUENOY SPYCHALA K., p35
[68] Ibid p5

démence[69]. J'observe une diminution de l'intérêt pour les interactions sociales, pour les activités ou les soins personnels, un manque d'énergie pour lire le journal ou boire son café, une perte d'élan vital, une diminution des capacités fonctionnelles et cognitives et une perte de l'autonomie. Ces modifications peuvent être expliquées par l'évolution de sa dégénérescence neurologique ou par une dépression souvent sous diagnostiquée chez la personne âgée. « *Les syndromes dépressifs sont très courant chez les personnes atteintes de démences et cette comorbidité aggrave les déficits fonctionnels et accroît les comportements anormaux*[70] ». La prise de conscience des troubles cognitifs et de leurs conséquences fonctionnelles, les modifications des relations avec l'entourage ou les changement des conditions de vie peuvent précipiter un épisode dépressif majeur se caractérisant souvent par des troubles du comportements[71]. D'après le DSM V, la dépression comprend en effet une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir, un changement de poids, de sommeil, une agitation psychomotrice, de la fatigue et une perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité inapproprié, des difficultés à penser ou à se concentrer ainsi que des pensées de mort récurrentes.

Quand je parle à Mme R, son discours est alors ralenti, moins cohérent, elle utilise un mot pour un autre. Elle me montre assez vite qu'elle est fatiguée, qu'elle veut se reposer, elle me répète qu'elle ne veut pas me déranger et clos la discussion en disant « merci madame ».
Je remarque que Mme R est agitée. Il s'agit du syndrome le plus persistant au cours de l'évolution démentielle. Les recherches étiologiques de l'agitation portent sur les facteurs environnementaux (isolement, interaction sociale) et neurobiologiques (les sujets agités seraient plus sensibles à la noradrénaline, une réduction des récepteur 5-HT et de la fonction sérotoninergiques). J'observe également de plus en plus de mouvements anormaux. Ses mouvements du visage et de la tête que je prenais pour des « mimiques » se sont désormais amplifiés et automatisés. D'après une consultation neurologique ces mouvements anormaux sont des dyskinésies bucco-linguales. La dyskinésie désigne une activité musculaire anormale entraînant des mouvements involontaires lents et stéréotypés. Ils apparaissent souvent au stade avancé de la démence, surtout chez les sujets immobilisés[72]. Les mouvements de Mme R sont en effet cycliques : elle regarde derrière, lève les yeux au ciel, ouvre grand la bouche d'une manière assez répétitive.

Les examens neurologiques ne permettent pas d'en déceler la cause mais émettent la possibilité d'une manifestation s'intégrant dans le cadre de la dégénérescence cérébrale progressive.

On découvre cependant que Mme R souffre de plusieurs ulcères à la langue. Elle parle souvent de ses douleurs aux dents, à la bouche. Je ressens une grande souffrance de sa part. Je me demande alors si la

[69] Ibid p29
[70]« Dépression et démence ? Comment aborder l'évaluation du patient THORPE L., p2
[71] Ibid p151
[72] Ibid p28

douleur ne pourrait pas aussi être responsable de ces mouvements anormaux. Ou encore, si ces mouvements ne pourraient pas être à l'origine de sa souffrance.

Mme R ne fait plus la sieste, dès qu'elle ferme les yeux, elle les ouvre immédiatement et se plaint de ses douleurs. Il est devenu plus difficile pour moi de discuter avec elle tant ces mouvements sont devenus envahissants. Elle est enfermée dans sa gestualité, ça l'épuise et l'empêche de réaliser toute autre activité.

J'interprète aussi ces mouvements comme une lutte pour se maintenir animée. J'ai pu observer que dans les transferts où quand il y a une grande agitation autour d'elle, Mme R est plus logorrhéique, elle s'agite, regarde partout. Je me demande alors si cette manifestation motrice ne serait pas la manifestation d'angoisses, peut-être d'angoisses de mort du fait de la baisse de ses capacités fonctionnelles et relationnelles. Dans ce contexte où la communication verbale est un obstacle, son corps se met à exprimer ce qu'il devient impossible de dire.

Je ressens une grande fatigabilité, un besoin de se reposer, de se détendre mais ses mouvements l'interrompent sans cesse et l'empêchent de se laisser aller. Il y a comme une ambivalence entre ces deux états. Comme si ces mouvements étaient en quelque sorte le seul moyen de se sentir exister, animée, de se maintenir en vie.

6. *En psychomotricité* :

☞ ***Le bilan*** :

En vue de mes observations et du comportement de Mme R, j'envisage une prise en charge en séance de bain thérapeutique. Je lui fais donc passer l'EGP (Cf. p23). La passation du bilan a pu être faite en 2 fois 45 minutes. Malgré tous les moments passés avec Mme R, ces temps de passation furent les premiers que je passais avec elle en individuel. La relation était déjà bien établie, l'alliance thérapeutique a pu peu à peu se mettre en place.
Étant donné son état actuel, je m'attendais à des résultats bien en dessous de la moyenne, mais Mme R s'est révélée, pendant les deux cessions, tout à fait cohérente, peu perturbée par son agitation motrice, bien dans l'interaction. Elle comprenait les consignes, les réalisait pour la plupart sans grandes difficultés, très appliquée et soigneuse, elle riait de sa maladresse et s'inquiétait de ses résultats. Une rigueur et une exigence qui laissent entendre une volonté de bien faire ou de bien se faire voir. Adam SMITH explique que « *vivre sous le regard d'autrui implique d'être jugé en permanence or cette situation ne serait*

pas soutenable si on n'avait pas un désir de plaire à autrui qui se traduit par la quête de son approbation[73] ».

- Je relève une plus grande amplitude au niveau des membres inférieurs, une moins grande résistance tonique. Mme R est dans un contrôle tonique postural au niveau du haut du corps, des difficultés à relâcher ses membres supérieurs (principalement le membre gauche) même avec les yeux fermés. J'observe des paratonies, des anticipations et des accompagnements dans la mobilisation.
- La motricité fine de Mme R est mise à l'épreuve par une arthrose qui la gêne dans les habiletés fines, dans la réalisation d'activités mettant en jeu la dextérité manuelle comme boutonner, déboutonner, ramasser une pièce. En revanche je constate une bonne coordination bi-manuelle et oculo-manuelle.
- Au niveau praxique ses mouvements sont fluides, elle ajuste sa posture et son tonus, elle anticipe ses mouvements, et utilise des stratégies pour les réaliser.
- Mme R a une bonne intégration de son schéma corporel, elle connaît et sait discerner les différentes parties de son corps, elle a intégré la position de ses différents segments dans l'espace.
- Sur le plan cognitif, Mme R a de bonnes capacités d'attention mais de grandes difficultés mnésiques liées à sa pathologie. La mémoire perceptive et verbale immédiate est altérée. Alors qu'elle conserve de bonnes capacités perceptives au niveau auditif, visuel et tactile.
- Je m'attendais à une grande désorientation spatio-temporelle en lien avec son âge et ce que j'ai pu remarquer mais Mme R conserve de bons repères spatiaux. En revanche, j'observe un peu plus de difficultés en ce qui concerne le repère temporel, elle garde cependant quelques mémoires de dates, sait lire l'heure, connaît les jours de la semaine et les mois de l'année.
- Au niveau de la communication verbale, Mme R débute souvent ses phrases par quelques mots cohérents puis se perd dans un monologue éparpillé et confus. Elle est très expressive ce qui enrichie sa communication para-verbale et non verbale.

Je pense alors que cette prise en soin serait parfaitement adaptée. L'objectif étant de favoriser la détente et le bien-être (diminuer ses angoisses), soulager les contraintes (douleurs, dyskinésies) et tensions corporelles (contrôle tonique postural du haut du corps et du membre inférieur gauche, fracturé à deux reprises), renarcissiser Mme R en travaillant sur l'image du corps, sur la prise de conscience des limites corporelles. Tenter de restaurer l'estime de soi, favoriser la communication verbale et non verbale et toute la sphère relationnelle.

[73] « L'empathie, l'alliance thérapeutique et leurs implications », SMITH A., p4

☞ ***La prise en soin*** **:**

Je décide de l'amener, pour la première fois, dans la salle de balnéothérapie, aménagée dans une recherche de stimulation sensorielle, pour qu'elle découvre le cadre, s'imprègne du lieu et de l'atmosphère.

Aujourd'hui, Mme R n'est pas en forme, elle se sent fatiguée, faible, il y a peu d'interaction entre nous. A peine arrivée dans la salle elle pousse un grand soupir et dit « *oh mais quelle chaleur, ça fait du bien* ». Elle observe toutes les lumières, rapproche son fauteuil spontanément près du bain pour y tremper ses mains. Elle sursaute en la touchant tellement la différence entre la température du bain et de ses mains est grande. Je la vois peu à peu se détendre. Son visage s'adoucit, elle ferme les yeux baisse les épaules et dépose sa tête contre le dossier de son fauteuil. Elle se réveille par moments en sursaut comme pour ne pas trop lâcher prise. Je lui propose un massage des mains, qu'elle accepte, je décide de commencer par son membre gauche, le plus tonique. Je me rends compte de la difficulté que j'éprouve à lui masser la main, il n'y a presque pas de muscles, ses veines et ses tendons très apparents ressortent, j'ai peur de lui faire mal. Je trouve que mon massage ressemble plus à des caresses. Au bout d'un moment, elle relève la tête et me demande d'arrêter, de la laisser tranquille. Je pense alors qu'elle a pu ressentir tout ce qui me dérangeait, me questionnait, comme le défini Julian de AJURIAGUERRA dans le concept de dialogue tonico-émotionnel (Cf. p29)
Je m'écarte donc, je me place à côté d'elle sans rien faire. Elle s'allonge complètement dans son fauteuil. Ses mouvements ont alors totalement disparu et elle s'endort. Le fait d'être là, en présence, dans ce cadre rassurant, apaisant, chaud, peut-être dans un « *environnement suffisamment bon* » pour reprendre les termes de Donald WINNICOTT lui a permis de se détendre, se relaxer et ne plus être parasitée par ses mouvements envahissants. Quelques minutes plus tard elle se réveille et me demande de la ramener, parce qu'elle souhaite aller dormir.

La fois suivante, en arrivant à l'EHPAD le médecin m'apprend que Mme R, a dû se faire amputer de sa jambe gauche à cause d'une thrombose artérielle qui a entraîné une ischémie (qui correspond à la diminution de l'apport sanguin artériel à un organe). Il ne lui reste donc que le haut de sa cuisse. Le médecin me fait part de ses questionnements à propos d'un éventuel syndrome de glissement. Ce syndrome survient typiquement chez un sujet âgé aux antécédents médicaux chargés et dont l'état somatique déjà précaire a été fragilisé par un épisode somatique aigu. S'installe rapidement une altération de l'état général majeur avec déshydratation, dénutrition et les troubles biologiques et somatiques en rapport.

Quand je vais la voir, son visage a complètement changé, elle n'a plus la même expression du visage. Elle a du mal à sourire, ne parle presque plus ou quelques mots mais dans un soupir, démonstration de

sa grande fatigabilité. Je sens que ma présence l'oblige à essayer de me regarder, de me parler ce qui lui coûte énormément et la fatigue encore plus. Je décide donc de la laisser tranquille.

Je continue d'aller la voir pendant quelques semaines. J'entretiens ce lien que nous avons, je prends ainsi des nouvelles de son état de santé, je me préoccupe de son vécu de la situation, de ses ressentis. Suite à une petite amélioration de son état général et l'accord du médecin, nous décidons de l'amener une nouvelle fois dans la salle de balnéothérapie.

Ce jour-là elle est très agitée, ses mouvements sont très envahissants. Une nouvelle fois en entrant dans la salle elle souffle un grand coup comme pour expulser toutes ses tensions. Elle me dit à nouveau que la chaleur lui fait du bien. Je la trouve plus en relation. Pour atteindre l'eau elle a dû ajuster son tonus et sa posture. Elle s'est redressée, s'est tirée en avant en attrapant le rebord de la baignoire pour s'en rapprocher, s'est penchée au-dessus de l'eau et a maintenu la posture en équilibre durant quelques minutes. Quand elle est concentrée sur ce qu'elle fait, ses mouvements disparaissent un peu mais sa respiration est rapide et irrégulière.

Au bout d'un moment elle me regarde et me dit d'une voix claire et distincte « *vous voyez comme avec l'âge on peut toujours sentir* ». Je lui demande alors ce qu'elle sent, elle me répond « *le chaud, le goût* ».
Je pense alors à ses douleurs au niveau de la langue et des dents.
Je pense aussi au cadre de la salle qui propose des expériences sensorielles variées, vécues dans une atmosphère de confiance et de détente.
Je pense également aux effets de l'eau sur les sensations. Aux effets thermiques du bain qui sont utilisés pour leurs actions sédatives et décontractantes ; aux sensations de limite, de contenance, d'enveloppe. Quand elle dit « *on peut toujours sentir* », elle fait référence à ses sensations actuelles en comparaison à ses sensations passées engrammées. Car en effet l'eau a un effet régressif, surtout dans un contexte de « bain » qui renvoie à l'enfance. L'eau réactualise le rapport de l'enfant avec le monde liquide des eaux maternelles mais aussi lors des soins (bains, tétée).

Je décide de lui faire un massage global du corps pour l'aider à retrouver une unité psychocorporelle en lien surtout avec la perte de sa jambe. Je retrouve alors les mêmes sensations que la dernière fois au niveau de son dos très maigre. Je fais donc seulement des contacts enveloppants et contenants. Je la vois se détendre même si son regard reste fixé sur ce que je fais. J'arrive alors en haut de sa cuisse gauche où il y a eu l'amputation, je verbalise beaucoup, lui demande comment elle se sent, si cette partie est douloureuse mais elle ne semble pas y prêter attention, je n'observe pas d'affect particulier. Par moment elle regarde sa cuisse, la mobilise, manifeste de l'incompréhension quelques secondes puis s'en désintéresse.

A la fin du massage, je me suis écartée et elle s'est endormie. Sa respiration est maintenant lente et régulière, son visage relâché, ses épaules basses. Silencieuse et immobile, j'ai même eu peur qu'elle ne se réveille pas. Je me dis que peut être par un processus transférentiel, par empathie tonique, elle m'a fait ressentir des angoisses de mort. Puis tranquillement après quelques instants elle s'est réveillée, puis a souhaité rentrer.

Pendant les semaines qui ont suivi je n'ai pas pu revoir Mme R en séance à cause de rendez-vous médicaux, de visites, mais aussi parce qu'elle en a exprimé le refus.
J'observe en effet dans son comportement de plus en plus d'opposition et d'agressivité. Chez le sujet dément, la motivation de « porter atteinte » est difficilement évaluable et souvent jugé par l'entourage. L'apparition de comportements agressifs peut être brusque ou s'inscrire dans des situations contextuelles particulières. Les interactions sociales constitueraient les principaux stimuli déclencheurs[74]. Pour ce qui est de l'opposition, les facteurs déclenchants sont souvent la surcharge sensorielle, la fatigue et surtout les difficultés et l'échec face à une situation[75]. Effectivement, elle semble très vite agacée par la présence des autres résidents, du personnel soignant, de l'environnement bruyant. Peu à peu je remarque que ses mouvements anormaux diminuent, qu'elle est de moins en moins agitée. En revanche, son timbre de voix est devenu sec et imposant, son discours témoigne de sa lassitude et de son irritabilité.
Depuis son opération, Mme R n'est plus retournée au PASA. Elle passe donc la plupart de son temps devant l'écran télévisé de la salle commune ou dans la salle à manger. Peu à peu (trois après-midi par semaine) l'équipe soignante décide de réintégrer Mme R au PASA. Malgré quelques réticences de sa part, elle retrouve de la vivacité dans son attitude, dans son discours, je la trouve plus souriante, elle discute avec les résidents.

Je remarque également que parallèlement à ces changements d'humeurs, Mme R prends conscience de son amputation. Quand je vais la voir et lui demande comment va sa jambe, si elle a des douleurs, elle me dit « *je crois qu'elle est morte parce que parfois je ne la sens pas* » ou encore « *je crois qu'elle a eu un choc ».* Grâce aux transmissions, j'ai pu voir que Mme R a verbalement exprimé sa tristesse d'avoir perdue sa jambe.

7. Conclusion :

A travers les ateliers et sur son lieu de vie, j'ai pu me rendre compte de l'évolution de Mme R. Malgré l'évolution de la maladie et l'opération qu'elle a subie, j'ai pu voir à quel point le contexte et la manière

[74] « Symptômes comportementaux et psychologie de la démence », LANDREVILLE P., p13
[75] Ibid p16

d'être en relation avec Mme R pouvait diminuer ses troubles psycho-affectifs et comportementaux.

Ses comportements agressifs semblent être en lien avec la prise de conscience de son amputation. De plus la disparition de ses mouvements anormaux s'avère corréler avec les douleurs ou la gêne que sa jambe occasionnait. Enfin son comportement apathique, son humeur dépressive a peut-être trouvé remède dans l'aménagement de son environnement, dans le cadre de son lieu de vie plus approprié du PASA.

Tout au long de mon stage, j'ai essayé de comprendre ce qu'il se passait chez Mme R. Comment répondre à sa demande ? A sa souffrance ? Comment continuer de l'accompagner avec les outils dont je dispose dans ses choix et son évolution ? J'ai cru dans un premier temps « désinvestir » le lien avec Mme R au moment du déclin de son état de santé. Puis je me suis rendue compte que finalement s'isoler, rester tranquille, seule, était un moyen pour elle de se ressourcer, se reposer, se recentrer. J'ai aussi essayé d'ajuster ma posture et mon attitude pour être à l'écoute de Mme R. Par une grande disponibilité et présence lors des séances individuelles, j'ai pu remarquer des changements de comportement qui semblent l'amener vers un mieux-être psychocorporel.

Je ressens tous les effets du cadre des séances de balnéothérapie pour cette résidente. J'ai pu la voir lâcher prise et se laisser aller au point de s'endormir. L'objectif avec Mme R sera de réussir à la faire entrer dans le bain. L'immersion a une grande valeur dans l'approche psychomotrice car elle permet un travail plus aisé sur le schéma corporel en climat moins anxiogène d'où l'intérêt pour sa jambe amputée.

Mon choix de présenter cette étude de cas a été en premier lieu motivé par la variabilité des comportements que j'ai pu observer chez Mme R au cours de mon stage. J'ai pu ainsi me questionner et tenter de comprendre quels sens ces comportements avaient pour Mme R et finalement d'adapter mon intervention auprès d'elle. En effet, ma rencontre avec cette femme a été l'occasion de m'interroger sur la manière de s'ajuster face à des personnes atteintes de pathologies démentielles. J'ai surtout pu ainsi réfléchir sur la nature de ce que le psychomotricien, avec ses spécificités, pouvait apporter à ces personnes.

IV. ETUDE DE CAS DE MR A

Mr A est un jeune homme que je rencontre à l'Hôpital de Jour (HJ) où je suis en stage un jour et demi par semaine. Ce patient m'a beaucoup interrogé et qui m'a amené à me remettre souvent en question que ce soit mon dans approche avec les patients, sur ma posture, sur mes limites.

1. La structure :

L'HJ accueille jusqu'à 25 patients par jours, qui présentent un état compatible avec les soins ambulatoires (patients stabilisés). La file active actuelle est de 85 patients, toutes les pathologies sont représentées : troubles anxio-dépressifs, psychotiques, bipolaires, troubles graves de la personnalité etc.

Les missions de l'HJ sont d'ordres :

- Préventive : en limitant les hospitalisations récurrentes liées en partie à la fragilisation psychologique consécutive à l'isolement social. L'activité de l'HJ permet de prévenir le risque de rechute et traiter les patients sans trop les éloigner de leur domicile.
- Curative : les ateliers visent à améliorer l'efficience cognitive, pragmatique et mnésique. Ils contribuent à l'exercice de la créativité, à la mobilisation de l'affectivité, au développement des capacités relationnelles.
- Sociale : par la réhabilitation psychosociale. Il s'agit de permettre au patient de retrouver une dynamique sociale sans se sentir discriminé du reste de la population du fait de leur pathologie et de leurs difficultés.

2. Anamnèse :

☞ *Présentation* :

Mr A est né le 15 avril 1991, il a donc 24 ans quand je le rencontre pour la première fois. Il mesure 1m68 et pèse 58 Kg, il présente une allure plutôt sportive et un développement staturo-pondéral harmonieux. Il vit toujours chez ses parents. Son père est médecin généraliste et sa mère est cadre de santé. Mr A joue régulièrement au football. Il faisait partie d'un club plus jeune et joue désormais pour le plaisir avec ses amis.

Mr A est le plus jeune d'une fratrie de 4 enfants, une sœur et deux frères autonomes partis s'installer respectivement en Malaisie, à Londres et à Paris. Il est suivi en CMP (Centre Médico-Psychologique) à

l'adolescence pour un trouble des conduites (TC), un trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH) et une consommation de cannabis. Après une scolarité un peu difficile, Mr A redouble la terminale de son bac pro.

☞ *Les hospitalisations* :

Il est hospitalisé pour la première fois au Centre Hospitalier de Charles Perrens (CHCP) le 6 juillet 2009. Il décompense à l'occasion d'un stage en entreprise. Il est admis à la demande d'un tiers (ses parents) dont les motifs sont des troubles du comportement et un isolement social.
Le psychiatre décrit les symptômes de Mr A : un trouble du cours de la pensée avec discordance idéo-affective, hallucination intrapsychique, bizarrerie de contact, trouble de raisonnement, rationalisme morbide, une note thymique avec instabilité, distractibilité, familiarité, hypersexualité.

A la suite de ce premier évènement, vont se suivre, une suite d'hospitalisations. Les raisons sont presque à chaque fois les mêmes : arrêt de la prise du traitement, hétéro-agressivité intrafamiliale, ainsi que des épisodes maniaques avec éléments délirants dans le contexte de consommation de toxiques.

Le diagnostic de trouble schizo-affectif de type maniaque est posé. La situation familiale devenue trop compliquée, le jeune homme intègre l'USR (Unité de Soin et de Réhabilitation) en juillet 2013 puis retourne chez ses parents en mars 2014.

Le tableau clinique de Mr A rapporté par les médecins psychiatres du CHCP est le suivant : conduite addictive, idées délirantes avec rires immotivés, comportements inadaptés, exaltation de l'humeur, tachypsychie, anxiété, attitude de provocation, difficulté à différer et intolérance à la frustration ce qui le rend irritable, bizarrerie de contact, coq à l'âne, sentiment de toute puissance, patient tendu ayant un contact fuyant et fermé, refus de traitement, déni des troubles, inaccessible à la relation (refus des entretiens), agressivité verbale, instabilité psychomotrice, tension interne, soliloquie, parle dans l'immédiateté et à l'impératif, barrage, gestuelle inadaptée, désorganisation conceptuelle, contact distant, hostile, vécu persécutif.

☞ *La pathologie et le traitement* :

Mr A présente donc le tableau clinique typique du trouble schizo-affectif. Ce trouble associe des symptômes du trouble bipolaire (épisodes maniaques dans son cas) et des symptômes de schizophrénie. D'après le **DSM V,** les critères diagnostiques du troubles schizo-affectif sont :

- ***Critère 1*** : Période interrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée, à un moment donné, soit d'un épisode dépressif majeur, soit d'un épisode maniaque, et de

symptômes répondant aux critères A de la schizophrénie (Idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs)

- ***Critère 2 :*** des idées délirantes ou des hallucinations ont été présentes pendant au moins deux semaines en l'absence de symptômes thymiques avérés (dépressifs ou maniaques) sur l'ensemble de la durée de la maladie.
- ***Critère 3*** : Les symptômes qui répondent aux critères d'un trouble majeur de l'humeur sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- ***Critère 4 :*** La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Le traitement médicamenteux de Mr A est composé de :

ZYPADHERA, 405 mg (olanzapine) qui lui sont administrés comme injection retard en intramusculaire toutes les trois semaines. L'injection retard permet une absorption lente et constante des principes actifs du médicament dans la circulation sanguine. Ce procédé est notamment utilisé quand les patients refusent de prendre leurs médicaments régulièrement comme c'est le cas ici pour Mr A. C'est un antipsychotique atypique utilisé dans le traitement de certaines schizophrénies et des troubles bipolaires.

Cette injection se fait dans la fesse pouvant ainsi être traumatisante, voire humiliante. En effet, pendant ce moment Mr A ne veut pas s'allonger et garde les yeux rivés sur ce que l'infirmier est en train de faire. La fesse est une partie intime du corps. De plus, il n'y a pas ou peu d'investissement de l'espace arrière chez les personnes psychotiques. Les angoisses des psychotiques sont des angoisses corporelles en particulier quand il s'agit d'un espace du corps intime et difficilement percevable.

LEPTICURE, 10 mg (tropatepine), sont des comprimés à prendre par voie orale. Ce médicament est un antiparkinsonien utilisé pour contrecarrer les effets secondaires du ZYPADHERA. La molécule tropatepine est un anticholinergique qui réduit les spasmes musculaires liés aux neuroleptiques.

☞ *Le contexte familial* :

L'environnement relationnel familial est complexe, l'hétéro-agressivité de Mr A envers ses parents (en particulier son père) est de plus en plus problématique.

Paradoxalement quand Mr A intègre l'USR (qui se situe juste en face du domicile parental), à la demande des parents, ils ont finalement eu du mal à supporter cette séparation. La mère en particulier, qui, par des injonctions paradoxales, n'arrive plus à vivre avec son fils mais ne peux pas supporter son absence. D'après la mère, il est de plus en plus « *tyrannique avec un sentiment de toute puissance* ». Les

enfants « tyrans familiaux » se caractérisent par *« des comportements autoritaires, exigences importantes vis-à-vis de leurs parents parfois au moyen de violences physiques ou de pressions psychologiques telles que des menaces verbales, des insultes etc.*[76] ». L'emprise de la mère sur son fils la pousse dans ses retranchements. Il lui est déjà arrivé de le suive, quand il sortait le soir, et de se déguiser de manière à ce qu'il ne la reconnaisse pas. « *Les points communs de ces diverses situations sont l'hyper-investissement anxieux, un désir de réparation et de compensation, allant parfois jusqu'à un vécu de culpabilité de la part des parents. Les parents sont souvent fragilisés par une pathologie somatique ou un trouble mental, les mères généralement décrites comme exclusives, intrusives, laissant peu d'autonomies et d'initiatives à leur enfant. […] Le père se positionne en spectateur des troubles du comportement sans parvenir à mettre en place des limites éducatives cohérentes* [77]». Ce descriptif résume bien les liens familiaux que l'on retrouve dans la situation de Mr A.

3. L'intégration à l'HJ :

Le médecin psychiatre prescrit une indication pour l'HJ à la suite de quoi le patient pourra intégrer l'établissement. A son arrivée, le patient et un infirmier de l'équipe vont pouvoir établir un projet de soin en fonction des jours disponibles et des activités que le patient souhaite faire. La psychomotricienne ne voit le patient en entretien qu'à partir du moment où celui-ci souhaite intégrer un des ateliers qu'elle anime.
Mr A intègre l'HJ dans l'idée d'un « contrat » : il vient aux jours prévus et peut donc avoir accès aux soins (injection retard), mais s'il ne respecte pas ses engagements, alors il sera hospitalisé au CHCP. D'après les infirmiers, au moment de la visite de l'établissement, il manifeste un peu d'appréhension mais pas de réactions particulières. Son attitude au sein de l'établissement n'a globalement pas évolué.
Dès son arrivée à l'HJ Mr A présente un tableau clinique important : une instabilité psychomotrice, une ambivalence émotionnelle, un discours et des comportements désorganisés et parfois inadaptés, des idées délirantes, impulsivité, agressivité, tension interne, bizarrerie de contact. Il se déplace d'un pas rapide dans tout l'établissement avec des difficultés à se poser, même s'il lui arrive de faire la sieste avachis sur les fauteuils après manger. Il est dans ce registre de tout ou rien. Quelques débordements toniques l'amènent à frapper par moment dans une chaise ou donner un coup de pied dans le mur. Ces passages à l'acte physiques restent minimes et ne sont pas dirigés vers les patients ou les soignants.

Il passe du temps aussi à se regarder dans la glace ou à se prendre en photo. Solitaire, Mr A créé peu de lien avec les autres patients, hormis quelques jeunes de son âge qui partagent la passion du football ou quelques-uns qui fument avec lui dehors. Ces contacts restent précaires et distants.

Il participe à différents ateliers : la sieste musicale, l'atelier mémoire, le dessin, l'art et ses outils et

[76] « Evolution psychomotrice : le corps en psychiatrie » PURPER-OUAKIL D., p31
[77] Ibid p34

l'écoute musicale. Il est difficile pour Mr A, de rester jusqu'à la fin des ateliers. Son agitation, son hyperactivité, son impatience, le poussent souvent à quitter l'atelier une vingtaine de minutes après qu'il ait commencé.

4. Les premières rencontres :

☞ *Première rencontre avec Mr A* :

Je débute mon stage le jeudi 19 novembre. Je suis curieuse et impatiente de ce que je vais pouvoir vivre, n'ayant aucune expérience dans le domaine psychiatrique.

A mon arrivée, les patients sont pour la plupart déjà assis aux tables de la salle à manger pour le café d'accueil. La psychomotricienne et moi saluons les patients en leur serrant la main. Elle commence par me présenter puis je me présente à mon tour en expliquant qui je suis et pourquoi je suis ici. Je me sens rapidement à l'aise et je m'avance spontanément vers les patients. Après leur avoir tous dit bonjour, je m'assois à une table et je fais connaissance avec les personnes qui sont autour de moi.

Peu de temps après, je remarque l'arrivée de Mr A dans la salle. C'est un jeune homme d'à peu près mon âge, il a le teint un peu rouge, comme s'il venait de faire du sport, une coupe de cheveux qui me fait penser à un « footballeur » (cours sur les côtés et plus long sur le dessus), mais mes impressions sont peut-être accentuées par le fait que Mr A se présente en survêtement de sport. Je crois bien qu'il s'agit d'un maillot de football mais je n'en suis pas sûre. Il a des écouteurs dans les oreilles et entre dans la salle d'un pas déterminé. Il se dirige directement vers le café, se serre, s'installe puis retourne serrer la main de tous les patients. Son expression du visage est fermée, il ne sourit pas. Il a une démarche rapide et sert la main d'une manière tonique et empressée. Il passe alors à côté de moi mais ne me dit pas bonjour. Ne sachant pas quelle posture adopter, je me suis dit qu'il valait peut-être mieux le laisser, ne pas aller le voir étant donné que les patients psychotiques ont souvent des sentiments de persécution ou d'intrusion.

La journée continue et plusieurs fois je croise le regard de Mr A. Son regard est pesant, je détourne les yeux à chaque fois comme par intimidation. Lui aussi a le regard fuyant comme s'il ne voulait pas être vu. En effet, le regard est intime, de l'échange, naît un lien qui n'est plus à l'un ni à l'autre mais un entre deux. Je me demande alors ce que veut dire Mr A à travers ce regard ? Quelles sont les raisons de mes propres réactions ? Attend-t-il que je me présente à lui ? Puis je décide de lui laisser le temps de venir vers moi, pour qu'il se familiarise à ma présence, de peur d'être intrusive.

☞ *La première altercation* :

La semaine suivante j'arrive au café d'accueil et après avoir fait le tour de table, ma maître de stage et moi remarquons Mr A dehors en train de fumer une cigarette. Elle y va la première, je lui emboîte le pas. Mr A est de dos, il ne nous a pas encore vu. Elle lui serre la main, il dit bonjour puis j'arrive à mon tour presque à sa hauteur. D'un coup, il se retourne violemment vers mois, avant même que je ne parle ou lui tende ma main. Il me foudroie du regard et s'écrit : « *c'était pareil la semaine dernière* », « *je ne veux pas qu'elle me touche* », « *elle me met mal à l'aise* ». Il parle d'une voix grave, forte et autoritaire, son regard est violent et agressif. Puis il s'écarte un peu de moi, il a alors le regard fixé sur sa veste qu'il essaye de fermer. Je ressens de grandes tensions internes, son hypertonie semble être un « bouclier », comme si elle lui permettait de contenir son impulsivité.
Il répète alors plusieurs fois « *elle me met mal à l'aise* ». Je n'ai pas réussi à parler, ni-même à émettre un son. J'ai été très surprise par cette réaction dont je ne m'étais pas préparée. J'ai aussi eu peur que ce débordement de tension accompagne sa violence verbale par une violence physique.
La psychomotricienne est aussitôt revenue en essayant de calmer Mr A. Elle lui explique qui j'étais, que nous n'avons pas eu l'occasion de me présenter la semaine passée. Il ne répond pas et reste muré dans sa colère. Totalement fermé à la discussion, nous décidons alors de le laisser seul pour qu'il puisse se calmer et évacuer toutes ses tensions.

Je me demande quelles peuvent être les raisons de son comportement agressif. L'abus et la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives jouent un rôle majeur dans la survenue d'actes agressifs. Il en est de même d'une rupture de soins ou d'un manque d'adhésion au traitement ainsi que dans le cas de difficultés d'insertion sociale ou d'isolement. Cependant, aucun de ces facteurs de risque n'est absolu. Leur présence chez Mr A ne suffit pas à prédire le passage à l'acte. Ils conduisent à renforcer le suivi psychiatrique, tout au long de la prise en charge. En effet ce jour-là, Mr A devait avoir son injection retard. Quand il arrive à la fin de son traitement, les symptômes de Mr A s'amplifient, il est de plus en plus agressif et agité. L'agitation, quant à elle, est à la fois induite par l'angoisse, le délire, les hallucinations et l'automatisme, la désorganisation psychique et comportementale.

☞ *Mes interrogations* :

A la suite de ce conflit, Mr A prend rendez-vous avec le médecin et lui dit que c'est à cause de l'étudiante qu'il ne se sent pas bien. Le médecin rapporte à une des infirmières qu'il a vu effectivement une stagiaire avoir un comportement inadapté envers les patients. Un comportement qui les agite alors que le rôle des soignants est plutôt de les apaiser, de les canaliser. Je me demande alors s'il s'agit de

moi. J'essaye d'avoir du recul sur la situation, sur mon comportement, ma posture, mon attitude, s'ils sont adaptés. Finalement, le médecin ne parlait pas de moi, mais la situation a tout de même fait émerger des questionnements.

J'ai commencé donc à m'interroger sur ma place, mon rôle, la distance qu'il était nécessaire de mettre avec les patients, tous les ajustements dans l'espace, dans le temps, la manière de communiquer. La psychomotricienne me conseille alors de prendre mes distances avec Mr A, de l'éviter tant que je le peux et de lui parler que s'il m'adresse la parole. Il faut lui laisser le temps d'accepter les modifications et changements dans le cadre, du fait de mon arrivée. En effet, Mr A est très sensible à son environnement. Il reçoit tous les éléments bruts du monde environnant sans être capable de les assimiler, les rendre tolérables et acceptables. Il fait « éponge », c'est-à-dire qu'il absorbe toutes les tensions, les bouleversements de son environnement sans toujours être capable de les mentaliser.

De plus, mon arrivée dans l'établissement, s'est faite peu de temps après les attentats de Paris. Le patient en a été très affecté. Il a plusieurs fois questionné les infirmiers sur ce qu'il s'est passé, manifestant beaucoup d'angoisses notamment parce que son frère et son cousin vivent là-bas. Peut-être que Mr A a projeté sur moi toutes ses angoisses et le malaise que la situation lui a causé.

Mr A semble être rigoureux sur certaines règles, il prend bien le temps chaque jour de serrer la main à tout le monde. Le fait de ne pas m'être présentée, de ne pas lui avoir serré la main le premier jour peut tout aussi bien être en lien avec sa réaction. Peut-être que ce manque d'attention lui fait signifier qu'on ne s'intéresse pas à lui, qu'on ne le voit pas, qu'on ne le reconnaît pas, dans son identité, en tant que sujet. Mr A a du mal à supporter quand il y a des ateliers auxquels il ne participe pas. Dans ces cas-là, il va interrompre chaque atelier : il ouvre la porte, reste quelques secondes, observe ce qu'il se passe puis s'en va.

La semaine suivante, j'arrive au stage avec une légère appréhension. Comment lui dire bonjour ? Comment la rencontre va-t-elle se passer ? Comment dois-je m'ajuster ? Lorsque les patients sont tous en train de boire le café, je serre la main de tout le monde et Mr A est le dernier. Je lui tends une main ferme et déterminée, et lui dis « *Bonjour Mr A* », en le regardant droit dans les yeux. Il me regarde à peine, me tend sa main moite, puis se replonge dans son café. Je suis rassurée, je me dis qu'il faut que j'ajuste la distance physique, psychique et affective avec ce patient. Je pense qu'une posture droite, une attitude assumée permet de renforcer le cadre particulièrement avec lui.

5. Pendant les activités de l'HJ :

☞ *Le début d'une accroche* :

Je participe un jeudi après-midi à « **l'écoute musicale** ». Au cours de cet atelier, chacun peut amener de la musique, dans le but de partager quelque chose qui lui plaît ou l'interpelle. L'objectif est basé sur le partage et la découverte éclectique de la musique dans le respect de l'autre. C'est un atelier encadré par des infirmiers, j'y participe par curiosité.
Mr A monte les escaliers avec moi et me demande si l'atelier a bien lieu, je lui réponds et me dis que peut être les tensions se sont apaisées, qu'un lien est en train de se créer. Pendant l'atelier il rigole, parle beaucoup, regarde les trois stagiaires (ergothérapeute, infirmière et psychomotricienne). Au bout d'un moment, il nous chuchote discrètement qu'il est « défoncé » ! Je me dis que par ces aveux et la manière dont il l'exprime (en cachant son visage des professionnels), nous lie dans une sorte de confidence, une proximité, dont les soignants ne font pas partis. Je remarque qu'en effet Mr A n'a pas la même attitude avec le médecin par exemple, il utilise alors une voix calme, un vocabulaire moins familier, il se tient droit, alors qu'il s'autorise à parler et être différent avec les stagiaires. Je me dis donc que l'âge des professionnels qui l'entourent joue un rôle dans son attitude, sa posture, dans sa manière d'entrer et d'être en relation avec le soignant. Mr A est aussi rentré en conflit avec la plus jeune infirmière et l'ancienne ASH du même âge environ.

Je me demande également si le rapport homme/femme impacte les relations de Mr A puisque toutes les altercations que j'ai pu voir ont eu lieu avec des femmes. Peut-être que l'homme renvoie à la fonction paternelle et son rôle de respect de la loi. Ma place de femme peut-elle être responsable du lien que j'entreprends avec lui ? Est-ce que ce lien particulier est emplit de mécanismes contre-transférentiels émotionnels ou empathiques ? Est-ce que mes réactions émotionnelles et corporelles sont induites par les siennes ? Mon malaise, mon embarras vient-il de là ?

En discutant avec la psychomotricienne et mon référent de stage, nous nous demandons si peut-être par identification, ma position, ma situation, le fait que je sois dans un processus professionnalisant, de réussite universitaire ne le renverrai pas à ses difficultés professionnelles notamment avec l'échec de son BTS (Brevet de Technicien Supérieur).

Au fur et à mesure de mon stage, je me rends vraiment compte de ce que l'ambivalence des patients schizophrènes représente. La schizophrénie psycho-affective entraîne des variations d'humeurs qui s'associent à cette ambivalence. Mr A peut, dans une journée, passer de moments de colère extrême à des moments très calmes où il est ouvert à la discussion, voire même à l'humour. Le moindre petit

évènement frustrant ou agaçant va venir perturber et déstabiliser tout son équilibre psychocorporel.

☞ *La deuxième altercation* :

Quelques semaines plus tard, je participe à l'atelier « l'art et ses outils » avec la psychomotricienne, deux infirmières, quelques patients, dont Mr A, et une plasticienne qui vient animer cet atelier. Je sens que la relation avec Mr A est toujours litigieuse. La proposition de cet atelier suit le principe que l'art est un médiateur permettant à chacun de traduire son état psychique avec le présupposé que toute personne humaine a la possibilité d'être créateur. Les objectifs sont le plaisir de peindre, de développer la créativité et l'imagination, d'instaurer de la socialisation et de la tolérance, apprivoiser différentes techniques et outils.

Comme la psychomotricienne me l'a recommandée, je ne me place jamais en face à lui. Ce positionnement peut être vécu comme une mise au défi, une intrusion, une agression. En effet, le schéma de la psychose est une enveloppe percée où l'intrusion est toujours omniprésente. La notion de distance est toujours à réajuster en particulier dans cette situation. J'attends donc de voir où il se place et m'installe sur le même côté de la table mais à l'opposé, deux patients sont assis entre nous. Mr A apprécie cet atelier, il colorie des mandalas la plupart du temps. La concentration, l'application et l'implication qu'il engage le met dans une sorte de bulle qui le coupe de toutes ses relations. Dans ce moment-là, il est calme, tranquille, attentif à ce qu'il fait.
Ce jour-ci, je sens une ambiance lourde dans la pièce, comme si l'humeur collective était chargée de tensions. Vers la fin de la séance, dans un moment de silence, Mr A se tourne violemment vers moi (comme la dernière fois) et me dit avec mépris : « *mais en fait tu sers à quoi toi ?* », « *qu'est-ce que tu fous là ?* ». J'associe alors les tensions palpables de la pièce à celles de Mr A. Malgré ma stupeur, je lui réponds le plus calmement possible : « *je suis stagiaire psychomotricienne, je suis là pour apprendre le métier d'Isabelle* ».
Il continue de me fixer droit dans les yeux et dit avec ironie « *C'est bien, franchement bravo* », il m'applaudit, range ses affaires rapidement, continue de me lancer des regards tout en disant « *c'est bien, c'est bien* » jusqu'à ce qu'il claque la porte en partant. Peu de temps après il revient serre la main de tout le monde pour dire au revoir, sauf la mienne, et s'en va.

Je suis alors un peu déroutée, car même si les tensions persistaient, je pensais que la séance d'écoute musicale était le début d'un lien sur lequel j'allais pouvoir m'appuyer pour créer une relation, instaurer une accroche.

Sa réaction est, somme toute, très intéressante. En discutant avec ma maître de stage, nous nous

interrogeons sur les raisons de son intervention. A-t-il pu me dire ces choses parce qu'il a senti en moi une fragilité ? Ma place de stagiaire rend-t-elle son discours plus dicible ? Mais finalement, peut-être que ses paroles étaient adressées à toute l'équipe. Peut-être que le message était dirigé vers tous les soignants pour dire : A quoi me servez-vous ? Qu'est-ce que vous m'apportez ? Je vais mal et malgré la prise en soin, le traitement, l'HJ, les ateliers, je ne vais pas mieux. Les psychotiques fonctionnent sur des principes d'identification projective. On peut envisager que Mr A ait voulu se débarrasser de ses angoisses destructrices en les déplaçant sur moi mais en ayant fait ça, il peut se raconter que je suis chargée d'un sentiment de destruction vis-à-vis de lui. D'où ses réactions de protection.

A la suite de cette altercation, Mr A n'a plus eu de comportements agressifs ou provocateurs avec moi. Il s'est peut-être fait à ma présence, ou les ajustements dans la relation lui ont permis de supporter ou tolérer ma présence.

Lors d'un autre atelier de « l'art et ses outils », j'ai pu voir comment la psychomotricienne gérait les conflits entre Mr A et un autre patient, Mr T (ancien médecin militaire). Ce sont deux hommes aux forts caractères, impatients et intolérants. La psychomotricienne s'occupait de Mr A et de son travail, la plasticienne de Mr T. D'une voix très autoritaire Mr T sollicite plusieurs fois la psychomotricienne pour qu'elle aille chercher du matériel. Elle lui répète qu'elle ira le chercher juste après avoir fini ses explications à Mr A, mais Mr T devient agressif envers eux. Un petit affrontement éclate entre les deux patients, mais très vite les professionnelles réussissent à atténuer les tensions. En effet, la psychomotricienne a su recadrer Mr T en lui rappelant les règles, la place des autres. Elle a su aussi canaliser les tensions de Mr A, qui, par son impulsivité, commençait à s'enfermer dans un discours logorrhéique d'insultes. Elle s'est approchée de lui, a employé des mots simples et clairs pour lui dire de se calmer. Elle a reconnu qu'il n'y était pour rien, qu'il n'avait pas de raisons de s'emporter.
La psychomotricienne a une relation particulière avec Mr A. Il l'écoute, elle réussit souvent, à trouver les mots ou lui faire communiquer que ce soit par le non-verbal, le tonus, l'espace, le temps quelque chose qui semble le rassurer. Elle reste toujours naturelle quand elle lui parler et malgré le vouvoiement, elle s'adresse à lui avec un vocabulaire adapté à son âge, elle essaye souvent de passer par l'humour, la plaisanterie pour faire passer des informations plus délicates.

6. Les objectifs et les projets :

La question de la place de Mr A à l'HJ a été mentionnée. Est-ce la plus adaptée ? Un des objectifs de sa venue ici est de rompre avec l'isolement et retrouver une activité sociale. Peut-être qu'un foyer avec plus de jeunes de son âge faciliterait les liens sociaux qu'il semble avoir du mal à créer. Un autre objectif est le travail autour de la séparation avec le domicile et la famille.

Mr A a besoin de cadre, de bordures, de limites. Il a du mal à respecter le cadre et les règles par ses accès de violence, quand il ouvre les portes des ateliers, quand il met sa musique fort dans la salle à manger mais en même temps il va être rigoureux sur certains éléments du cadre comme les horaires, quand il serre la main pour dire bonjour et au revoir. Comme s'il se heurtait aux limites du cadre pour pouvoir sentir les siennes. Il tente de maîtriser la réalité effrayante qu'il traverse en la projetant violemment dans un espace sécurisé. Un travail de contenance autour des limites corporelles pour un sentiment d'unité psychocorporelle permettrait peut-être à Mr A de mieux réguler et anticiper ses comportements.

Le lien entre Mr A et sa mère est particulier, son hyper présence fait échos à la fusion qu'il existe souvent entre les mères et leur enfant schizophrène. Gisela PANKOW dit que « *le schizophrène est aliéné par les troubles du corps vécu de ses parents* » et elle est rejointe par Gregory BATESON avec sa notion de « double bind » (équivalence à l'injonction paradoxale). En effet la mère et l'enfant schizophrène, sont pris dans un monde clos dont la symbiose n'a d'autres issues que la destruction. Il est impossible d'imaginer survivre à la séparation comme pour Mr A et sa mère, bien que cette vie soit destructrice. Les parents de Mr A souhaitent lui trouver un appartement, celui-ci dit être de cet avis, bien qu'il en manifeste quelques angoisses. Cependant, ils parlent de ce projet depuis un moment sans que des décisions soient prises. Nous retrouvons ici, l'injonction paradoxale dont parle Gregory BATESON. A l'HJ, nous naviguons entre des tentatives d'étayage du patient et du parent. Nous aidons le patient à s'individualiser, à se construire, à construire cet écart avec la mère, en offrant du tiers, une distance, de la loi.

A propos du cadre, est-ce que l'individuel est possible avec ce patient ? Est-ce que le collectif est adapté ? A mon sens, pour Mr A, il faut faire de l'individuel dans une prise en charge collective. La relation duelle est trop compliquée, il faut lui laisser la possibilité de faire des allées et venues, ne pas l'enfermer dans une activité ou une relation duelle qui serait trop oppressante et persécutrice.

Le prise en soin avec Mr A pourrait être envisagé à travers une médiation sport et éventuellement « football ». En psychomotricité nous partons du désir et des choix de la personne pour aller vers un travail autour de nos objectifs. Il ne faudrait pas que le patient s'enferme dans cette activité qui semble être une passion pour lui mais elle peut être un canal, une porte d'entrée à la relation thérapeutique.

7. Conclusion :

Mr A est un patient qui ne laisse aucun soignant indifférent. Malgré ses angoisses, son agitation, ces

bizarreries de relation et autre, Mr A est une personne attachante qu'on a envie de protéger (de ce que rapportent les membres de l'équipe).

D'après Georges POUS le système de défense des patients psychotiques est du côté de la maîtrise des sensations, pour Mr A, il s'agit de la maîtrise du « plein » par le corps, avec son hyperactivité et son hypertonicité. A mon sens, l'hyperactivité de Mr A vise la création d'une relation lui permettant dans un premier temps d'un peu mieux contenir le chaos de son monde interne. L'instabilité de Mr A est une forme d'expression psychosomatique de l'angoisse diffuse, défensive.
Son hypertonie réactive, protectrice, permet des fantasmes d'armure et d'indestructibilité au risque de perdre le contact avec l'autre. Il convient de laisser à Mr A une part d'activité dans l'engagement d'une nouvelle relation, une certaine maîtrise sous peine de refus ou vécu persécutif. La décharge émotionnelle intense, qui ne peut être ni pensé, ni dit, ni même perçu, nous dit quelque chose de la souffrance, à quelqu'un qui partageait ce moment d'émotion. L'état d'agitation pose toujours le problème du passage à l'acte hétéro-agressif, comportement d'allure impulsive en rupture avec les conduites habituelles du sujet.

Face à l'ambivalence de Mr A, son instabilité émotionnelle, l'ajustement de la relation thérapeutique psychomotrice prend tout son sens. Il est très difficile d'anticiper ses accès maniaques, ses passages à l'acte. Cependant un contact verbal instaurant un climat de confiance facilitant une alliance thérapeutique, un comportement empathique, d'écoute, contenant peuvent tenter de prévenir un passage à l'acte. La prise en charge relationnelle est une obligation puisqu'elle désamorce dans un nombre important de cas l'agressivité. Il faut être vigilant à offrir un environnement plus calme, plus contenant. Le psychomotricien doit être vrai dans sa relation avec le psychotique qui reçoit et absorbe tous nos états émotionnels. L'implication corporelle est à mesurer, évaluer et modifier constamment. Ajuster le regard particulièrement et la distance. La relation thérapeutique s'instaure doucement, il faut donc prendre son temps et être très vigilent à tous les vécus corporels et psychiques que peuvent avoir les psychotiques.

CONCLUSION

Ce cheminement et cette réflexion autour de ma problématique sont nés à partir de toutes mes rencontres et des questionnements que j'ai pu élaborer au cours de mes stages. Je me suis rendue compte que la **relation thérapeutique psychomotrice** participe à constituer les fondements de l'identité du psychomotricien.

Je noterais l'importance de **la subjectivité** de chaque professionnel qui fait toute l'authenticité et la singularité des prises en soin. Chaque relation est unique puisqu'il s'agit d'une clinique du sujet, où l'on ne doit pas **faire** de la psychomotricité mais **être** psychomotricien.
De plus, **la spontanéité** dans la relation colore et enrichit chaque intervention étant donné qu'il ne s'agit pas de vérités irréfutables à partir du moment où il y a de l'intersubjectivité.

Au-delà d'une réflexion autour de la relation thérapeutique psychomotrice, l'écriture de ce mémoire m'a apporté **un recul sur ma pratique**, sur ma manière d'être en relation, sur mes ajustements spontanés face aux difficultés que me renvoient certaines situations ou certains patients.

En effet, l'implication et l'engagement du psychomotricien pose **les limites** de la relation thérapeutique. Faite de notre sensibilité, de nos émotions, nos affects cette relation n'est pas sans risque. Il faut rester conscient de nos propres limites, on ne peut pas toujours intervenir. Par les mécanismes mis en jeu dans la relation, certaines rencontres sont dérangeantes voire inenvisageables. Il y a des sujets qui peuvent être difficiles à rencontrer. Il faut savoir être à l'écoute de soi, tout en étant à l'écoute de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

ANCET P.
Le corps vécu, chez la personne âgée et la personne handicapée, Paris, Éditions Dunod, 2014

BALLOUARD C.
Le travail du psychomotricien, 2e éd, Paris, Editions Dunod, 2006

CALZA A., CONTANT M.
Psychomotricité, 2e éd, Paris, Editions Masson, 1999

CLUZEAU Pauline
Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2014

DELACOTE Anaïs
Psychomotricien : une posture impliquée ? Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2014

DELION P.
Le corps retrouvé, Franchir le tabou du corps en psychiatrie, Paris, Editions Herman, 2010

FRAISSE Charlotte
Toi, moi, nous... Vers une relation thérapeutique en psychomotricité, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2015

GATECEL A.
La psychomotricité relationnelle, Paris, Editions EDK, 2012

GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M.
Soins palliatifs et psychomotricité, Paris, Éditions Heures de France, 2007

GAUDRIAULT P., JOLY V.
Construire la relation thérapeutique, Psychothérapie pratiques, Paris, Éditions Dunod, 2013

GODFRYD M.
Les maladies mentales de l'adulte, 8e éd, Paris, Éditions Que sais-je, 2014

HARDY-BAYLE M-C.

Le diagnostic en psychiatrie, Paris, Éditions Armand Colin, 2008

LANDREVILLE P., ROUSSEAU F., VEZINA J., VOYER P.
Symptômes comportementaux et psychologie de la démence, Québec, Édition Edisem, 2005

LE SOMMER-PERE M.
Éthique et pratiques soignantes, l'expérience de la gérontologie, Paris, Éditions Seli Arslan, 2012

POTEL C.
Être psychomotricien, Toulouse, Éditions Eres, 2013

POTEL C.
Psychomotricité : entre théorie et pratique, 3eme éd, Toulouse, Éditions In press, 2010

ROBINEAU C.
Thérapie psychomotrice et recherches : Enjeux de la relation en psychomotricité, Collection 46, N°175

SAMI-ALI M.
Penser l'unité, la psychosomatique relationnelle, Edition L'esprit du temps, 2011

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M.,
Manuel d'enseignement de psychomotricité, Collection Psychomotricité, Paris, Éditions Boeck-Solal, 2013

SOURCES INTERNET :

http://www.chu-besancon.fr/geriatrie/Demences_sans_t.pdf

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844?q=la+relation+#67091

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12054

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intuition/4403

VIGIER C.
Thérapie psychomotrice et recherches : la personne âgée et son approche en psychomotricité, N° 160, 2009

ANNEXES

1. *Annexe MMSE :*

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation / 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ? ☐
2. En quelle saison ? ☐
3. En quel mois ? ☐
4. Quel jour du mois ? ☐
5. Quel jour de la semaine ? ☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?* ☐
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?** ☐
9. Dans quelle province ou région est située ce département ? ☐
10. A quel étage sommes-nous ? ☐

Apprentissage / 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

11. Cigare		Citron		Fauteuil	☐
12. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	☐
13. Porte		Ballon		Canard	☐

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul / 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14.	93	☐
15.	86	☐
16.	79	☐
17.	72	☐
18.	65	☐

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel / 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

11. Cigare		Citron		Fauteuil	☐
12. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	☐
13. Porte		Ballon		Canard	☐

Langage / 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?* ☐
Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?** ☐
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** ☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, ☐
26. Pliez-la en deux, ☐
27. Et jetez-la par terre. »**** ☐

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. « Faites ce qui est écrit ». ☐

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »***** ☐

Praxies constructives / 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? » ☐

2. *Annexe NPI-ES :*

INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE
NPI/*ES*

Nom: Age: Date de l'évaluation:

Fonction de la personne interviewée: Type de relation avec le patient :

Très proche/ prodigue des soins quotidiens;
proche/ s'occupe souvent du patient;
pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient
NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Score total 10					[ ]	
Changements neurovégétatifs						
Sommeil	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[___]	1 2 3 4 5
Score total 12					[ ]	

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....2
SOMMAIRE.....3
AVANT-PROPOS.....4
INTRODUCTION.....5

PARTIE 1 : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT
I. Définition générale.....7
II. Classification.....8
1. Troubles internalisés et externalisés.....8
2. Troubles de l'humeur, névrotiques et psychotiques.....8
3. Troubles mentaux et comportementaux CIM 10.....9
4. Définition de quelques troubles du comportement.....10
III. Etiologie.....13
1. Régulation du comportement.....13
2. Théories explicatives.....14
2.1 Théories biologiques.....14
2.2 Théories cognitives et comportementales.....15
2.3 Théories socio-psychologiques.....15
2.4 Théories psychanalytiques.....16
2.5 Théories systémiques.....17
IV. Evaluation.....18
V. Traitement.....19
1. Les traitements non médicamenteux.....19
2. Les traitements médicamenteux.....20
VI. Dans la pathologie.....22
1. Dans la démence.....22
1.1 Définition.....22
1.2 Les troubles du comportement.....22
1.3 Evaluation.....23
2. En psychiatrie.....24
2.1 La schizophrénie.....24
2.2 Les troubles bipolaires.....25
2.3 L'évaluation.....25
3. En psychomotricité.....25

PARTIE 2 : LA RELATION THERAPEUTIQUE PSYCHOMOTRICE
I. Généralités.....27
1. Définition de la relation thérapeutique psychomotrice.....27
1.1 La relation.....27
1.2 En psychomotricité.....27
2. Les liens avec la relation mère- enfant.....28

2.1 Dialogue tonico-émotionnel....29
2.2 Holding....29
2.3 Théorie de l'attachement....30
2.4 Fonction alpha....31
II. Principes fondamentaux....32
1. L'alliance thérapeutique....32
2. Le cadre....33
2.1 Définition....33
2.2 En psychanalyse....33
2.3 En phénoménologie....33
2.4 En psychomotricité....34
3. Les mouvements relationnels en psychomotricité....35
3.1 Le transfert....35
3.2 Le contre-transfert....36
3.3 L'empathie et l'intuition....37
III. Les outils et moyens du psychomotricien....39
1. Le bilan psychomoteur....39
1.1 Outil spécifique du psychomotricien au moyen de la rencontre....39
1.2 Lecture du trouble du comportement....43
2. Les médiations....46
2.1 Le théâtre d'improvisation....47
2.2 La relaxation....48
2.3 Le bain thérapeutique....48

PARTIE 3 : L'APPROCHE DU PSYCHOMOTRICIEN FACE AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT
I. Le psychomotricien dans la relation....51
1. Les qualités et compétences du psychomotricien....51
1.1 Savoirs....51
1.2 Savoir-faire....52
1.3 Savoir-être....52
2. L'implication corporelle....53
2.1 Disponibilité et écoute....54
2.2 Etayage....55
3. L'ajustement corporel....56
3.1 Posture et attitude....56
3.2 Communication....57
3.3 Espace et temps....59
3.4 Distance....60
II. Eléments de réponse....61
III. Etude de cas de Mme R....62
IV. Etude de cas de Mr A....72
CONCLUSION....84
BIBLIOGRAPHIE....85
ANNEXES....87