



HAL
open science

**“ Je te suis mais je ne suis pas ” : approche
psychomotrice auprès d’un sujet âgé aveugle et
dépendant**

Astrid de Foucaud

► **To cite this version:**

Astrid de Foucaud. “ Je te suis mais je ne suis pas ” : approche psychomotrice auprès d’un sujet âgé aveugle et dépendant. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01358419

HAL Id: dumas-01358419

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01358419>

Submitted on 31 Aug 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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, boulevard de l'Hôpital
75 364 Paris Cedex 14



« Je te suis mais je ne suis pas »

Approche psychomotrice auprès d'un sujet âgé aveugle et dépendant

Mémoire présenté par Astrid de FOUCAUD

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référent de Mémoire :

Stéphane BLANC

Session Juin 2016

« L'essentiel est invisible pour les yeux. »

- A. de Saint-Exupéry



REMERCIEMENTS

Je remercie particulièrement ;

Stéphane BLANC, mon maître de mémoire, pour le temps qu'il m'a consacré et les riches échanges qui ont permis d'organiser et d'enrichir ma pensée. Je le remercie pour son aide quant à la mise en mots de mes réflexions et observations.

L'ensemble de l'équipe de l'EHPAD, ainsi que les résidents, pour leur chaleureux accueil qui a fait de ce stage une superbe expérience.

André BRANDILY, qui m'a transmis de manière remarquable sa passion contagieuse pour la psychomotricité en gériatrie. Je le remercie pour son extrême disponibilité, son écoute attentive et ses précieux conseils.

Solène MEZERAI, pour son accompagnement dans la découverte de la déficience auditive au sein du CAMSP.

Jack MESSY, pour la relecture et ses réflexions structurantes et enrichissantes. Dans la continuité, Isabelle BUISSARD pour son aide et ses conseils.

L'ensemble des professeurs et intervenants pour la qualité de leur enseignement, ainsi que mes maîtres de stage qui ont contribué à l'émergence de mon identité professionnelle.

Tous les patients, petits comme grands, qui m'ont donné l'envie d'exercer ce métier.

Ma mère, sans qui je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui, pour m'avoir soutenue dans cette formation en faisant en sorte que je travaille toujours dans les meilleures conditions.

Mes amis qui, de près comme de loin, m'ont apporté motivation et dynamisme. Dans le désordre de mon cœur, je remercie Justine, pour sa sincère amitié et son énergie revigorante, Sibylle pour son soutien indéfectible, Alix pour sa présence et la richesse de nos échanges Lucile et Déborah avec qui j'ai partagé les joies et difficultés de cette troisième année, sans oublier mes amies de cœur nantais Hermine et Marion, et enfin, les nouvelles personnes que j'ai rencontrées, notamment Lola et Edith.

Pour finir, je remercie Ibrahim, qui malgré la distance, m'a soutenue et n'a jamais douté de moi.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PRESENTATION DE L'INSTITUTION	3
1. Institution.....	3
1.1. L'EHPAD	3
1.2. Le personnel	3
1.3. Les locaux.....	3
2. Résidence et psychomotricité.....	4
2.1. Le psychomotricien	4
2.2. Les stagiaires psychomotriciennes.....	4
3. Gérontopsychomotricité.....	5
PRESENTATION DU PATIENT	7
1. Anamnèse	7
1.1. Données du dossier patient.....	7
1.2. Entretien avec Monsieur C.....	9
1.3. Renseignements des professionnels	10
1.4. Regard personnel de stagiaire psychomotricienne	11
2. Bilan psychomoteur	12
2.1. Présentation générale.....	12
2.2. Schéma corporel	12
2.3. Latéralité	13
2.4. Espace.....	13
2.5. Temps	14
2.6. Tonus	14
2.7. Sphère motrice	15
2.7.1. <i>Motricité globale</i>	15
2.7.2. <i>Motricité fine</i>	15
2.8. Sphère cognitive.....	16
2.8.1. <i>Langage</i>	17
2.8.2. <i>Mémoire</i>	17
2.8.3. <i>Attention et Calcul</i>	18
2.9. Sphère sociale	18
2.10. Conclusion	18
VISION ET DEFICIENCE VISUELLE.....	19
1. Préambule sur les sens	19
1.1. Historique et définition du sens	19
1.2. Ordre d'apparition des sens.....	21
1.3. Les sens dans le développement du bébé	21
1.4. La plasticité cérébrale	24
1.5. Voir, sentir et percevoir	25
1.6. Les sens et le vieillissement.....	27
2. Sens visuel	27

2.1.	L'œil	27
2.2.	La vision : définition et rôles	28
2.3.	Le système visuel : perception, transmission et analyse de l'information visuelle	29
3.	Déficience visuelle	29
3.1.	Définition de la déficience visuelle	29
3.1.1.	<i>La malvoyance</i>	30
3.1.2.	<i>La cécité</i>	30
3.2.	Origines de la déficience visuelle	31
3.3.	Conséquences de la déficience visuelle	31
3.3.1.	<i>Sur le développement psychomoteur</i>	31
3.3.2.	<i>Au niveau psychoaffectif</i>	32
3.4.	Communiquer avec la personne ayant une déficience visuelle	33
3.5.	Technique de guide	33
3.6.	Traitement et prise en charge de la déficience visuelle	34
3.7.	Accompagnement de la déficience visuelle en psychomotricité	35
3.8.	La déficience visuelle, un handicap	36
3.8.1.	<i>Notion de handicap</i>	36
3.8.2.	<i>L'annonce du handicap et le travail de deuil</i>	37

VIEILLESSE ET VIEILLISSEMENT **40**

1.	Préambule sur la vieillesse	40
1.1.	Démographie	40
1.2.	Représentations de la vieillesse	40
1.3.	Définition de la vieillesse	42
2.	Vieillesse	43
2.1.	Définition du vieillissement	43
2.2.	Les « types » de vieillissement	44
2.2.1.	<i>Le vieillissement normal</i>	44
2.2.2.	<i>Le vieillissement pathologique</i>	44
2.2.3.	<i>Le vieillissement réussi</i>	44
2.3.	Les composantes « classiques » du vieillissement normal	44
2.3.1.	<i>Le vieillissement physiologique</i>	45
2.3.2.	<i>Le vieillissement sensoriel</i>	45
2.3.3.	<i>Le vieillissement cognitif</i>	47
2.3.4.	<i>Le vieillissement psychomoteur</i>	48
2.3.4.1.	Schéma corporel	48
2.3.4.2.	Image du corps	48
2.3.4.3.	Tonus	49
2.3.4.4.	Fonctions locomotrices	49
2.3.4.5.	Motricité fine	50
2.4.	Acquisitions du senior	50
2.5.	Concept de résilience	51
2.6.	Deuils et pertes chez le senior	52
2.7.	Conséquences psycho-affectives contingentes aux pertes	54
2.7.1.	<i>Au niveau du corps</i>	54
2.7.2.	<i>Au niveau cognitif</i>	54
2.7.3.	<i>Au niveau social</i>	54
2.7.4.	<i>Au niveau personnel</i>	55
2.8.	Une identité fragilisée	55

PROJET THERAPEUTIQUE	57
1. Axes thérapeutiques	57
2. Cadre thérapeutique	58
3. Evolution de la prise en charge	58
 VERS UNE INDEPENDANCE	 60
1. Autonomisation par un travail dynamique grâce aux déplacements ...	60
1.1. Passage d'une position passive à active	60
1.1.1. Travail dynamique dans les escaliers	61
1.1.2. Travail dynamique en position assise.....	61
1.1.3. Transfert entre les positions assise et debout.....	62
1.1.4. Travail dynamique en position debout	62
1.1.5. Travail dynamique dans la marche.....	63
1.2. Passage de la solitude vers la socialisation.....	64
1.2.1. Distance relationnelle.....	64
1.2.2. Silence.....	64
1.2.3. Relation triade.....	65
1.3. Limites du travail des déplacements	66
1.3.1. Espace.....	66
1.3.2. Matériel.....	66
1.3.3. Limites dues au vieillissement et à la cécité	66
2. Autonomisation par un accompagnement thérapeutique au repas	67
2.1. Fonctions du repas	67
2.2. Repas thérapeutique	67
2.2.1. Dimension motrice.....	68
2.2.2. Dimension sensorielle	69
2.2.3. Dimension sociale.....	69
2.2.4. Dimension psychologique.....	70
2.3. Bénéfices du repas thérapeutique	70
2.4. Limites du repas thérapeutique	71
2.4.1. Espace.....	71
2.4.2. Matériel.....	71
3. Autonomisation par le toucher thérapeutique.....	71
3.1. Contexte de la proposition de la médiation.....	71
3.2. Fonctions de la peau et du toucher	72
3.2.1. La peau.....	72
3.2.2. Le toucher.....	72
3.3. Toucher thérapeutique comme médiation psychomotrice	73
3.3.1. Pertinence du toucher thérapeutique chez Monsieur L.....	73
3.3.2. Fonctions du toucher dans la thérapie psychomotrice.....	74
3.3.3. Objectifs du toucher thérapeutique.....	75
3.3.4. Humanitude – la philosophie du soin	75
3.3.5. HuMAINiser – le toucher mains à mains	75
3.4. Toucher thérapeutique comme vecteur de communication.....	77
3.4.1. Proxémie – distance intime engagée dans le toucher.....	77
3.4.2. Enveloppe sonore.....	78
3.4.3. Regard	78

3.5. Toucher thérapeutique comme soutien de l'identité.....	79
3.6. Limites du toucher thérapeutique.....	80
3.6.1. <i>Infantilisation</i>	80
3.6.2. <i>Intention du geste</i>	80
3.6.3. <i>Temporalité</i>	80
3.6.4. <i>Questionnement par rapport à la musique</i>	81
SYNTHESE ET PERSPECTIVES.....	82
1. Synthèse	82
1.1. Pour aller plus loin	82
1.2. Finalement... ..	83
2. Perspectives.....	83
MA POSTURE DE PSYCHOMOTRICIENNE EN DEVENIR.....	84
1. Importance du cadre thérapeutique	84
2. Distance relationnelle	85
3. Ressentis personnels.....	85
4. Disponibilité psychocorporelle.....	86
5. Implication psychocorporelle	86
6. Transfert et contre-transfert	88
6.1. Transfert.....	88
6.2. Contre-transfert	89
7. Construction identitaire d'une future psychomotricienne	90
8. Limites de ma pratique psychomotrice.....	91
9. Coopération interdisciplinaire.....	92
CONCLUSION.....	93
BIBLIOGRAPHIE	95
GLOSSAIRE	102

INTRODUCTION

« Adieu, dit le renard. Voici mon secret. Il est très simple : on ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux » disait le Renard au Petit Prince avant de le quitter dans le chef d'œuvre d'Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944).

La personne dont je parlerai au cours de cet exposé me rappelle le Petit Prince, isolé sur sa planète au début de l'histoire. Par souci de confidentialité, je nommerai celui qui se trouve au cœur de ce mémoire, Monsieur L.. Âgé de 75 ans, il est devenu aveugle à la suite d'une tumeur de l'hypophyse survenue pendant l'année de ses 38 ans. Je l'ai rencontré lors de mon stage de troisième année au sein d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Attirée par le domaine de la déficience sensorielle, j'ai effectué mon deuxième stage cette année en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) au pôle de l'audition qui accueille des enfants sourds et malentendants jusqu'à l'âge de 6 ans. Dès mon arrivée au sein de l'EHPAD, l'impact de la diminution sensorielle sur les résidents et les interférences avec leur qualité de vie et de communication ont suscité mon intérêt, de même que la comparaison entre le mode de fonctionnement relationnel et d'action sur l'environnement des enfants malentendants du CAMSP avec celui des résidents malentendants de l'EHPAD.

Par la suite j'ai rencontré Monsieur L., ce Petit Prince d'un certain âge, dans son monde à l'écart de tous. Cet homme très solitaire, qui parle peu et bouge peu, dont le comportement candide m'évoquait la naïveté du Petit Prince. Mon attirance et ma curiosité envers le monde de la déficience sensorielle m'ont naturellement amenée à prendre en charge Monsieur L., en dépit de mon absence d'expérience au préalable avec les personnes non voyantes.

Tout au long de l'année, j'ai tenté de découvrir ce monde de la cécité, afin d'affiner ma relation avec Monsieur L. J'ai également essayé de comprendre son histoire de vie et d'analyser son comportement pour mieux percevoir son mode de fonctionnement. Monsieur L. est un homme très passif, dépendant pour son quotidien et qui ne semble finalement exister qu'au travers de l'Autre.

Une question centrale a pris forme, articulée autour de l'observation de Monsieur L. **Comment la thérapie psychomotrice peut-elle aider Monsieur L. à sortir de sa dépendance ainsi que favoriser sa reconstruction identitaire ?** En outre, son histoire de vie ne permet-elle pas de douter de la réalité d'une construction identitaire de Monsieur L. pendant son enfance ?

Il m'a paru logique et pertinent de réunir la clinique, la théorie et la discussion au fur et à mesure de l'étude, au lieu de les diviser. Ce choix d'articulation témoigne de l'évolution de ma réflexion et de mon souci d'une fluidité de lecture.

Je débiterai cet écrit en exposant le cadre institutionnel et tracerai l'histoire de Monsieur L., au travers de différentes sources.

J'expliquerai ensuite le développement des sens chez l'humain et leur importance dans la construction identitaire de la personne. Je décrirai plus particulièrement la déficience visuelle et ses différentes répercussions psychocorporelles.

J'enchaînerai avec le thème du vieillissement, Monsieur L. étant considéré socialement comme une « personne âgée ». Je traiterai des différentes représentations de la vieillesse, avant d'exposer les diverses conséquences corporelles du vieillissement, ainsi que les retentissements psychoaffectifs.

Forte de ces acquis théoriques, j'analyserai ensuite les différentes médiations utilisées pour accompagner Monsieur L. sur la voie de l'indépendance et de la socialisation. Au travers de descriptions cliniques, j'exposerai les bénéfices observés, ainsi que les limites rencontrées afin de discuter de l'intérêt de la psychomotricité dans l'accompagnement de Monsieur L..

Enfin, dans une dernière partie, je développerai ma position et mes ressentis en tant que stagiaire, future psychomotricienne. Je suis effectivement passée très rapidement d'observatrice à actrice au cours des séances. Cette prise en charge aura finalement été une co-construction identitaire.

PRESENTATION DE L'INSTITUTION

1. L'institution

1.1. L'EHPAD - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

C'est une structure médicalisée ayant vocation d'accueillir des personnes âgées. Ces dernières, pour être reçues, doivent avoir plus de soixante ans et être dépendantes. L'EHPAD peut être public, associatif ou géré par une entreprise privée. Les services et activités proposés fluctuent d'un établissement à l'autre. Toutefois, ils offrent en général un hébergement en chambre individuelle ou collective, un service de restauration et de blanchisserie, des activités de loisirs, une aide à la vie quotidienne et surveillance en continu, des soins médicaux et psychologiques. De surcroît, certains EHPAD disposent d'une unité spécifique fermée, pour recevoir les patients présentant des troubles psychocomportementaux sévères. L'EHPAD qui m'a accueillie est privé à but non lucratif, avec une capacité totale d'accueil de 85 places en chambre uniquement individuelle. Il ne dispose pas d'unité fermée.

1.2. Le personnel

Les différents pôles d'administration, logistique, médical et paramédical, rééducation fonctionnelle et soutien psychologique, hôtellerie et restauration, participent en synergie au bon déroulement de chaque journée et concourent au bien-être des résidents. Cette équipe est soudée avec une bonne cohésion. Une ambiance joviale quotidienne est ressentie entre les professionnels et les résidents. Le maître mot du personnel est la bientraitance. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'utilisateur et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'utilisateur, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'utilisateur. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

1.3. Les locaux

Les étages de l'EHPAD sont distingués par une couleur différente. Au rez-de-chaussée se trouvent la salle à manger, l'espace restauration des invités, un bar, salon, salle télévision, jardin, ainsi que l'accueil et les bureaux administratifs, la salle à manger du personnel et la cuisine. Des travaux ont été effectués au cours du deuxième semestre 2015 afin de réaménager l'ensemble du rez-de-chaussée. Les six étages, réalisés uniformément,

regroupent les chambres individuelles des résidents, ainsi qu'un salon de coiffure, un espace bien-être, une bibliothèque, une salle informatique, une salle de bains, une salle pour les kinésithérapeutes et ergothérapeutes, une salle polyvalente, un oratoire oecuménique, une salle d'activités (notamment pour la psychomotricité) et une terrasse. A ces lieux s'ajoutent les bureaux du cadre infirmier, des psychologues, psychiatre et médecin coordonnateur, ainsi que la salle de soins.

C'est un lieu chargé d'histoire et de vie. D'emblée on le remarque grâce aux nombreuses affiches et dessins des résidents, ou encore au travers de diverses citations accrochées au mur dans l'entrée. Toutes ces couleurs, ces traces de vie et empruntes de vécu participent à l'atmosphère paisible, vivante et sécurisante que l'on peut ressentir dans cet établissement. Chaque résident a la possibilité de personnaliser sa chambre en y ajoutant des meubles ou objets personnels.

2. La résidence et la psychomotricité

2.1. Le psychomotricien

Cet établissement a la chance de bénéficier des soins d'un psychomotricien, présent tous les vendredis, ainsi que certains mercredis. Il y travaille depuis plus de quinze ans et a su établir une relation de confiance avec les résidents.

Grand fervent du théâtre, et comédien à ses heures perdues, il a monté un groupe « théâtre » le vendredi après-midi, très apprécié par les résidents. Le psychomotricien anime également un groupe d'équilibre le matin, tout autant apprécié. Il prend en charge huit résidents en moyenne pour chaque groupe.

2.2. Les stagiaires psychomotriciennes

Nous étions cinq stagiaires au sein du même EHPAD à marcher dans les pas du psychomotricien au début de l'année; puis grâce à ses conseils et son expérience, nous avons su emprunter notre propre chemin au fil de l'année. En effet, chaque stagiaire proposait des séances individuelles et nous avons même monté un groupe musique et rythme avec deux stagiaires psychomotriciennes et une stagiaire psychologue, qui se déroule le vendredi après-midi. Ce groupe est fermé, nous prenons en charge quatre résidents déments à stade avancé avec troubles de la parole.

L'accueil étant chaleureux et bienveillant, je n'ai pas eu de difficulté à m'intégrer au sein de l'équipe de professionnels et de stagiaires de l'EHPAD. J'ai vite trouvé ma place et su faire mes preuves, constamment tirée vers le haut par le dynamisme et le soutien de l'équipe.

3. Gérontopsychomotricité

Avant de définir la gérontopsychomotricité, il convient d'aborder au préalable la psychomotricité. De même qu'il y a autant de psychomotriciens que de manières d'exercer la psychomotricité, je rajoute qu'il y a autant de psychomotriciens que de définitions du métier. Cette hétérogénéité souligne le versant subjectif de la psychomotricité. Je, avec mon histoire, rencontre un patient, avec son histoire. La relation ne peut être la même avec un autre psychomotricien et son histoire. Malgré une plateforme collective entre les psychomotriciens, les pierres ajoutées par la suite dépendent du vécu de chacun, de son présent et ses aspirations futures.

Un consensus quant à une définition précise de la psychomotricité serait donc vain, puisque nous pensons, interagissons et abordons le patient de façon personnelle. C'est une interaction singulière, authentique et spontanée entre deux êtres humains uniques. De surcroît, la richesse de notre métier découle du fait qu'on ne peut en localiser l'étendue précisément. « Définir c'est limiter »¹, et dans un domaine aussi vaste et intéressant que la psychomotricité, il serait regrettable d'en fixer des limites précises.

Forte de mes acquis théoriques et de leur compréhension par la pratique durant ces trois années d'études en psychomotricité, une définition que j'ai pu m'approprier et qui me parle personnellement pourrait être la suivante :

La psychomotricité tend à établir ou rétablir un équilibre psychocorporel, dans une approche globale de la personne, en envisageant le corps « comme moyen d'expression et de relation »². C'est une thérapie qui, par l'intermédiaire du corps (corps en jeu, corps en relation, corps en mouvement) vise à un mieux-être et un mieux-vivre en prenant en compte le vécu, l'état actuel et les futurs souhaits du patient. Ce dernier pourra s'adapter au mieux aux exigences de son environnement grâce à une prise de conscience de son corps, de ses capacités psychomotrices, ainsi que des ses limites au travers d'un cadre contenant à la fois physique et symbolique. Habiter son corps, se l'approprier (ou réapproprier), apprendre à l'écouter et le respecter sont les jalons d'une harmonie psychocorporelle.

La psychomotricité est une profession paramédicale passionnante, à la croisée de multiples disciplines, qui touche tous les âges de la vie, de l'accompagnement du nourrisson dans son développement psychomoteur à la personne âgée dans le maintien de ses capacités psychomotrices et de son autonomie. L'objectif final étant d'amener une relation pacifiée entre le corps et l'esprit pour permettre à la personne d'être bien dans son corps, dans la relation à l'autre et à l'environnement. C'est une thérapie qui tire sa spécificité de l'engagement corporel du psychomotricien, qui est investi dans le dispositif tout étant en dehors pour une approche réflexive.

¹ Wilde O., 1971, *Le Portrait de Dorian Gray*, p.247

² Goumas J., Le Roux F., 2001, p.15

Ce n'est que récemment que la pratique de la psychomotricité a explosé en gérontologie (science consacrée à l'étude du vieillissement humain). Il est vrai que le vieillissement de la population en France a été source d'une augmentation considérable des demandes et besoins de prise en charge en psychomotricité. De ce fait, la psychomotricité a sa place dans l'approche thérapeutique des personnes âgées et l'accompagnement de celles-ci vers la fin de vie en soins palliatifs. La psychomotricité élargit ses domaines d'application pour le plus grand bien des concernés.

La gérontopsychomotricité correspond ainsi à la psychomotricité, adaptée à la population vieillissante, c'est-à-dire une prise en charge holistique de la personne âgée. L'objectif est de favoriser l'adaptation de la personne âgée par l'accès à un mieux-être et mieux-vivre psychocorporel, ainsi que le maintien de son autonomie. Le bien-être du corps permet une meilleure régulation musculaire, vasculaire et organique. Le patient doit avoir accès à une représentation de ses ressentis par le lien entre symbolique, réel et imaginaire. La gérontopsychomotricité opère une rétroaction du corps vers l'esprit, c'est ainsi que le vécu corporel contribue à remanier l'appareil psychique.³

³ Lefevre C., Notes de cours

PRESENTATION DU PATIENT

1. L'anamnèse

« L'approche d'un résident par son histoire évite de se focaliser sur la seule symptomatologie, au profit d'une explication plus large, prenant en considération les ruptures vécues par l'individu. »⁴ Ainsi ai-je procédé pour Monsieur L., en récoltant des informations dans son dossier médical, en rencontrant son frère, en consultant les professionnels qui le suivent depuis son arrivée au sein de l'EHPAD, et en observant dans l'ici et le maintenant sa manière d'être au monde. En effet, « L'histoire individuelle et collective des hommes doit se comprendre comme un texte à déchiffrer. »⁵ C'est donc ce que j'ai tenté de faire afin de comprendre au mieux les besoins de Monsieur L.

1.1. Données du dossier patient

Monsieur L., né le 16 mai 1941, a 75 ans, il est célibataire et sans enfant. Il réside dans l'EHPAD depuis 2001. Il a un frère de 70 ans qui vient le voir régulièrement.

En 1979, l'année de ses 38 ans, Monsieur L. a été opéré suite à un adénome hypophysaire et a subi une radiothérapie. L'adénome est une tumeur, une lésion évoluant lentement, de nature bénigne. L'hypophyse est une petite glande endocrine pesant moins d'un gramme. Elle est située sous l'hypothalamus, auquel elle est appendue par la tige pituitaire. Elle repose dans une cavité osseuse appelée la selle turcique. Deux parties la composent, fonctionnant indépendamment : l'antéhypophyse et la posthypophyse, séparées entre elles par le lobe intermédiaire. La glande hypophysaire contrôle l'ensemble des sécrétions hormonales de l'organisme, directement (par la fabrication d'hormones) et indirectement (par action sur d'autres glandes, comme la glande thyroïdienne). Au dessus et en avant de l'hypophyse se situe le chiasma optique. Différents dysfonctionnements du processus hormonal sont observables en fonction de la localisation d'une atteinte hypophysaire. La tumeur hypophysaire se traite par l'hypophysectomie (ablation de l'hypophyse) et la radiothérapie.

Les conséquences de cette opération se sont révélées lourdes et inattendues pour Monsieur L. L'adénome hypophysaire, par son extension et son développement, peut également comprimer le chiasma optique et aboutir à une cécité. En effet, des suites de l'opération, Monsieur L. a été touché d'une cécité totale. Ce choc sensoriel inattendu au réveil, ainsi que le deuil de la vue engagé sont apparus comme les prémices d'une période post-opératoire difficile ; lieu d'émergence d'un syndrome anxio-dépressif et d'un état grabataire avec troubles psychotiques. Un syndrome anxio-dépressif modéré est caractérisé par un abaissement de l'humeur ou tristesse, une perte d'intérêt, loisir ou

⁴ Vercauteren R., Predazzi M., Loriaux M., 2001, p.44

⁵ *Ibid.*, p.44

plaisir, une asthénie*, des troubles du sommeil ou de l'appétit...

La personne grabataire est une personne qui ne peut quitter spontanément son lit.

Les troubles psychotiques renvoient à une désorganisation de la personnalité, un désinvestissement de la réalité extérieure et un surinvestissement de soi-même.

La cécité de Monsieur L. a également engendré un panhypopituitarisme, incapacité de l'hypophyse à contrôler les glandes périphériques, nécessitant un traitement à vie, composé d'hormones de croissance et de corticoïdes. Le panhypopituitarisme est également associé à une stérilité. De plus, Monsieur L. a fait une intoxication éthylique en 1990 et une intoxication tabagique trois ans après.

Monsieur L. est entré au sein de l'EHPAD en 2001. Une grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) a été réalisée puis revue en août 2010. Cet outil permet d'évaluer le degré de dépendance ou d'autonomie des personnes âgées dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Les résultats permettent de définir un groupe, allant de GIR 1 (dépendance totale) à GIR 6 (autonomie totale). Chaque variable se décline en trois modalités de codage représentées par les lettres A, B et C.

- Modalité A : la personne fait seule et spontanément, habituellement, totalement et correctement.
- Modalité B : la personne peut faire seule, mais ne le fait pas spontanément, ou/et correctement ou/et habituellement ou/et partiellement.
- Modalité C : la personne ne fait pas ; il faut faire à sa place.

Monsieur L. a obtenu uniquement des modalités C, le classant alors dans la catégorie GIR 1, c'est-à-dire dans le groupe des personnes ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale. Monsieur L. a besoin d'une aide totale durant le lever, coucher et transfert, ainsi que pour la toilette et l'habillage. Il est incontinent de jour, comme de nuit, et n'a pas de trouble du sommeil. Au niveau social, il est perçu comme une personne solitaire.

Un éclairage succinct sur les notions de dépendance et d'autonomie est nécessaire. « La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement. »⁶ La dépendance est donc une situation où le sujet ne peut agir seul sans l'intervention de quelqu'un, il a besoin de l'aide d'autrui. « L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même (...) l'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté. »⁷ L'autonomie se réfère au libre arbitre et correspond à une impossibilité d'appliquer des choix de vie.

Etymologiquement, la dépendance relève donc plutôt du fonctionnel, alors que l'autonomie renvoie à l'éthique. Même si ces deux notions diffèrent l'une de l'autre, elles se complètent et peuvent être intimement liées, surtout si une pathologie sous-jacente est

⁶ Corpus de gériatrie, 2000, p.91 http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/08_dependance.pdf

⁷ *Ibid.*, p.91

présente. L'avancée en âge et la survenue de pathologie ont souvent pour conséquence une perte d'autonomie pouvant être d'ordre motrice, cognitive et affective, ainsi qu'une dépendance envers une personne extérieure pour les activités concrètes.

Dans le cas de Monsieur L., la dépendance et la perte d'autonomie sont en jeu. De fait, il a besoin d'une aide d'un tiers au quotidien et ne peut prendre librement des décisions.

Un Mini Mental State Examination (MMSE) a été réalisé le 24.12.2009 avec un score de 16/30. Un autre a été effectué le 02.12.2011 avec un score presque inchangé (15/30). Enfin, le dernier MMSE date du 22.02.2013, avec un total de 8/30.

Le MMSE évalue les fonctions cognitives et capacités mnésiques de la personne. Cependant, dans le cas de Monsieur L., le résultat du test n'est pas révélateur, ni conforme à l'étalonnage, puisque que certains items du MMSE sont faussés du fait de sa cécité. Ces résultats seront développés par la suite.

D'autres informations datant de 2010, tirées du dossier médical, précisent que l'audition de Monsieur L. est bonne, tout comme son élocution. La cohérence de ses propos, la mémoire et les capacités de jugement sont considérées comme moyennes. Il présente des troubles légers d'orientation dans le temps avec une désorientation spatiale.

1.2. Entretien avec Monsieur C.

J'ai rencontré Monsieur C. un mercredi après-midi de janvier, afin d'apprendre davantage sur le vie de Monsieur L., son passé et sa personnalité. Les données du dossier médical étant non exhaustives, cette démarche d'entretien avec le frère de Monsieur L. m'a paru intéressante, dans la mesure où toute information complémentaire serait un maillon de plus dans la compréhension de la chaîne de vie de Monsieur L.. Cerner avec plus d'exactitude son fonctionnement permet une meilleure orientation et adaptation de ma prise en charge.

Monsieur C., tout comme son frère, n'est pas un grand bavard. Durant notre entrevue, il a retracé succinctement les grandes étapes de la vie de Monsieur L. sans rentrer dans les détails. Cependant, obtenir son point de vue fraternel a été intéressant. De leur enfance, Monsieur C. a le souvenir de son frère comme un enfant « immature » présentant « beaucoup de tics et une grande nervosité ». Il pense qu'à l'époque son frère n'a pas été pris en charge comme il aurait convenu. Monsieur L. n'a jamais quitté le domicile familial, car « il était trop immature pour partir. »⁸ Monsieur L. n'a pas obtenu son baccalauréat, mais est titulaire d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) en comptabilité. Il a travaillé en tant qu'employé à la Société Générale.

A l'âge de 38 ans, Monsieur L. a été opéré d'un adénome hypophysaire. A son réveil, on lui annonce qu'il est aveugle et qu'il ne récupérera pas la vue. A sa sortie de l'hôpital, il

⁸ Parole de Monsieur C.

est retourné vivre chez ses parents, domicile qu'il n'avait jamais quitté. Sa mère était particulièrement attentionnée à son égard, elle était à ses petits soins, quitte à en faire trop par peur de mettre en difficulté son fils.

En 1990, à la suite du décès du père de Monsieur L., sa mère en raison de son âge et de la lourdeur de la responsabilité a placé son fils dans une institution pour aveugles. C'est ainsi qu'à l'âge de 49 ans Monsieur L. intègre le Centre National d'Accueil des Aveugles Civils (CNAAC) à Versailles. A cette période-là, Monsieur L. était peu autonome, il sortait et se déplaçait peu. Il avait peu de contact social, hormis les visites régulières de sa mère. Monsieur C., son frère, venait le voir occasionnellement, car sa vie était chargée, le centre éloigné de son domicile, et « sa mère déjà présente pour s'en occuper ».

Quelques mois après son arrivée au CNAAC, Monsieur L. a recouvert 5-6/10ème d'acuité visuelle à un œil (éléments non inscrits dans le dossier). Il est alors devenu beaucoup plus autonome dans l'institution, fréquentant des résidents. Il a même repris son travail à la banque. Au cours de neuf années, Monsieur L. voyait d'un œil, son quotidien étant ainsi facilité, sa confiance en lui et son aisance améliorées.

En 1999, Monsieur L. perd à nouveau la vue mais reste assez autonome, dans la mesure où il connaît l'institution et ses résidents. Des souvenirs visuels ancrés dans sa mémoire l'aident à se repérer, il se déplace seul, et n'a pas besoin d'aide pour son quotidien.

En 2001, en raison de la fermeture définitive du CNAAC, Monsieur L. a intégré une autre institution pour aveugles pendant deux mois. Mais suite au décès subit de leur mère, Monsieur C. a décidé de déplacer son frère dans un EHPAD en région parisienne proche de son domicile.

A son arrivée au sein de l'EHPAD, Monsieur L. s'est retrouvé complètement désorienté, sans aucun repère et a perdu son autonomie. Monsieur C. précise que ce déclin n'est en rien la faute de l'EHPAD, mais dû aux chocs du changement d'institution, au décès de leur mère, ainsi qu'au vieillissement progressif de son frère. Monsieur C. remarque que ce dernier y a développé moins de relations sociales comparativement au premier centre pour aveugles. Au début, durant quelques mois, une dame bénévole faisait la lecture à Monsieur L., mais en dépit de son goût pour la littérature, Monsieur L. n'a pas souhaité poursuivre cette animation. Une telle désocialisation accompagnée de sa désorientation a eu un impact considérable sur l'isolement et la passivité progressives de Monsieur L. Monsieur C. lui rend régulièrement visite (deux à trois fois par semaine) pendant un petit quart d'heure, car la discussion devient de plus en plus pauvre et difficile.

1.3. Renseignements des professionnels

Monsieur L. vit dans cet établissement depuis quinze ans. Les soignants supposent qu'aucun travail d'adaptation à la cécité n'a été fait dans les précédentes institutions, car

Monsieur L. est arrivé ne faisant rien seul. Malgré la dépendance physique à son entourage pour les déplacements et actes de la vie quotidienne, Monsieur L. peut se mettre en colère facilement et être dans l'opposition.

Il apprécie le football et la musique classique. Au quotidien, Monsieur L. écoute la radio classique ou ses disques de Mozart, Schubert ou Bach. Cette habitude musicale est presque devenue un automatisme inconscient, puisque dès le matin après la toilette et l'habillage, l'aide soignante enclenche d'elle-même la musique dans la chambre de Monsieur L..

Par ailleurs Monsieur L. a avoué sa virginité à une aide soignante et sa honte face à cette révélation « qui lui fait perdre sa masculinité ».

Actuellement, il fait partie des résidents appréciés par les soignants, car « il ne fait pas de mal à une mouche »⁹. Plutôt sur un mode passif, il répond et se déplace seulement lorsqu'on le sollicite. Il est particulièrement poli et n'est pas bavard ; il répond toujours de manière laconique. Monsieur L. est calme, il ne demande jamais rien et attend qu'on vienne à lui. Il a besoin d'une aide à la toilette, aux repas et pour tous les déplacements.

Monsieur L. portait un dentier, avant que celui-ci disparaisse et ne soit pas remplacé. Il n'a plus aucune dent. Sa sphère orale est constamment stimulée par des automouvements d'ouverture et fermeture de la mâchoire et de toucher linguale imposant autour de ses lèvres. Il fait souvent des bruits avec sa bouche et touche très régulièrement le bout de sa langue/sa gorge avec son index de la main droite.

1.4. Regard personnel de stagiaire psychomotricienne

J'ai visité Monsieur L. pour la première fois dans sa chambre, au cinquième étage. Celle-ci est d'un ameublement pauvre, sans objet personnel particulier, hormis une radio. Monsieur L. est assis dans son fauteuil sur un fond musical classique, les mains dans les poches et les yeux pointant le ciel, entraînant la tête en hyper extension. La chambre est plongée dans une ambiance paisible. Monsieur L. me tend la main pour les présentations, puis l'atmosphère silencieuse, dénuée de paroles verbales, domine. Le silence créé, dois-je le briser ou le respecter ? Quelques secondes passent avant que je n'opte pour engager la discussion. Monsieur L. répond volontiers à mes questions, mais de manière très succincte. En retour, il ne me pose aucune question. Il se plie seulement à l'échange questions/réponses qui s'instaure. La discussion semble pauvre, j'ai peine à la mener, n'ayant aucune aide de relance du côté de mon interlocuteur. Je lui explique alors en quoi consiste la psychomotricité, et en quoi cela pourrait l'intéresser. Monsieur L. semble coopérant par rapport à ma proposition de rencontres tous les vendredis à 11h et lors du déjeuner.

⁹ Parole d'une aide-soignante

2. Bilan psychomoteur

Catherine Potel définit le bilan psychomoteur comme étant « un catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, émotionnelles. »¹⁰ Selon elle, les observations subjectives du psychomotricien enrichissent beaucoup l'analyse des résultats afin de mieux les comprendre et leur donner sens. « Pour cela l'objectivité absolue de l'évaluateur ne peut se substituer à une subjectivité avertie et aiguisée, celle qui anime le clinicien et qui se doit d'être tout aussi rigoureuse. »¹¹ A ce jour, il n'existe pas de bilan psychomoteur conçu et étalonné pour une population vieillissante touchée par la déficience visuelle. J'ai donc entrepris la réalisation d'un bilan psychomoteur adapté à la cécité et à l'âge de Monsieur L. (75 ans), basé sur une observation qualitative des principaux items psychomoteurs. Je me suis pour cela inspirée de certains bilans psychomoteurs existants pour les personnes âgées, en adaptant certaines consignes et modalités. A cela s'ajoutent, pour une évaluation globale plus assidue, mes observations quant à l'activité spontanée ou induite de Monsieur L. durant nos premières rencontres.

2.1. Présentation générale

Monsieur L. est, au premier abord, une personne accueillante et polie. Il tend la main pour dire bonjour, et nomme tout le monde « Madame » ou « Monsieur » - que les personnes lui soient connues ou pas, à l'exception de son frère, qu'il appelle par son prénom. Dès les premières minutes passées en sa compagnie, Monsieur L. intrigue. Son silence profond et l'absence d'interaction spontanée mènent à se demander si nous sommes bienvenus ou si notre présence l'ennuie ou l'indifférencie. Cela fait même émerger la question de savoir comment il nous perçoit comme autre, comme personne extérieure à lui-même ? Ce silence m'a placée à certains moments dans une situation gênante, m'incitant à vouloir combler le vide, à d'autres dans une posture agréable et reposante. Quelle peut être la signification sous-jacente de ce silence ? Appel à l'aide ou refus d'interaction ? Invitation à la parole ou rejet de l'échange ?

2.2. Schéma Corporel

Monsieur L. a une bonne connaissance des différentes parties antérieures du corps (tête, bras, avant bras, torse, cuisses, pieds) et des articulations. Il peut les nommer et les montrer sur lui. Hormis le dos qui est bien situé, la nuque, le mollet et le talon ne sont pas placés au bon endroit. Il désigne ces parties postérieures sur le devant du corps sans faire de différence entre la nuque et le cou, le mollet et le tibia par exemple ou encore le talon et la cheville. Il semble donc y avoir confusion entre certaines parties des côtés postérieur et antérieur du corps. Il est vrai que Monsieur L. est presque toujours assis en journée, il

¹⁰ Potel C., 2010, p.235

¹¹ *Ibid.*, p.235

investit donc peu son corps d'un point de vue dynamique, à l'exception d'une stimulation manuelle répétitive de la cuisse droite (qu'il masse avec sa main droite) et de l'intérieur de la bouche (il semble se gratter la langue à l'aide de son index droit).

Le temps de réaction de Monsieur L. est raisonnable, il n'hésite pas lors de ses réponses. Il désigne les différentes parties du corps à l'aide de l'index de sa main droite, ou grâce à ses deux mains.

J'observe enfin que, pour situer les parties du corps avec orifice au niveau de la tête (les oreilles, le nez, la bouche), Monsieur L. les place correctement, mais en les désignant avec un doigt dedans. Il met le doigt sur la langue pour désigner la bouche. Il met les deux index dans les oreilles pour désigner celles-ci, et met le doigt dans le nez pour situer ce dernier. Ayant déjà remarqué plusieurs fois que Monsieur L. met le doigt dans son nez ou dans sa bouche, peut-être l'a-t-il fait à nouveau par réflexe quand je lui ai demandé de situer ces parties. Gardons en tête que les orifices constituent une jonction, porte d'entrée entre l'intérieur et l'extérieur du corps.

2.3. Latéralité

La latéralité est un état correspondant à une asymétrie fonctionnelle. Elle se met en place grâce au processus dynamique de la latéralisation. On considère que, vers l'âge de huit ans, l'enfant est latéralisé et a acquis la réversibilité. Il peut alors orienter son corps propre correctement.

Monsieur L. est latéralisé à droite au niveau manuel et pédestre. Il utilise au quotidien ses deux mains – il a d'ailleurs une bonne coordination bimanuelle, mais avec préférence pour la main droite lorsqu'il s'agit d'activité ne sollicitant qu'une seule main. Lorsque je lui tends un objet, il le saisit toujours avec la main droite. Il tient également ses couverts de la main droite. Je remarque que son pied dominant (à la fois pied d'appel, pied d'appui et d'action) est également le droit (pied avec lequel il entame la marche, et qu'il utilise spontanément pour tirer dans un ballon par exemple).

Il différencie la droite et la gauche sur son corps propre, mais pas sur autrui. Quand je me positionne face à lui, mains dans les mains, et que je lui demande par exemple de serrer ma main gauche, il serre sa main gauche. Il n'a pas conscience de la réversibilité, même après explications de ma part, il continue de serrer sa main gauche pour désigner ma main gauche. Il en va de même à droite.

2.4. Espace

Monsieur L. connaît les repères topologiques simples : droite/gauche, haut/bas, devant/derrière, entre, dessus/dessous. Il peut les situer sur soi sans difficulté, ainsi que dans son espace proche. Il s'organise uniquement sur un référentiel égocentré, c'est-à-dire en utilisant son corps propre comme référent stable, fixe. Monsieur L. connaît le nom de la structure où il réside, il sait qu'il se trouve dans une maison de retraite et la situe correctement géographiquement (dans Paris, Ile de France). Il peut également se rappeler

l'étage de sa chambre (cinquième étage). En revanche, il ne peut situer, ni se souvenir du mobilier de sa chambre (lit, table, commode).

De manière générale, l'espace est peu investi par Monsieur L.. Il tend régulièrement sa main droite sur le côté pour toucher ce qui se trouve à côté de lui, mais se limite à cette investigation. Il bouge peu de son fauteuil, et n'est pas demandeur d'en sortir. Son champ d'action se restreint à l'espace de son fauteuil.

Monsieur L. différencie bien la droite et la gauche dans son espace proche. Il fonctionne sur un mode égocentré (son corps est le référentiel). Lorsqu'il s'agit de situer des objets entre eux, positionnés en face de lui dans son sens et sa direction, à l'horizontale, Monsieur L. ne présente aucune difficulté. (L'objet C est à droite de l'objet B, l'objet A est à gauche de l'objet B, l'objet B est entre l'objet A et C etc.). De même, une fois les objets changés de place entre eux, Monsieur L. ne tombe pas dans le piège de la répétition par apprentissage, mais désigne bien les objets dans la nouvelle position où ils se trouvent.

2.5. Temps

Monsieur L. présente d'importantes difficultés de repérages temporels. Il ne se souvient jamais de la date (ni le jour, le mois ou l'année) et se trompe dans les heures de la journée. En revanche, il se souvient toujours du jour de la semaine, il semble avoir bien associé le vendredi à sa séance de psychomotricité. Il n'a pas la notion des différents moments de la journée (matin/midi/soir). Avec indiciage, il peut mieux se repérer dans le temps et peut réussir à trouver la date du jour, mais pas le moment de la journée. Il est même parfois très étonné lorsque je lui donne l'heure.

Cependant, il connaît bien sa date de naissance, son âge ainsi que celui de son frère (70 ans). On peut se demander d'ores et déjà si les difficultés de repérage temporel de Monsieur L. se situent plutôt dans le champ des fonctions exécutives (la planification des tâches) ou au niveau de la chronologie ?

2.6. Tonus

« Le tonus constitue le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement et se trouve en cela au carrefour du psychique et du somatique. »¹² Monsieur L. présente un contraste flagrant entre une hypertonie au réveil (hypertonie de fond et d'action) et un relâchement musculaire important au repos. Quand il est éveillé et assis sur son fauteuil, son buste et sa tête sont en extension, les bras souvent croisés ou dans ses poches. Monsieur L. présente beaucoup de syncinésies*¹³ buccales. En revanche, quand il est endormi sur son fauteuil, tout est relâché, le buste s'enroule, les bras tombent et le visage se ramollit.

L'examen du tonus a révélé une impossibilité de relâchement musculaire volontaire (paratonie) lorsque je tentais de mobiliser ses membres. En effet, la mobilisation était

¹² Robert-Ouvray S., Servant-Laval A., 2011, p.145

¹³ Les mots suivis d'une * sont définis dans le glossaire p.102

entravée par une tension parasite, m'empêchant d'apprécier correctement son extensibilité. Mais à ma demande de plier les bras et mettre la main sur l'épaule par exemple, il s'exécute volontiers tout seul. Enfin j'observe la présence du ballant au niveau des poignets, coudes et des chevilles et jambes. Par souci d'accommodation, je n'ai pas évalué le ballant des épaules.

2.7. Sphère motrice

2.7.1. *Motricité globale*

Malgré la bonne amplitude des mouvements au repos et une bonne coordination, Monsieur L. ne s'en sert que peu lorsqu'il est en mouvement. La vitesse d'exécution demeure relativement faible. Mais lorsqu'il est assis, il peut lever, plier ses jambes et bras aisément et correctement avec une vitesse relativement soutenue.

Lorsqu'il se déplace seul, en avant et arrière, sans être guidé, cela ressemble à du sur-place. Après avoir « avancé » ou « reculé », Monsieur L. est toujours à la même place, à quelques centimètres près. Lorsque sa marche est guidée, il avance vers l'avant plus facilement avec de fréquentes pauses (tous les trois pas environ). Il peut également avancer et reculer à l'aide de support (utilisation des barres parallèles), en tenant toujours celui-ci avec ses deux mains.

Monsieur L. descend et monte les escaliers en étant guidé avec une main sur la rambarde et son autre main dans la mienne. Je me situe alors une marche au dessus de lui, sur son côté. En revanche, il ne peut pas monter ou descendre l'escalier seulement à l'aide de la rambarde. Il a besoin d'être soutenu également du côté de sa main libre. De fait, spontanément, si je ne lui tiens pas la main, il cherchera l'appui de la rambarde avec ses deux mains ; la montée et descente des escaliers se révèlent alors très compliquées.

Lors de la marche, le tonus est important au niveau des membres inférieurs (genoux en extension, jambes raides, pieds plaqués au sol) et supérieurs (agrippement des mains), ce qui génère un manque de souplesse, d'amplitude et d'aisance dans le mouvement. Monsieur L. n'avance que lorsqu'il est guidé, donc il n'y a pas de ballant des bras puisqu'il s'accroche généralement bras tendus aux mains de l'accompagnateur situé en face de lui. Je note une absence de déroulement des pieds ; Monsieur L. traîne des pieds. La tête est généralement en légère extension, le tronc est projeté en arrière et le polygone de sustentation réduit.

Lors des transferts (assis/debout), Monsieur L. entame brusquement le mouvement et puis s'arrête avant d'atteindre la position debout ou assise. Il attend le soutien physique de l'accompagnateur dans son mouvement pour pouvoir le finaliser.

2.7.2. *Motricité fine*

Lorsque je présente un objet à Monsieur L., l'exploration tactile est pauvre et non organisée. Le toucher est bi-manuel, mais reste seulement global sans rentrer dans les détails caractérisant l'objet. De manière générale, il ne reconnaît que peu d'objets. Le

déliement digital est faible, et la motricité peu précise. Cependant, il peut se servir d'une cuillère pour manger avec sa main droite, acte qui se fait en coordination avec la main gauche qui tient l'assiette. Il peut également boutonner et déboutonner sa chemise.

2.8. Sphère cognitive

Le MMSE (Mini Mental State Examination) évalue l'état cognitif au travers de six sous catégories (orientation, apprentissage, attention et calcul, rappel, langage et praxies constructives). Plusieurs MMSE ont été réalisés le 24.12.2009, le 02.12.2011 et le 22.02.2013. Voici un tableau récapitulatif des résultats obtenus :

Items / Année	2009	2011	2013
Orientation	6/10	7/10	5/10
Apprentissage	3/3	3/3	3/3
Attention et calcul	4/5	3/5	0/5
Rappel	0/3	0/3	0/3
Langage	3/8	2/8	0/8
Praxies constructives	0/1	0/1	0/1
Total	16/30	15/30	8/30

Il est important de prendre en compte le fait que la réalisation des épreuves de langage et de praxies constructives nécessite la vue, les scores notés sont donc faussés par la cécité de Monsieur L.. On ne peut donc pas les interpréter correctement, mais j'observe tout de même que ces résultats sont assez fluctuants. Hormis l'apprentissage toujours réussi et le rappel à l'inverse toujours échoué, le reste des scores diminuent en général avec le temps. A la lecture de ce tableau, on peut se demander dans quelle mesure la mémoire est-elle atteinte. A titre indicatif, j'ai proposé également certains items du MMSE à Monsieur L. en novembre 2015. Bien évidemment les résultats et conditions ne permettent pas plus d'évaluer normalement le test. J'ai toutefois trouvé intéressant de l'effectuer, afin d'observer qualitativement l'évolution des différents domaines.

Il obtient 6/10 pour l'item Orientation. Malgré les quelques confusions dans la date (2016 au lieu de 2015 notamment), il sait parfaitement où il se trouve géographiquement et dans l'EHPAD. L'item Apprentissage a été complètement réussi (3/3). Monsieur L. me donne les trois mots appris sans difficulté. Pour ce qui est de l'Attention et du Calcul, Monsieur L. obtient 3/5, sachant que les deux derniers points ont été perdus seulement à cause d'une petite erreur de calcul. De fait, la consigne est de compter à partir de 100 en enlevant 7 à chaque fois. Monsieur L. a répondu : 93 – 86 – 79 – 72 – 66. Je note donc que Monsieur L. fait preuve de bonnes capacités logico-mathématiques. De plus, il est réactif et son temps de réponse n'est pas long.

Concernant l'item de Rappel, Monsieur L. ne réussit pas à donner les trois mots appris auparavant dans l'item Apprentissage. (0/3) Il ne tente pas de réfléchir et me répond directement qu'il ne sait pas. A ce moment-là, j'observe qu'il se frotte en même temps la

cuisse droite. Enfin, pour le Langage, Monsieur L. décroche le maximum de points qu'il pouvait obtenir, du fait de sa cécité (5/8). Il reconnaît facilement les deux objets présentés (la montre et le stylo). Il comprend et applique bien la consigne pour la feuille à plier et jeter avec la main droite. Le reste de l'item Langage, ainsi que l'item des Praxies constructives n'ont pas été passés puisqu'ils requièrent la vue pour réussir.

Il n'est pas possible d'interpréter ces résultats car non seulement les modalités sont biaisées du fait de sa cécité mais aussi les conditions dans lesquelles les MMSE ont été réalisés auparavant ne sont pas connues. En revanche, le passage de ces quelques items du MMSE s'est révélé intéressant, faisant apparaître notamment une amélioration dans les domaines de l'Attention et Calcul et celui du Langage. En effet, alors qu'en 2013, Monsieur L. obtint zéro point pour les deux, en 2015 son score remonte étonnamment.

2.8.1. Langage

Monsieur L. s'exprime correctement, il utilise de manière adéquate les mots. Son langage est adapté à la discussion. Ses phrases sont généralement courtes et bien construites. La compréhension semble bonne, tout comme l'expression, même si celle-ci demeure faible.

2.8.2. Mémoire

Jean-Claude Carric définit la mémoire en tant qu'« extraordinaire capacité de l'organisme à s'abstraire des causes externes pour se soumettre à des déterminations internes puisées dans l'expérience passée. »¹⁴ Le test de fluence verbale évalue la capacité à retrouver spontanément en mémoire et évoquer, principalement à l'oral, des mots selon une consigne donnée dans un temps imparti. La première épreuve évaluant la mémoire sémantique s'est révélée difficile pour Monsieur L. qui n'a pu donner seulement trois noms d'animaux (canard-loup-oie), même après sollicitation de ma part et indigage. Elle l'a été également pour la deuxième épreuve évaluant la mémoire lexicale, durant laquelle il n'a donné qu'un seul nom commençant par la lettre P (Poule).

Le score du test de fluence verbale pour un homme sans pathologie cérébrale, entre 70 et 85 ans, de niveau 1 (niveau d'études < ou égal à 9 ans) est 27,14 +/- 8,53 (écart-type). Donc une moyenne de 19 à 35 mots.

Or ici, la déviation standard correspond à $(3-27,14)/8,53 = -2,83$. Le score est donc considéré comme pathologique. Cependant, je tiens à compléter ce résultat au travers d'une analyse qualitative. De fait, la mémoire sémantique de Monsieur L. est relativement correcte lors de conversations et d'échanges. Une inhibition et un défaut de récupération seraient peut-être en cause. Le profil de Monsieur L. serait plutôt frontal (où se situent les fonctions exécutives) que temporal (où est logé le stock sémantique).

Au cours de la passation du test, il montre des signes de fatigue, d'insécurité ou de désintérêt (il frotte sa jambe, gratte sa langue, fait du bruit avec sa bouche.) Lorsque je lui demande s'il veut que l'on arrête il me répond positivement. J'ajoute à cette partie relative

¹⁴ Carric J-C., 2014, p.100

à la mémoire une observation supplémentaire ; Monsieur L. chante de temps en temps, et se souvient de beaucoup d'airs français qu'il récite sans difficulté.

2.8.3. *Attention et Calcul*

Monsieur L. possède de bonnes capacités attentionnelles (temps de réaction court), mais parfois aussi il présente des absences. A-t-il bien entendu ? En a-t-il assez ? Est-ce une manière de dire qu'il veut arrêter ? Il est difficile pour moi de répondre à ces questions. Nonobstant, j'observe dans ces moments-là qu'il masse sa jambe droite ou rassemble ses mains sur sa tête et enroule le torse vers l'avant comme s'il se recroquevillait. J'ai l'impression qu'il se rassemble vers l'intérieur et qu'il se ferme à l'échange.

Son attention n'est pas fonctionnelle sur une trop longue durée. Des pauses régulières se révèlent indispensables pour qu'il ne se sente pas assiégré, ni ne ressente l'ennui.

Par rapport au calcul, il semble avoir conservé de bonnes capacités logico-mathématiques. Peut-être était-ce un domaine qu'il appréciait et dans lequel il réussissait. Il est certain que son travail dans une banque l'a amené à manipuler régulièrement les chiffres et les nombres.

2.9. Sphère sociale

Malgré une politesse hors pair, l'échange avec Monsieur L. reste indigent. Il n'alimente pas la conversation de lui-même et prend peu d'initiatives. Hormis les conversations avec les aides soignants et son frère, il a peu, voire pas du tout, de relations sociales avec son entourage. Lorsqu'il se trouve dans le salon, ou dans la salle à manger, il ne parle pas et personne ne vient lui parler. Il n'est pas réfractaire lorsque l'on vient le voir. Mais il n'entretient, ni ne relance toute velléité d'échange. Il est comme imprégné d'une passivité dont il ne se plaint pas. Il semble même se complaire dans ce retrait social.

2.10. Conclusion

A la vue des différentes observations et évaluations des items psychomoteurs, il ressort principalement des difficultés d'orientation spatio-temporelles, difficultés mnésiques, un défaut de régulation tonique, ainsi que des difficultés lors des déplacements. Les capacités attentionnelles de Monsieur L. diminuent sur une longue durée, ainsi que sa coopération durant les épreuves et participation dans la relation.

VISION ET DEFICIENCE VISUELLE

1. Préambule sur les sens

1.1. Historique et définition du sens

Le terme « sens » soulève une polysémie dans sa définition ; il peut être entendu selon trois directives. Tout d'abord le sens comme étant sensation, impression, sensibilité, sensibilité. Ensuite, le sens comme étant direction, intention, orientation, chemin. Enfin, le sens comme signification, compréhension, explication, représentation. Une bien grande responsabilité et richesse étymologique pour un mot si court ! La tridimension de ce terme demeure intéressante. En effet, si on la ramène au corps du bébé, instrument sensoriel incroyable, la première directive (le sens comme sensation) correspond alors au support des interactions avec l'Autre et de découverte du monde. Durant le stade sensori-moteur du bébé, l'investissement de ses sens lui permet d'organiser sa motricité et ainsi de donner un sens (direction, intention) à ses gestes, mouvements. Progressivement, en lien avec son développement sensori-moteur, la maturation nerveuse et l'échange avec son entourage, le bébé pourra finalement donner du sens (signification, compréhension) dans sa relation à soi et avec son environnement. Outre les trois définitions différentes du « sens », celles-ci sont ainsi imbriquées et s'étayent conjointement.

Je tenterai de définir plus précisément la première directive, celle où le sens fait écho à la sensation, à l'impression, en débutant par un bref historique de la conception et de la compréhension de ce mot. En effet, depuis l'aube des temps, la thématique des sens questionne et anime de nombreux débats. On retrouve dès l'Antiquité des philosophes qui ont abordé cette notion intrigante de la sensation et de la perception.

Le *Traité De l'Ame* d'Aristote expose la première théorie sur la perception, se distinguant de la sensation. Ce célèbre philosophe grec du IV^{ème} siècle avant J-C affirme que l'ensemble des objets de l'environnement peut être perçu avec ces cinq sens. En effet, dans son livre *Trois du Traité De l'Ame*, Aristote soutient « qu'il n'y a point d'autre sens que les cinq sens ordinaires, je veux dire la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher ». La pensée empiriste d'Aristote était donc que rien ne peut exister dans la conscience qui n'ait d'abord été perçu par nos sens. La connaissance du monde s'effectue d'abord par l'ensemble de nos expériences sensorielles. Il ajoute alors dans *La Métaphysique* la célèbre expression « *Nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu* » (« Rien dans notre intelligence qui ne soit passé par nos sens »). Aristote émet également l'existence d'un sixième sens, le sens commun, qui permettrait l'unification des informations en provenance des organes sensitifs.

Avicienne, un savant philosophe et médecin persan des années 1000, reprend les propos d'Aristote dans son œuvre philosophique, le *Kitâb al-Shifâ* (livre de la guérison). Selon lui, tout comme les cinq sens externes (ouïe, vue, audition, goût et odorat), il existe

aussi cinq sens internes qui sont : le sens commun, l'imagination, la vertu imaginative, la vertu estimative et la mémoire.

Plus tard encore la question remue notamment Saint Thomas d'Aquin, un religieux de l'ordre dominicain du XIII^{ème} siècle et philosophe dont la pensée s'inspire de celle d'Aristote et du christianisme. Il distingue les sens externes (vue, ouïe, odorat, toucher et gout) des sens internes qu'il regroupe cette fois au nombre de quatre, en rassemblant l'imagination et la vertu imaginative si on reprend celles citées par Avicenne. Les sens internes se résument alors par le *sensus communis* (le sens commun) *phantasia sive imaginatio* (l'imagination ou fantaisie) et *intentiones aestimativa* (l'estimative) et *memoria* (la mémoire).¹⁵

Ces brefs exposés de certaines pensées philosophiques montrent bien que déjà durant l'Antiquité, les sens ont été étudiés en corrélation avec l'activité du cerveau et l'histoire du sujet. En plus des « sens externes », les « sens internes » tendent à être définis, afin d'expliquer le lien entre les sensations, perceptions et représentations, ainsi qu'entre les sensations et connaissances. De plus, la notion de subjectivité est introduite implicitement au travers « de la vertu imaginative et de l'imagination » qui sont propres à chacun. La mémoire, citée comme sens interne, pourrait être l'origine de ce que l'on nomme actuellement « la mémoire sensorielle » et « la mémoire corporelle ». On pourrait classer ainsi les sens internes comme sens individuels colorant les sensations selon l'histoire de chacun, hormis le sens commun qui serait plus universel, si on considère qu'il participe au discernement et à la synthèse des sensations.

La liste des cinq sens externes définie autrefois par Aristote amène bien plus tard à un consensus scientifique autour de ce fameux nombre cinq. En effet, de nombreux scientifiques parlent maintenant de neuf sens –certains iraient même jusqu'à vingt-et-un sens ! La proprioception, la nociception, l'équibrioception et la thermoception seraient les quatre autres sens supplémentaires principaux dont l'homme serait doté. A cette liste nous pourrions aussi ajouter le sens des masses et la somesthésie.

La proprioception est considérée comme le 6^{ème} sens qui constitue notre identité corporelle. Ce système sensoriel englobe l'ensemble des récepteurs proprioceptifs du corps (articulaires, ligamentaires, musculaires) qui permettent de signaler au cerveau les variations de tensions et mouvements du corps. Selon Alain Berthoz, en 1997, « La proprioception, c'est le sens musculaire, le sens du corps dans l'espace. »¹⁶ Ce sens joue un rôle dans l'ajustement postural et spatial et peut être conscient ou inconscient. Chaque humain est donc doté de minimum cinq sens universels et irréfutables : la vue, l'ouïe, le tact, l'odorat et le goût, auxquels nous pourrions également ajouter des sens plus personnels, lesquels au contraire, ne sont pas donnés à tout le monde, comme le sens de l'humour ou de l'orientation ! –mais cela relève d'un autre débat que je ne développerai pas ici pour cause de bon sens (!).

¹⁵ di Martino C., 2008, pp. 86 -90

¹⁶ Berthoz A., cité par Robert-Ouvray S., Servant-Laval A., 2011, p.246

Le Larousse Médical définit alors ces cinq sens comme une fonction physiologique de relation avec le monde extérieur, permettant d'apporter au cerveau des informations sur celui-ci et de les rendre conscientes. Les sens servent de systèmes récepteurs et émetteurs d'informations, via les organes sensoriels, les transmissions nerveuses et l'interprétation au niveau cérébral. C'est le cerveau qui interprétera les influx nerveux pour transformer la sensation éprouvée en perception.

1.2. Ordre d'apparition des sens

L'aventure sensorielle commence déjà in utero, dès le stade précoce de la gestation. Par ordre d'apparition, le fœtus développe progressivement : le toucher, le goût, l'odorat, l'ouïe puis la vue, selon un processus déterminé. A la fin du deuxième mois de grossesse, le bébé réagit au toucher par la pression sur sa peau du liquide amniotique. Il ressent ses premières sensations. Vers la 12^{ème} semaine, apparaissent les récepteurs cutanés au niveau du visage, des paumes des mains, plantes des pieds. Autour de la 20^{ème} semaine, le corps entier du bébé en est doté. Le goût et l'odorat apparaissent au cours du quatrième mois. Les papilles gustatives du bébé sont en place, c'est par le liquide amniotique qu'il goûtera ce que sa mère mange et reconnaîtra les quatre saveurs de base : le sucré, le salé, l'amer et l'acide. En général, sa préférence se tourne vers le sucré, et à l'inverse, il est réticent à l'acide ou l'amer. Le bébé goûte donc au liquide amniotique et est également sensible au parfum de sa mère, qu'il gardera d'ailleurs en mémoire à sa naissance. Dès sa conception, le bébé baigne dans les bruits internes de sa mère, c'est-à-dire, les battements de son cœur, les bruits digestifs ou circulatoires. L'ouïe est particulièrement aiguisée au bout du cinquième mois, puisque le bébé perçoit les sens extérieurs. La vue est le dernier sens à se développer, même à la naissance du bébé elle n'est pas encore au point (son champ visuel net est limité à 30 cm).

1.3. Les sens dans le développement du bébé

En suivant le développement du bébé selon Jean Piaget, durant la période sensori-motrice (de la naissance à 18 – 24 mois), le bébé utilise son corps comme un moyen d'exploration, de manipulation et compréhension du monde. « Cette période sensori-motrice se caractérise par le fait que les matériaux principaux qui alimentent l'activité psychique sont de nature sensorielle et motrice et que ces matériaux sont des objets de connaissance. »¹⁷

Le corps devient alors un véritable instrument de connaissance du monde, et offre multiples possibilités d'interactions avec celui-ci. Le bébé dispose de ces systèmes sensori-moteurs, biologiquement déterminés, qui possèdent deux propriétés : « une capacité de traitement des flux sensoriels et une capacité de traitement des propriétés

¹⁷ Bullinger A., 2004, p.70

spatiales des stimulations rencontrées ».¹⁸ Ces flux sensoriels (flux gravitaires, tactiles, auditifs, visuels et olfactifs) constituent pour André Bullinger un moyen de régulation tonique (il citera également le niveau de vigilance comme autre moyen). Julian de Ajuriaguerra (1962) précise à ce sujet que le milieu humain supporte également cette régulation tonique. Dès les premières interactions, la vue permet d'être en communication et de créer des liens affectifs ; par exemple avec les sourires et imitations entre le bébé et sa mère. Les sens nous permettent non seulement de recevoir, mais également d'émettre ; ils sont d'authentiques instruments d'échange. Ce sont des fenêtres sur l'extérieur. « La sensibilité des voies sensorielles participe aux sollicitations, qu'elles soient internes ou externes, et permettent une continuité d'échanges avec l'entourage. »¹⁹

Bullinger ajoute que l'accès aux représentations spatiales est permis grâce à la coordination entre les flux visuels et les différentes postures. Celle-ci aboutit à une ouverture vers l'environnement et une exploitation de l'espace par la constitution de moyens instrumentaux. « Quand l'œil « parle » à la main, leur langage est l'espace »²⁰. L'enfant ne regarde pas seulement pour voir ce qui l'entoure mais aussi pour agir. « Ce sont les stimuli visuels qui excitent la curiosité du bébé et le lancent dans l'exploration tactile, olfactive et gustative des objets et passent à portée de sa main. Il y a une relation étroite entre le système moteur et le système visuel. »²¹

Le bébé apprendra progressivement à s'approprier ces fonctionnements sensori-moteurs qui constituent alors de véritables « outils pour voir, sentir, manipuler, se déplacer ». ²² Durant cette période de découverte du monde, le bébé passe d'une motricité involontaire globale à une motricité volontaire plus précise et élaborée. « Regarder est toujours sous tendu par le désir de voir. »²³ La curiosité enrichit les expériences du bébé qui oriente délibérément son regard, fixe une cible, donne une direction à ses mouvements, bouge volontairement son corps avec une intention, et mobilise son corps dans la relation. « Si l'œil c'est la vision, le regard c'est, très tôt, un moyen de relation »²⁴

Le dialogue tonique est un concept lancé par Henri Wallon en 1930. Il est lié à la maturation du système nerveux central, s'installe dès la prime enfance entre le parent et son bébé. Il s'enrichit et perdure toute la vie en formant le support de la communication infraverbale et de la régulation tonico-posturale. « Communication avant tout non verbale, corporelle où *la fonction tonique assume dès le début le rôle organisateur de toute la communication.* »²⁵ Ce dialogue tonique peut être conscient ou inconscient et donne racine aux émotions. Wallon souligne à ce sujet que « les émotions sont une formation

¹⁸ *Ibid.*, p.71

¹⁹ Caron R., 2000, p.44

²⁰ Bullinger A., 2004, p.88

²¹ Sabourin R., p.121

²² Bullinger A., 1982, p.8

²³ Rouchy S., Aubry C., 1995, p.34

²⁴ Vurpillot E., 1981, p.53

²⁵ Boscaini F., 2004, p.13

d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire. » Ce dialogue tonique met en jeu les différents sens. C'est en effet un échange de sensations et de tensions. En 1977, Ajuriaguerra reprendra alors ce concept pour décrire le « dialogue tonico-émotionnel ».

En se référant à la théorie de l'étayage psychomoteur de Suzanne Robert-Ouvray, l'immaturation neuromotrice du nourrisson se caractérise par une bipolarité tonique au travers d'une hypertonicité périphérique et une hypotonie axiale. Ces états toniques primaires du bébé sont liés à ses réactions affectivomotrices. Le bébé alternera ses positions entre une hypertonicité dure et désagréable et une hypotonie plutôt molle et agréable. « Tout le processus intégratif visera la différenciation des deux champs moteur et affectif puis leur alliance nouvelle subjective dans des liens psychomoteurs singuliers. »²⁶ Quatre niveaux d'organisation s'étayent à partir de ces pôles opposés : les niveaux tonique (contractions et relâchements musculaires), sensoriel (sensations proprioceptives), affectif (affects agréables et désagréables) puis représentatif (association d'images aux pôles toniques). S. Robert-Ouvray ajoute un cinquième niveau, qui correspond au langage et s'édifie sur la base des quatre autres. Cette théorie sur l'étayage psychomoteur de l'enfant montre donc à quel point tonus, posture, sens, affects et représentations sont intriqués. « En articulant ces deux séries de sensations d'une façon originale et unique, le bébé pose les bases psychocorporelles de sa personnalité. »²⁷ Un défaut durant l'un de ces quatre niveaux de base pourra facilement déséquilibrer l'organisation psychocorporelle de l'enfant.

Les sens permettent finalement de révéler et de différencier le soi du non-soi, le réel de l'irréel. Bien qu'universels et communs à tous, ils sont aussi personnalisés pour former une possession singulière inestimable. L'étroite corrélation entre les sens, l'histoire et la personnalité du sujet accompagne la construction identitaire d'un soi unique et différencié de l'autre. Les sens sont une source extraordinaire de connaissance, de compréhension du monde et d'interaction avec celui-ci.

On comprend bien au travers de ce rapide exposé du développement psychomoteur de l'enfant l'importance du sens visuel. « La constitution du corps comme point d'appui, la gestion des mouvements et des déplacements ainsi que la constitution des relations spatiales sont des dimensions essentielles traitées par le système visuel. »²⁸ Un déficit de celui-ci induit une non-instrumentalisation et une non-coordination des différents segments corporels. « Cette modulation permanente du tonus par le flux visuel va permettre de constituer un fond tonique qui va relayer la synergie globale typique du nouveau-né. »²⁹ Le bébé aveugle ou malvoyant aura alors des difficultés dans la régulation tonique, et le milieu humain représentera d'autant plus un secours dans son

²⁶ Robert-Ouvray S., 2002, p.78

²⁷ Robert-Ouvray S., 2007, p.125

²⁸ Bullinger A., 2004, p.118

²⁹ *Ibid.*, p.114

développement psychomoteur et psychoaffectif. « La privation de la vue diminue donc l'information perceptive disponible sur l'environnement, et elle a un retentissement sur l'activité motrice qui perd son principal système d'incitation, de guidage et de correction. »³⁰

Parallèlement au développement moteur de l'enfant, vont également se développer les fonctions cognitives (attention, mémoire, langage), bases essentielles de tout apprentissage. Cette harmonie développementale prend source grâce à l'ensemble des sens de l'enfant. « Le développement psychique de l'enfant passe par l'étape fondamentale de la sensori-motricité, fondée sur les sensations intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives. »³¹ Une déficience sensorielle serait donc à l'origine par la suite de difficultés relationnelles, motrices et cognitives, si aucune adaptation n'a été faite.

Au détour de ces résumés sur le développement sensoriel (particulièrement le visuel) et son importante implication et corrélation dans les développements moteur, cognitif et affectif, je tiens à défaire certaines représentations que les voyants peuvent avoir sur la cécité notamment. Certes, un déficit sensoriel impacte pour beaucoup le développement de l'enfant. Cependant, ce n'est ni une fatalité, ni une destinée vouée à un perpétuel retard ou déséquilibre. Si on prend en compte l'expérience de Pierre Villey, écrivain qui a perdu la vue à l'âge de quatre ans, on comprend que la malvoyance ou la cécité n'est pas un gage essentiel de réussite individuelle. Malgré le retard de développement psychomoteur et la perturbation des interactions primaires, « La vue n'est pas nécessaire au bon fonctionnement de la pensée »³². Finalement, si l'entourage et la personne concernée évoluent dans un environnement stimulant et favorable, le développement – qu'il soit moteur, cognitif ou affectif, trouvera une fin heureuse. A ce sujet, j'aimerais évoquer Hélène Keller, qui malgré sa surdité et sa cécité précoces, fut d'une grande notoriété intellectuelle par la réussite à utiliser ses handicaps comme force dans sa vie. Elle est l'auteur principalement de son autobiographie *Sourde, muette, aveugle : histoire de ma vie*.

1.4. La plasticité cérébrale

Je souhaite rappeler suite à ces témoignages la notion de plasticité cérébrale, qui intervient dans l'adaptation au déficit visuel. La plasticité cérébrale « est la capacité du cerveau à modifier l'organisation de ses réseaux de neurones en fonction des expériences vécues par l'organisme. Cela consiste à aménager et à réaménager des chemins dans le

³⁰ Hatwell Y., 2003, p.7

³¹ Canizarez Hernandez M., 2004, p.22

³² Villey P., *Le Monde des Aveugles*, 1914

cerveau pour faire circuler des informations, recruter des neurones, augmenter le nombre de connexions et libérer plus de neuromédiateurs. »³³

La plasticité cérébrale correspond à la faculté de compensation du cerveau. Le cerveau une fois mature, restera en permanente reconstruction. Les connexions neuronales formées durant le développement du bébé ne sont pas immuables. Le cerveau est en perpétuel remaniement. Il a la capacité de faire et défaire les connexions synaptiques, et de réorganiser ses réseaux neuronaux selon l'histoire individuelle. Cette plasticité dépend non seulement de facteurs inhérents à soi-même (personnalité, volonté, motivation, etc.), mais également extérieurs à soi (place de l'environnement et de l'entourage dans la stimulation). Apprentissage, entraînement et répétition sont les conditions pour jouer sur la plasticité cérébrale. Celle-là d'une manière générale est donc sollicitée au travers des expériences vécues.

Suite à un déficit –qu'il soit d'ordre moteur, cognitif ou affectif, la plasticité neuronale a un rôle important dans la réorganisation et l'adaptation du fonctionnement de la personne. C'est un atout à solliciter et exploiter par les expériences. Mais il est nécessaire que la personne soit dans un état conscient et volontaire d'évolution et que son environnement soit bon et stimulant pour pouvoir changer le cours des choses. Or, pour en revenir à Monsieur L., je ne peux savoir dans quel état mental il se trouvait durant toutes ces années qui succédèrent à l'événement traumatique de la cécité. Volonté de reprendre une vie active ou désespoir et stagnation dans une position de passivité ? Il semble également qu'il n'ait pas eu un environnement suffisamment stimulant et adapté à sa cécité suite à son opération. Il n'a pas bénéficié d'aide particulière pour « accepter son handicap », ni pour « apprendre à être aveugle » pas plus qu'il n'a suivi de formation d'adaptation à la cécité. Je peux supposer, non affirmer, que Monsieur L. aurait pu conserver son indépendance plus longtemps si un accompagnement (psychologique pour le travail du deuil et la relance objectale ainsi que rééducatif pour la locomotion) lui avait été proposé.

1.5. Voir, sentir et percevoir

Trois dimensions ressortent du fonctionnement visuel : à la fois voir, se voir et être vu. Sentir, se sentir et être senti. Percevoir l'extérieur, se percevoir et être perçu. La perception consiste à donner du sens à un stimulus. Il n'y a pas de perception sans signification. « Il n'y a aucune idée dans l'esprit de l'homme qui n'ait été engendrée totalement ou partiellement par les organes des sens. »³⁴

Dans le cas de la cécité de Monsieur L., la sensation et la perception s'arrêtent à être vu, sans voir ni se voir. Quelle étrange sensation d'être en déséquilibre permanent

³³ Potel C., 2012, p.31

³⁴ Thomas Hobbes, 1651

face à notre interlocuteur lorsque celui-ci a la possibilité de percevoir bien plus que nous. Quelle image renvoie-t-on de nous sans pouvoir la voir ? Cette image extérieure de nous, en permanente transformation et qui constitue notre première façade, se retrouve être une inconnue à notre propre être.

La gestalt-psychologie, ou psychologie de la forme, est avancée principalement par Christian Von Ehrenfels, au début du XX^{ème} siècle. Cette théorie définit les principes de la perception. Elle souligne l'importance du contexte d'un comportement et pense la perception comme structurée et non isolée. « La Gestalt est une organisation spontanée du champ sensoriel qui fait dépendre les prétendus « éléments » de « tous » eux-mêmes articulés dans des tous plus étendus. »³⁵ Le cerveau cherche à donner une forme à ce qu'il perçoit au travers de ses sens. Maurice Merleau-Ponty ajoute qu'« Il ne s'agit pas de réduire le savoir humain au sentir, mais d'assister à la naissance de ce savoir, de nous la rendre aussi sensible que le sensible, de reconquérir la conscience de la rationalité. »³⁶ La perception est non seulement la voie royale de « l'Être », mais est également soumise à la présence de l'autre. Selon Merleau-Ponty, tout est perception et le primat de la perception correspond à « la reconnaissance, au cœur même de notre expérience la plus individuelle, d'une contradiction féconde qui la soumet au regard d'autrui. »³⁷ La perception provient d'un stimulus et ouvre un mode d'accès à l'objet et la connaissance de l'autre.

J'en viens à me demander comment pourrait être la perception du monde par les aveugles congénitaux (de naissance). Il serait vain pour moi qui vois d'imaginer ce que peuvent ressentir les déficients visuels. En effet ce que j'essaie d'imaginer est déjà teinté par mes connaissances visuelles préexistantes. La cécité n'est pas l'absence de vision, au contraire. Certes, la cécité est une vision sans objet ni personne vus, mais elle demeure une vision. Le malvoyant, lui, peut percevoir visuellement, mais le monde perçu est totalement différent du même monde perçu par un voyant. Le monde de l'aveugle, celui du malvoyant et celui du voyant s'articulent donc d'une manière toute autre qui leur est propre. Par la différence de ces mondes, la communication se trouve touchée puisque le monde de l'autre est étranger à soi – que ce soit pour l'aveugle, le malvoyant ou le voyant. Ainsi faut-il trouver un moyen de s'accorder dans la relation pour que les deux protagonistes ne soient pas pénalisés ou en retrait.

Les premières rencontres avec Monsieur L. furent donc une co-construction de relation pour que chacun se sente à sa place. J'ai tenté de mettre en place cet accordage entre Monsieur L. et moi afin que tant lui que moi, nous sentions à l'aise dans la relation, en confiance et non déstabilisés par la différence de positionnement.

³⁵ Merleau-Ponty M., 2004, p.25

³⁶ *Ibid.*, p.67

³⁷ *Ibid.*, p.70

1.6. Les sens et le vieillissement

« Premier échelon vers l'état de dépendance, la diminution sensorielle souvent observée avec l'avancée en âge, va rétrécir le champ relationnel de la personne âgée. Le repli hors du monde social peut en être une conséquence, la vue et l'audition, étant des outils indispensables pour percevoir et interagir avec le milieu environnant. Ces défaillances peuvent avoir comme conséquence de réveiller une angoisse de mort. »³⁸

Avec l'avancée en âge, les sens s'émoussent ; notamment la vue baisse et l'audition s'affaiblit. Le goût et l'odorat ont tendance à être préservés. Cependant, il est possible que la nourriture paraisse fade et que les odeurs soient moins bien reconnues. L'appétit peut diminuer, les repas être moins appréciés. A partir d'un certain âge, il est ainsi essentiel de surveiller et prévenir d'éventuels troubles sensoriels, afin d'éviter ou diminuer les difficultés secondaires au trouble. De plus, si des troubles sensoriels sont déjà présents, il faut veiller à la bonne adaptation des aides techniques à la personne ainsi que la propreté de celles-ci (concernant les appareils auditifs, lunettes, etc.)

Certaines recommandations sont intéressantes pour préserver les sens durant le vieillissement. Il est conseillé de surveiller la vue et l'audition dès qu'une douleur survient, ou que la perception de l'environnement (visuelle et auditive) change du quotidien. Il est également préconisé de favoriser les relations sociales, échanges et activités de loisirs. Enfin, proposer des repas dont l'esthétique donne envie (couleur et parfum des aliments, présentation de l'assiette, etc.) pourrait solliciter davantage les sens du goût et de l'olfaction qui ont tendance à être sous-estimés et sous-sollicités durant la vieillesse.

2. Sens visuel

Dans notre société, la vision a pris une place prédominante comparée aux autres sens. C'est généralement le sens le plus sollicité de nos cinq sens. Avant d'aborder la notion de déficience visuelle, il semble important de différencier les notions de vue et de vision ainsi que d'en étudier le fonctionnement. De fait, ce que l'œil perçoit crée la vue, mais la vision correspond à la représentation de l'interprétation des informations transmises par l'œil au cerveau.

2.1. L'œil

L'œil est l'organe pair de la vue. Il reçoit 80% des informations extérieures. Le Larousse définit l'œil comme l'organe pair de la vue, formé, chez les mammifères, du globe oculaire et de ses annexes (paupières, cils, glandes lacrymales, etc.). L'œil est un récepteur des images du monde environnant, qu'il code en une information qui sera

³⁸ Caron R., 2000, p.44

véhiculée dans le cerveau jusqu'au lobe occipital grâce aux nerfs optiques. Le cerveau interprète alors l'image transmise initialement par la rétine sous formes d'impulsions électriques. L'œil capte donc les images, mais c'est le cerveau qui voit !

L'anatomie de l'œil est formée principalement de la rétine, la cornée, l'humeur aqueuse, le cristallin, l'iris et la pupille.

- La rétine est une membrane mince et transparente tapissant la face la plus interne de l'œil. La rétine reçoit les informations lumineuses. Elle est constituée de trois couches de cellules. Les deux premières sont les bâtonnets (environ 120 millions) et les cônes (environ 5 millions), qui sont des photorécepteurs juxtaposés comme une mosaïque. Puis, la troisième couche comprend les cellules bipolaires permettant la création des potentiels d'action (ou influx nerveux).
- La cornée est une membrane transparente (11 mm de diamètre), nourrie par l'humeur aqueuse, elle forme une lentille protectrice.
- L'humeur aqueuse correspond au liquide fluide transparent nourrissant le cristallin et la cornée.
- Le cristallin est une lentille biconvexe en arrière de l'iris et en avant du corps vitré, qui mesure un centimètre de diamètre. Le cristallin intervient dans l'accommodation (réflexe naturel permettant d'ajuster la puissance de l'œil pour voir).
- L'iris (du grec, arc-en-ciel) est un muscle qui fait varier l'ouverture de la pupille, située en son centre. La couleur de l'iris dépend de la pigmentation (quantité de mélanine). L'iris est bleu si la concentration en mélanine est faible, ou marron si la concentration est forte. L'absence de mélanine donne un iris rouge, caractéristique de l'albinisme.
- Enfin, la pupille correspond à un trou noir au centre de l'iris, dont le diamètre varie en fonction de la lumière (entre 2mm et 8mm) afin de réguler le passage des rayons lumineux vers la rétine.

2.2. La vision : définition et rôles

Le Larousse définit la vision comme une fonction par laquelle les images captées par l'œil sont transmises par les voies optiques au cerveau. C'est donc le fait d'avoir une perception visuelle, l'action de voir, de regarder quelque chose. Sont compris la réception des informations, le traitement et l'intégration de celles-ci par le cerveau. Le monde environnant est alors perçu sous formes d'images. La vision regroupe donc un ensemble de mécanismes physiologiques par lesquels les radiations lumineuses reçues par l'œil déterminent des impressions sensorielles de nature variée.

Le rôle de la vision s'effectue à plusieurs niveaux. Au niveau social, la vision est le support de la communication et des interactions avec l'environnement et l'entourage. Au niveau moteur, la vision influence la fonction locomotrice (la stabilisation du regard facilite la verticalisation ainsi que l'équilibre) et la régulation tonique (au travers de

l'engagement dans l'action, l'adaptation de la réponse motrice, le rétro contrôle gestuel et le maintien de la posture). Elle facilite et soutient également dans l'imitation gestuelle, l'accordage tonico-émotionnel. Enfin, la vision intervient également au niveau cognitif, puisque c'est un outil de perception et compréhension du monde, base de tout apprentissage.

2.3. Le système visuel : perception, transmission et analyse de l'information³⁹

Le système visuel chez l'homme est complexe. Il comprend l'œil, le nerf optique, les voies optiques ainsi que les aires corticales visuelles et associatives. Le système visuel est impressionnant car il fournit des informations en quantité et qualité sur le monde qui nous entoure. Sans nécessité de contact direct, la vision est un sens qui nous renseigne sur notre espace tant proche que lointain et permet d'être en relation avec cet extérieur.

Les informations captées par les photorécepteurs rétiniens sont à l'origine de messages nerveux (trains de signaux d'origine électrique) et par la suite de l'activation et interaction de nombreuses aires du cerveau pour arriver à la perception consciente du spectacle visuel. Ainsi, une fois les informations lumineuses transformées en signaux électrochimiques, ces derniers vont être véhiculés via les fibres du nerf optique. Les nerfs optiques (un pour chaque œil) se rejoignent au dessus de la selle turcique. Le chiasma optique correspond à ce point de croisement partiel des deux nerfs optiques. Il est situé à la base du cerveau, au dessus de l'hypophyse. Le parcours du message visuel continue ensuite son chemin par les deux bandelettes optiques qui partent du chiasma optique pour arriver jusqu'aux corps genouillés latéraux, permettant l'accès au cortex visuel situé dans le lobe occipital. Celui-ci est réparti en cinq aires spécialisées dont le travail complémentaire permet la création d'une image nette et précise. La route n'est pas pour autant terminée ; il existe ensuite deux types de voies visuelles empruntables qui vont réorienter les informations vers d'autres aires du cerveau pour compléter l'analyse visuelle, qui sera alors corrélée aux connaissances et émotions du sujet. La première est la voie dorsale, appelée « voie du où ». En direction du cortex pariétal, elle permet de soutenir l'analyse des mouvements et de guider les déplacements. La seconde voie est la voie ventrale, ou « voie du quoi », qui amène au cortex inférotemporal et permet notamment l'identification et la reconnaissance des objets ou personnes.

3. Déficience visuelle

3.1. Définition de la déficience visuelle

La déficience visuelle correspond aux troubles de la fonction visuelle. Elle est déterminée à partir de deux critères ; l'acuité visuelle* et le champ visuel*, appréciés à

³⁹ Hasboun D., Notes de cours

partir du meilleur œil corrigé. La déficience visuelle est définie selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par une acuité visuelle corrigée strictement inférieure à 3/10^{ème} et/ou un champ visuel strictement inférieur à 20°. Elle regroupe la malvoyance (divisée en deux catégories) et la cécité (trois catégories). L'OMS place la frontière entre les deux à 1/20^{ème} d'acuité visuelle.

La déficience visuelle peut être totale (non-voyance) ou partielle (malvoyance), congénitale (avant la naissance), précoce (survenant entre la naissance et 18mois) ou acquise (après 18 mois). Elle peut être fixée (pas d'évolution ou involution) ou dégénérative (dysfonctionnement progressif). Il est important de savoir si la déficience visuelle est isolée ou associée à d'autres pathologies ; les retentissements en seront sûrement différents.

Les atteintes de la fonction visuelle sont variées, elles peuvent toucher la vision centrale (perte du champ visuel central, alors que le champ visuel périphérique est préservé), la vision périphérique (atteinte du champ périphérique, alors que le champ visuel central est conservé) ou être de l'ordre d'une vision floue (opacification des milieux transparents de l'œil).

La modalité d'apparition de la cécité ou de la malvoyance peut être brutale ou progressive. Dans le premier cas, aucune anticipation ne permet de se préparer au choc qui suivra. Dans le second cas, la personne concernée possède plus de temps pour pouvoir s'adapter à la déficience visuelle. La progressivité permet de compenser au fur et à mesure les pertes liées au handicap visuel. Pour Monsieur L., l'apparition s'est révélée brutale et non anticipée, suite à l'opération de sa tumeur à l'hypophyse. Le fait qu'il recouvre ensuite la vue au niveau d'un œil puis l'a reperde quelques années plus tard a constitué une discontinuité peu accommodante.

3.1.1. *La malvoyance*

La malvoyance se divise en deux catégories :

- la déficience visuelle moyenne : l'acuité visuelle après correction se situe entre 3/10^{ème} et 1/10, avec un champ visuel d'au moins 20°
- la déficience visuelle sévère : l'acuité visuelle après correction se situe entre 1/10^{ème} et 1/20^{ème}, avec un champ visuel d'au moins 20°

D'autres synonymes de la malvoyance sont utilisés comme la basse vision, la vision réduite ou l'amblyopie.

3.1.2. *La cécité*

Le terme « cécité » provient du latin « caecus », signifiant « aveugle ». Est aveugle toute personne privée de la vue. L'OMS parle de cécité lorsque l'acuité visuelle après correction est inférieure à 1/20^{ème} et définit trois catégories de cécité.

- La déficience profonde : l'acuité visuelle du meilleur œil après correction est comprise entre 1/20^{ème} et 1/50^{ème} avec un champ visuel entre 5° et 10°

- La cécité presque totale : l'acuité visuelle du meilleur œil après correction est comprise entre 1/50^{ème} et le seuil de perception de la lumière, avec une largeur du champ visuel inférieure à 5°
- La cécité absolue : la cécité est totale, sans aucune perception de lumière.

3.2. Origines de la déficience visuelle

Une déficience visuelle peut provenir d'un trouble au niveau de l'organe visuel, mais aussi au niveau des voies de transmission ou des zones de traitement de l'information perçue. Il existe ainsi des troubles de la vision d'origine périphérique (l'atteinte se situe au niveau de l'œil ou entre celui-ci et le chiasma optique) comme les troubles oculomoteurs, troubles de saccades*, de la poursuite visuelle* et fixation*, de la coordination des yeux, amétropie*, strabisme*, etc. On retrouve également des troubles de la vision d'origine centrale, appelés aussi troubles neurovisuels, « ils intéressent la fonction visuelle, mais sont pourtant d'origine neurologique puisque les dysfonctionnements responsables se situent entre le chiasma optique et les aires visuelles corticales.»⁴⁰ Les troubles neurovisuels regroupent :

- les amputations du champ visuel après lésion rétro-chiasmatique (cécité corticale*, hémianopsie latérale homonyme*, quadranopsie*) se manifestant par une cécité totale ou partielle du champ visuel.
- les troubles de la cognition visuelle touchant : l'exploration et l'attention visuelle (syndrome de Balint* et négligence spatiale unilatérale*), l'organisation et la représentation de l'espace, la reconnaissance visuelle (agnosie visuelle*), ou la coordination visuo-motrice.⁴¹

3.3. Conséquences de la déficience visuelle

Les répercussions de la déficience visuelle sur le fonctionnement global de la personne dépendent de l'âge d'apparition et du type de la déficience visuelle, de l'âge du sujet, sa personnalité, son entourage... De manière concise, je développerai les principales conséquences rencontrées chez la personne atteinte d'une déficience visuelle.

3.3.1. Sur le développement psychomoteur

En général, on constate un retard d'environ deux ans (ou plus) dans le développement psychomoteur de l'enfant. Les retentissements varient selon chacun, mais atteignent principalement : le tonus, la posture, la marche et l'équilibre, la motricité globale et fine, le schéma corporel et l'image du corps, la latéralisation, l'espace et les représentations mentales ainsi que la graphomotricité. Parallèlement à la personnalité de la personne déficiente visuelle, on peut observer une inhibition psychomotrice par peur

⁴⁰ Chokron S., 2015, p.42

⁴¹ *Ibid.*, pp.41-49

de tomber et crainte de l'inconnu. En revanche, cette observation n'est pas universelle, puisque de nombreux aveugles ou malvoyants ne sont pas systématiquement inhibés. « On observe souvent des attitudes vicieuses, un axe corporel perturbé, des déséquilibres, une marche hésitante et disharmonieuse, saccadée, à petits pas avec une attaque du sol par les orteils... » (..) « Le manque d'informations visuelles entraîne un non-ajustement du pas, un appauvrissement de l'équilibre et une déficience des réflexes de protection. »⁴²

Sylvie Chokron aborde dans son article les conséquences des troubles neurovisuels sur les acquisitions et apprentissages de l'enfant. La vision est un sens essentiel dans la relation, très sollicité dans les interactions avec l'entourage. Un déficit de ce sens entraîne généralement des troubles relationnels, comportementaux et bien souvent chez l'enfant en développement, un trouble des apprentissages. « En effet, hormis les troubles neuropsychologiques directement liés à la lésion neurologique, les troubles neurovisuels sont à même d'entraver les différentes acquisitions et apprentissages de l'enfant ainsi que la façon dont il interagit avec le monde extérieur du fait du rôle primordial de la vision sur le développement de l'enfant. »⁴³ Elle développe également la notion de coordination visuo-manuelle. « Le traitement des informations visuelles joue un rôle primordial dans l'élaboration du mouvement et dans le contrôle de l'exécution (et de l'ajustement) du mouvement, en particulier des mouvements manuels »⁴⁴. De fait, la vision soutient de nombreuses fonctions dans le développement de l'individu. L'une d'entre elles est la verticalisation. En effet, la vision permet à l'individu de se verticaliser grâce à un regard fixe, soutenant l'équilibre et l'ajustement postural. « Dès lors, un trouble neurovisuel va être à même d'altérer les aptitudes psychomotrices de l'individu ».⁴⁵

3.3.2. *Au niveau psychoaffectif*

« La survenue de la déficience visuelle va provoquer chez la personne, un traumatisme psychique venant remettre en question tout son équilibre antérieur. »⁴⁶ On observe souvent des difficultés dans la communication et l'échange avec autrui. Il est important que l'accordage provienne des deux côtés des interlocuteurs afin de ne pas mettre trop en difficulté la personne aveugle. Il est possible que la personne développe un repli sur soi, une inhibition (peur du déplacement) ou à l'inverse une forme d'instabilité avec des mises en danger (plus fréquent chez l'enfant), une socialisation difficile, une dépression, la honte, la dévalorisation ou mésestime de soi... Les répercussions psycho-affectives sont vastes et surtout singulières. L'énumération est ici laconique et ne catégorise en rien obligatoirement la personne aveugle par ces adjectifs.

⁴² Buissard I., 1999, p.74

⁴³ Chokron S., 2015, p.44

⁴⁴ *Ibid.*, p.45

⁴⁵ *Ibid.*, p.45

⁴⁶ Griffon P., 1993, cité par Buissard I., 1999, p.73

3.4. Communiquer avec la personne ayant une déficience visuelle ⁴⁷

La relation dépendra principalement du type de déficience visuelle et des compensations mises en place par la personne. D'une manière générale, les difficultés relationnelles ne se trouvent pas au niveau verbal, mais plutôt au niveau non-verbal. La personne déficiente visuelle présente souvent des troubles d'adaptation corporelle et d'investissement corporel dans sa relation avec l'espace et son entourage. Pour faciliter la communication lors d'une rencontre, il est important de manifester sa présence verbalement et la prévenir si on lui tend la main pour le saluer. Il est préférable de ne pas toucher la personne sans la prévenir, cela peut la surprendre, voire lui provoquer une angoisse face à une forme d'agression corporelle. C'est pourquoi il faut impérativement anticiper oralement toute forme de contact corporel. Dans la mesure du possible, une description pointue avec un vocabulaire précis (repères topologiques, notion des couleurs, des distance, etc.) de nos actions, de l'espace et de l'entourage facilite les représentations mentales de la personne. La communication sera meilleure. Il est donc recommandé d'éviter les descriptions vagues et informations peu précises. L'importance de cette verbalisation est notoire, elle permet une meilleure conscientisation pour la personne déficiente visuelle. Ajuriaguerra souligne effectivement que « La nomination confirme ce qui est perçu, réaffirme ce qui est connu et permet de verbaliser ce qui est vécu »⁴⁸.

Lors de déplacements, nous pouvons l'accompagner en lui proposant notre bras pour la guider. La personne qui guide se trouve toujours devant et ne doit pas reculer. Quant à l'aménagement de l'espace, il faut veiller à enlever les tapis, objets encombrants ou meubles instables qui pourraient gêner le passage. Il est préférable de toujours conserver la même organisation de l'espace. En cas de changement de place d'objets ou de meubles, il faut prévenir la personne.

3.5. Technique de guide

Il s'agit bien de guider et non « tirer » la personne déficiente visuelle. La technique de guide commence par la présentation de notre bras, de sorte que la personne guidée puisse le tenir au dessus du coude. C'est la personne guidée qui choisit le bras qui lui convient le mieux. La personne qui guide se situe toujours un pas en avant. Cet écart de pas permet de prévenir en faisant une pause lors d'obstacles au sol ou de changements de hauteur du sol. Après ce léger temps de pause, la personne guidée sait qu'après un pas, il y aura un dénivelé. Cela est bien entendu soutenu par la parole, pour que le guide précise la nature de ce dénivelé. Par exemple en arrivant face à un escalier, le guide marque une courte pause et avise la personne guidée s'il s'agit d'une descente ou une montée, avant

⁴⁷ Orellana-Gélaïn B., 2012, p.49

⁴⁸ de Ajuriaguerra J., 1971, p.208

d'entamer celle-ci. A la fin des escaliers, une nouvelle pause permet de prévenir à nouveau du changement de plan.

Guider une personne mal ou non-voyante implique de s'accorder à celle-ci et non d'imposer notre rythme de marche. De fait, elle peut avoir tendance à ralentir l'allure à cause de l'appréhension d'avancer. Il ne faut pas aller à l'encontre de son rythme, mais bel et bien s'accorder dessus.

3.6. Traitement et prise en charge de la déficience visuelle

Le traitement et la prise en charge de la déficience visuelle dépendent bien évidemment du type de déficience visuelle, de l'âge d'apparition et du sujet lui-même. Le but est d'améliorer la qualité de vie de la personne en situation de handicap visuel en diminuant les complications secondaires, tenter de retrouver une autonomie, favoriser la réinsertion sociale et professionnelle, et dans certains cas, le maintien à domicile. L'objectif est ainsi de soutenir la personne dans une certaine dynamique de vie, en l'aidant à retrouver un plaisir de vie. Avant toute démarche de rééducation et thérapie, la personne doit effectuer un bilan de la vision fonctionnelle très précis, afin d'analyser l'état oculaire, les voies de traitement de l'information et les capacités d'adaptation. Les résultats de cet examen permettront de proposer un projet individuel de rééducation et d'orienter ainsi de manière adéquate la prise en charge.

Les traitements sont actuellement en progrès fulgurant, au travers d'innovations médicamenteuses, chirurgicales et de réadaptation. L'accompagnement est pluridisciplinaire, et fait intervenir des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux. Francis Raynard précise que « l'abord pluridisciplinaire non compétitif facilite la prise de contact de la personne déficiente visuelle avec le monde extérieur et lui donne les possibilités de connaître son corps, de maîtriser son action dans l'espace, de s'adapter à la mouvance des conditions physiques ou sociales. »⁴⁹ Les principaux acteurs du suivi (sachant qu'ils n'interviennent pas tous obligatoirement) sont : l'ophtalmologiste, l'orthoptiste, l'opticien, l'instructeur de locomotion, le psychologue, l'ergothérapeute, le psychomotricien, et le professionnel du secteur social.⁵⁰ Cet ensemble de professionnels travaillent en synergie afin d'optimiser les possibilités d'adaptation à la vie quotidienne, notamment en sollicitant les possibilités sensorielles, motrices et cognitives du sujet tout en développant les moyens de compensation. L'autonomie des malvoyants et non-voyants est également facilitée par les aides techniques pour les déplacements (notamment la canne longue, le chien-guide, les systèmes de repérage), pour la lecture (loupes, téléagrandisseurs, le Braille, livres audio, etc.) et pour l'écriture (guide main, Braille, informatique).

⁴⁹ Raynard F., 1994, p.45

⁵⁰ Dr Le Bail, Dr Guérin Roig, Dr Meyniel, 2015, pp. 5-7

3.7. Accompagnement de la déficience visuelle en psychomotricité

Les principales indications dépendent évidemment du type d'atteinte ; cependant on retrouve souvent un important retard moteur, des troubles d'organisation spatiale et troubles de la représentation mentale, des troubles des coordinations, de la motricité globale et fine ainsi que de l'équilibre ou encore présence de blindismes* (caractéristiques du non-voyant de naissance). A ce jour, il n'existe pas de test psychomoteur adapté à la déficience visuelle, hormis le test B101-DV qui évalue l'adaptation tactile. Cependant, il est possible de s'inspirer des tests psychomoteurs préexistants, sans les coter, et en adaptant les consignes à la déficience visuelle. A cela s'ajoutent les observations qualitatives de la relation, l'investissement du corps et de l'espace, à mettre en lien avec l'histoire du sujet, et les caractéristiques de sa déficience visuelle. Le bilan psychomoteur permet d'évaluer les difficultés rencontrées par la personne ainsi que ses capacités. Pour cela, le psychomotricien évalue différents items psychomoteurs : le schéma corporel, le tonus, la motricité globale et fine, la communication verbale et non verbale, les réactions tonico-émotionnelles, l'engagement corporel et relationnel, les fonctions frontales (fonctions exécutives, attention, mémoire) ainsi que la graphomotricité. L'interprétation du bilan psychomoteur permettra par la suite d'élaborer des axes thérapeutiques, adéquats à la situation et aux attentes de la personne concernée.

Selon Isabelle Buissard, l'approche de la psychomotricité pour les personnes aveugles est neurophysiologique, sensori-motrice et psychologique⁵¹. Un des principaux objectifs du suivi en psychomotricité est d'amener chaque personne à se redécouvrir et exploiter ses possibilités, redécouvrir le monde sous « un autre regard » et tendre vers un équilibre psychocorporel. La psychomotricité visera à « développer tout son potentiel pluri-sensoriel, psychomoteur et cognitif » pour favoriser un retour à l'autonomie par la redécouverte corporelle de l'espace et un réinvestissement de l'environnement social⁵². Par le mouvement et le ressenti, la psychomotricité offre multiples façons de se réapproprier son corps changé et de l'habiter sereinement. Il s'agit donc d'améliorer en premier lieu, la relation de la personne avec elle-même par une prise de confiance en elle et en son corps, en second lieu, la relation avec son entourage en favorisant la communication et l'adaptation sociale, puis en dernier lieu, la relation avec le monde grâce à une meilleure perception spatiale et reconnaissance des objets, en utilisant le potentiel visuel (si la personne est malvoyante) et en développant les sens vicariants. « Ainsi, par un meilleur investissement de sa corporalité, elle va pouvoir se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets et parvenir à un remaniement et à une harmonisation de ses modes de relation à autrui. »⁵³

⁵¹ Buissard I., 1999, p.74

⁵² *Ibid.*, p.74

⁵³ *Ibid.*, p.73

En outre, il est essentiel dans l'accompagnement en psychomotricité, que le thérapeute s'accorde de manière adéquate au fonctionnement de la personne aveugle ou malvoyante, car il faut garder en esprit que nous ne percevons plus le monde de la même façon. Une relation de confiance doit évidemment s'installer entre les deux protagonistes. Celle-ci servira de support à l'évolution psychocorporelle de la personne déficiente visuelle, qui pourra exploiter l'ensemble de ses possibilités psychomotrices dans un espace psychique et physique sécurisant et contenant. « La revalorisation narcissique de son corps, ayant pu s'envisager dans sa relation avec la psychomotricienne, va contribuer à ce que la personne retrouve une image d'elle-même structurante et sécurisante lui permettant de reprendre confiance en elle et en ses déplacements. »⁵⁴

La description dans les deux sous parties précédentes de la prise en charge du handicap visuel montre bien l'importance et la nécessité d'un accompagnement pluridisciplinaire. Or, dans le cas de Monsieur L., il est surprenant de constater qu'aucune prise en charge de cet ordre n'a été proposée – du moins pas à ma connaissance. Il est vrai que sa cécité est survenue il y a plus de trente ans. On peut se demander si Monsieur L. aurait pu conserver son indépendance plus longtemps s'il avait pu bénéficier d'une rééducation comme proposée dans les centres de rééducation pour adultes.

3.8. La déficience visuelle, un handicap

3.8.1. *Notion de handicap*

Le terme handicap est redéfini dans l'article L. 114-1 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il est inscrit que « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »⁵⁵

La déficience visuelle constitue un handicap, même si le terme de « handicap » n'est pas spécifié dans l'appellation de la pathologie. De plus, ce handicap visuel peut paradoxalement être invisible chez certaines personnes qui ont su développer des stratégies et adaptations de leur handicap visuel. Par exemple, « les troubles neurovisuels sont invisibles, et souvent méconnus par les enfants eux-mêmes qui grandissent sans savoir que leur vision est déficitaire. Il est donc nécessaire de mieux connaître ces troubles pour mieux les dépister, mieux les prendre en charge, le plus précocement possible, mais également pour améliorer le diagnostic différentiel avec les nombreux troubles des apprentissages décrits ces dernières années. »⁵⁶

⁵⁴ Buissard I., 1999, p.75

⁵⁵ Chapitre IV du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles

⁵⁶ Chokron S., 2015, p.48

3.8.2. *L'annonce du handicap visuel et le travail de deuil*

Christophe Baudouin, dans l'avant-propos de l'ouvrage *Handicap visuel de l'enfant et de l'adolescent*, par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), informe clairement qu'il faut :

*« Dire la vérité sans la masquer par un verbiage incompréhensible ni l'occulter partiellement pour ne pas affronter des questions trop difficiles, savoir donner les bonnes informations, surtout face à des patients avides de renseignements et souvent sur- ou mal informés par la masse d'informations plus ou moins exactes circulant sur Internet, se préparer à cette annonce et l'adapter en fonction de l'âge et de l'environnement de chaque patient, garder enfin des portes de sortie en permettant aux handicapés une reconstruction psychologique grâce à l'évocation de possibilités thérapeutiques, d'aides sociales ou de techniques de compensation du handicap ».*⁵⁷

Cette annonce du handicap visuel impacte la personne concernée, mais aussi son entourage, et notamment sa famille qui devra elle également surmonter cette épreuve et s'adapter. La famille est un soutien capital pour le sujet porteur d'un handicap visuel, il est donc essentiel de travailler en lien avec elle. Il faut prendre son temps, l'annonce s'érige dans la temporalité puisqu'elle ne se résume pas qu'à une rencontre, mais à tout un accompagnement. *« L'annonce doit s'inscrire dans une temporalité et ne jamais être un acte unique résultant d'une seule rencontre, il suppose un suivi, des rencontres successives. »*⁵⁸

*« Quelque soient son contenu ou son " comment ", l'impact de la révélation dépend éminemment de la personnalité de celui qui annonce et de celui qui reçoit. (...) Il est nécessaire de garder la juste distance »*⁵⁹ La révélation d'un handicap à la personne touchée, et à sa famille constitue un choc psychologique, qui impliquera alors un travail de deuil. *« Le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal. »*⁶⁰ Le handicap visuel nécessite de faire le deuil de la perte de vue, le deuil d'un idéal du corps sensoriel, le deuil d'une certaine forme de liberté visuelle.

L'expression « travail de deuil » a pris naissance dans un article de Sigmund Freud, *Deuil et mélancolie*, en 1917, dans lequel il s'interroge sur les différences entre le deuil normal et le deuil pathologique⁶¹. Elle désigne l'ensemble des processus psychiques mis en jeu suite à la perte d'une personne aimée ou d'un objet d'attachement. Le Moi ainsi que ses défenses se trouvent attaqués suite à l'annonce du deuil. L'appareil psychique est ébranlé. Cela expose alors la vie psychique de la personne au danger, qui sombre dans la dépression. Freud parle à ce moment du travail de deuil nécessaire pour aboutir au

⁵⁷ Baudouin C., 2008, *Avant-propos*

⁵⁸ Roy J., 2008, p.5, cité par Denormandie P., Renaux N., p.5

⁵⁹ Denormandie P., Renaux N., 2008, p.3

⁶⁰ Freud, 1917, cité par Caron R., 2000, p.31

⁶¹ Quinodoz J-M, 2015, p.82

renoncement et détachement de la personne aimée ou de l'objet d'attachement, et à la restauration et conservation d'un Moi solide. Cela correspond ainsi au cheminement de la personne exposée à la perte pour arriver à vivre bien en l'absence de l'objet perdu au travers d'une reconstruction psychique interne. Ce travail de deuil génère des réactions physiques, psychologiques, comportementales et sociales.

Elisabeth Kübler-Ross dans son livre *Les Derniers Instants de la vie*,⁶² distingue cinq phases du deuil (Five Stages of Grief). Ces phases ne sont pas linéaires. L'ordre et la durée d'apparition de celles-ci peuvent varier d'un individu à l'autre. Le temps qui sera nécessaire au deuil dépend de la nature de la perte et de l'état mental de l'individu intéressé. On retrouve les phases du déni, de colère, de marchandage, de dépression et d'acceptation. La première phase débute lors de l'annonce de la perte et caractérise un processus de refus de la réalité, une position d'incrédulité. La personne est dans le déni de la réalité de cette perte. La phase suivante met en jeu la souffrance de la personne qui réalise le réel de la situation. La personne se positionne dans une attitude de révolte et fait face à des contradictions internes qui modélisent sa colère. Ensuite, le marchandage correspond au court temps où des négociations émergent pour récupérer l'objet ou la personne perdu. La réalité de l'irréversibilité du temps rattrape vite le sujet et le plonge alors dans l'étape suivante, la phase de dépression. Celle-ci est longue et éprouvante. La personne dans sa globalité est frappée par la tristesse qui se manifeste généralement par un repli sur soi, un désintérêt de la vie, une absence de plaisir et de désir, pouvant mener jusqu'à la tentative de suicide. Enfin, la dernière phase, l'acceptation, amène à un retour vers l'équilibre psychique de la personne qui a été fortement bouleversé. La compréhension de la réalité de la perte et l'acceptation de celle-ci permettent alors de se reconstruire et de finaliser ce travail de deuil. La déchirure de la perte est toujours présente à l'intérieur, mais la plaie est cicatrisée, et le sujet reprend goût à la vie.

Ainsi, le deuil est un processus de cicatrisation suite à une perte de nature diverse, qui est indispensable et dont la finalité est de préserver l'intégrité psychocorporelle. Après avoir exposé les différentes étapes du deuil, on comprend l'importance de savoir à quelle étape se situe la personne endeuillée que l'on reçoit. L'accompagnement sera en effet mieux adapté à l'état psychique de la personne. Bien sûr, l'épreuve du deuil est avant tout personnelle. Cette représentation par phase ne demeure qu'une généralité, il faut garder une place à la différence. Le chemin du deuil ne suit pas obligatoirement cette théorie, qui est d'ailleurs réfutée par certains psychologues qui divisent le travail en sept étapes et non cinq (choc et déni, douleur et culpabilité, colère, marchandage, dépression et douleur, reconstruction et enfin acceptation).

⁶² Kübler-Ross E., *On Death and Dying*, 1969 (version originale); *Les Derniers Instants de la vie*, 2011, Labor et Fides (édition française)

Dans la déficience visuelle, et particulièrement lors de cécité, ce travail de deuil est engagé suite à la perte de la fonction visuelle, qu'elle soit attendue ou brutale. En filigrane, cette perte de la vue conduit à la disparition d'une partie du monde et de l'identité de la personne visée. Le deuil peut même s'accompagner d'un sentiment de vide ou de faiblesse. Je m'interroge sur la place de Monsieur L. par rapport à ce processus de deuil. Dans quelle mesure a-t-il pu effectuer ce travail du deuil ? Il y a quelques années Monsieur L. ne semblait pas encore avoir atteint la phase ultime d'acceptation puisqu'il répétait à longueur de journée « qu'il ne peut pas faire, il est aveugle », et se plaçait dès lors en position de passivité. Actuellement Monsieur L., toujours dans une certaine forme de passivité, ne répète plus cette expression et semble agréer à participer à certaines tâches ou activités qui lui sont proposées.

Qu'a représenté pour lui le passage d'un monde coloré et en mouvement permanent à l'absence de vue et l'installation « d'un monde en noir » ? Ce sentiment de vide qui peut accompagner le deuil est l'impression que j'ai ressentie au cours des premières rencontres. Ce vide se retrouve dans l'échange verbal et la pauvreté d'expression verbale. Il se manifeste également par ses mouvements stéréotypés qui donnent l'impression que Monsieur L. tente de sentir son corps par la stimulation, de retracer les limites de son corps pour qu'une carapace tonique le protège de ce vide interne. Monsieur L., présente une tonicité extrêmement importante, jusqu'au bout de ses doigts de pied presque constamment en extension. Cette hypertonie serait-elle l'expression d'un mal-être, d'une souffrance, d'une peur du noir, crainte du vide, mis en corps pour tenter de donner du sens à ses étranges ressentis ? Ou serait-elle l'expression d'une protection de son intégrité psychique restante, de son Moi fragilisé ?

VIEILLESSE ET VIEILLISSEMENT

Dans cet écrit, je tenterai d'utiliser préférentiellement l'appellation « aîné » à la place de « personne âgée ». Dans la lignée du psychanalyste Jack Messy, je soutiens le titre provocateur de son livre *La personne âgée n'existe pas* (2002). Pour cet auteur, « l'expression 'personne âgée' désigne une catégorie sociale et non l'individu. »⁶³ « 'La personne âgée' n'existe pas comme une entité individuelle, c'est une terminologie sociale qui n'a pas de réalité humaine. »⁶⁴ En effet, l'auteur souligne qu'il n'existe pas d'être « personne âgée ».

1. Préambule sur la vieillesse

1.1. Démographie

« Vieillir est une expérience qui se situe donc dans la continuité de l'enfance, de l'adolescence et des années de maturation et qui fait que l'adulte maintenant âgé est potentiellement riche de tous ses âges passés, mais plus ou moins à leur écoute. »⁶⁵

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la population est vieillissante sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations du baby-boom.

+65 ans = 18% de la population

+75 ans = 9,1% de la population

Ces générations des « baby-boomers » arrivent à la retraite, un tel constat est apparu depuis l'an 2000 et devrait perdurer jusqu'aux environs de 2020. On assiste à un véritable « papy-boom ». Un nouveau visage démographique se dessine, certains chercheurs parlent même de révolution démographique.

1.2. Représentations de la vieillesse

La vieillesse est à étudier dans son contexte socio-culturel, religieux et historique. En effet, selon la situation, s'en suit une variabilité de la perception et du regard porté sur nos aînés. Autrefois par exemple, l'âge conférait un certain respect. Le vieillard, en tant « qu'aîné » était alors symbole de sagesse, de connaissance. A l'inverse, à l'époque de la Renaissance où primait la beauté extérieure, « la personne âgée » était généralement effacée des intérêts d'antan. La vision de la vieillesse diffère géographiquement aussi. En

⁶³ Messy J., 2002, p.11

⁶⁴ *Ibid.*, p.36

⁶⁵ Verdon B., 2013, p.32

Afrique comme en Asie, le vieux est plutôt approché en tant qu'« aîné », terme à connotation plus honorable qui place la personne en position de savoir et de connaissances. Amadou Hampâté Bâ disait « En Afrique, quand un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle », expression qui est devenue par la suite populaire. Il déplore à l'UNESCO⁶⁶ en 1960, l'évolution de la communication du savoir qui actuellement favorise l'essor de l'informatique, tandis qu'autrefois primait la transmission du savoir par les aînés (inflation de l'impact trans-générationnel). La communication est passée de supports physiques pour circuler à des supports informatiques. Par là-même, la conservation du patrimoine en pâtit.⁶⁷

Dans l'histoire de l'humanité, s'est forgé un perpétuel va-et-vient entre une vieillesse honorée (symbole de savoir et d'expérience) et une vieillesse reléguée (image de décrépitude, de fardeau). Les différentes œuvres, témoignages, croyances d'époques, relatent bien ces disparités colossales entre les points de vue positifs et ceux négatifs à l'égard de la vieillesse. Albert Einstein déclarait qu'« il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé ». Dans la société actuelle, le vieillissement est au cœur du discours. Les représentations sont diverses, mais généralement elles portent un accent plutôt négatif - voire caricatural. Le vieillissement s'accompagne de nombreux stéréotypes. Les principales idées reçues sur « les personnes âgées » qualifient ces dernières de passives, dépendantes, vulnérables, représentant un poids pour la société, nécessitant souvent une prise en charge médicale onéreuse, et étant de plus en plus nombreuses. Penser à la vieillesse peut aller jusqu'à effrayer et catalyser les angoisses pour certains. « La peur de vieillir abîme plus que l'âge » disait l'actrice Jeanne Moreau à ce sujet. Cette vision péjorative et effrayante des personnes âgées circulée par la société peut influencer de beaucoup les mentalités de chacun (qu'ils soient eux-mêmes âgés ou non) et le rapport entretenu avec ces dernières. Michelle Joulain parle de « représentations et catégorisations sociales » pour qualifier cet « ensemble de connaissances, jugements, opinions, croyances, qui sont partagées socialement. »⁶⁸

Cicéron (44 avant J-C) énonça autrefois « On entend dire encore que les vieillards sont d'humeur acariâtres, tourmentés, irascibles et grincheux et même avarés, en cherchant bien. Mais ce sont là des défauts inhérents à chaque individu, pas à la vieillesse », réflexion toujours d'actualité et dont la visée moralisatrice est puissante. A l'encontre de cette pensée qui place la vieillesse sur un socle de sagesse, Simone de Beauvoir condamne et assimile la vieillesse aux infirmités, à la tristesse et au repli.⁶⁹ Au travers de l'histoire et de la littérature, on observe déjà une grande disparité des opinions. Véronique Le Ru, philosophe française, imagine d'ailleurs subtilement un débat en

⁶⁶ Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture.

⁶⁷ <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001355/135529f.pdf>, consulté le 29.03.2016

⁶⁸ Joulain M., 2011, p.20

⁶⁹ de Beauvoir S., *La Vieillesse*, 1970

mettant en scène Cicéron et Simone de Beauvoir, le temps n'ayant pas affecté leur pensée toujours actuelle, dans son ouvrage *La vieillesse, de quoi avons-nous peur ?* (2008). La vieillesse est non seulement perçue bien différemment selon l'œil, la voix ou la plume qui en parle, mais est également vécue différemment selon l'environnement et le bagage psychocorporel de la personne vieillissante. Peut être alors serait-il plus adéquat de parler non pas de la vieillesse, mais des vieilleses ? Dans la mesure où toute évolution est individuelle, la vieillesse l'est tout autant.

Il apparaît primordial de démanteler ces préjugés et de redorer le blason de la vieillesse. L'humain qui vieillit demeure humain ; un sujet méritant qu'on lui porte autant d'intérêt et d'écoute quelque soit son âge. Un des atouts de la psychomotricité sur ce point, est d'envisager « la personne âgée » de manière holistique en prenant en compte ses difficultés certes, mais aussi et surtout ses capacités restantes et possibilités conservées à exploiter. Messy souligne à ce sujet que « le vieillissement exprime à la fois une idée de perte et une idée d'acquisition. »⁷⁰

Enfin, j'aimerais évoquer le concept d'âgisme, lancé par le docteur Robert Butler, gérontologue américain, en 1975, qui en donne la définition suivante : « L'âgisme est un processus par lequel des personnes sont stéréotypées et discriminées en raison de leur âge et qui s'apparente à celui du racisme et du sexisme ». L'âgisme correspond donc aux attitudes discriminatoires et des préjugés envers une catégorie de personnes reliées par leur âge. La réalité montre que nos aînés sont les principales cibles de l'âgisme, restreintes à une étiquette d'incapacité ou de faiblesse. L'âgisme tend à marginaliser ces personnes victimes et à les exclure de la scène sociale.

1.3. Définition de la vieillesse

La vieillesse connaît plusieurs définitions. Selon le Larousse, la vieillesse est la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions. C'est une période naturelle pouvant être caractérisée par l'arrêt de l'activité professionnelle et une diminution des capacités physiques et cérébrales. Les limites de la vieillesse sont discutables. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient le critère d'âge de 65 ans pour l'entrée en vieillesse. Mais le seuil de la vieillesse peut également être d'ordre social (correspondant à la retraite) ou médical (signes de dépendance). A partir d'un point de vue plus individuel, on pourrait dire que l'entrée en vieillesse serait une perte de trop dans le processus du vieillir, que le sujet ne peut pas supporter. Celle-ci peut être événementielle (chute, traumatisme psychique, etc.) ou progressive.

On retiendra que pour certains « La vieillesse n'est pas un état mais un processus continu »⁷¹, qu'elle est « une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des

⁷⁰ Messy J., 2002, p.25

⁷¹ Alaphilippe D., Fontaine R., Personne M., 2007, p.9

changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités. »⁷² Mais à l'inverse, pour d'autres, « La vieillesse n'est pas un processus comme le vieillissement, c'est un état qui caractérise la position de l'individu âgé. »⁷³ Ainsi, pour Messy, « La vieillesse n'est pas un passage obligé avant la mort. »⁷⁴ Elle n'est pas inéluctable, c'est un état qui survient lors d'une perte en trop, non supportable par la personne, et donc cet état ne touche pas forcément tout le monde. En conclusion, il est à retenir que les avis divergent toujours et qu'il n'y a pas de définition universelle.

2. Vieillesse

2.1. Définition du vieillissement

Le vieillissement c'est la vie, comme le proclame Messy. « Le vieillissement n'est pas la vieillesse, pas plus que le voyage ne se réduit à l'étape. Le vieillissement est un processus irréversible qui s'inscrit dans le temps. Il débute dès la naissance et s'achève avec la destruction de l'individu. »⁷⁵ Le vieillissement est physiologique, il correspond à la manière que possède l'homme de s'adapter à ses capacités qui diminuent. Au même titre que notre corps se modifie, nos habitudes changent, notre rythme se ralentit et l'état de santé se dégrade, sans qu'on le décide délibérément. Le vieillissement est ainsi naturel et inéluctable, progressif et irréversible. Il fait partie du cours du développement humain, sous la dépendance de l'environnement et de facteurs génétiques et personnels. Il touche tout le monde mais est loin d'être uniforme, le rythme et les modalités oscillant selon chacun. De fait, à un âge donné, les effets et conséquences du vieillissement varient fortement d'un individu à l'autre. Il existe une véritable diversité dans le processus de vieillissement par la mise en jeu du patrimoine génétique, culturel, le niveau social, l'environnement familial, le mode de vie, les expériences passées, etc. Le vieillissement est finalement interindividuel même si nous vieillissons tous, jour après jour, quelque soit notre âge ! « On vieillit comme on a vécu » dira Ajuriaguerra, mais en suivant l'opinion de Messy, ce serait plutôt « On vieillit comme on vit » puisque le vieillissement débute dès la naissance. Ainsi est-ce une expérience présentant des caractéristiques objectives mais également et surtout une aventure singulière riche en émotions. En effet ; « Le vieillissement est non pas un état mais un processus hétérogène et multiforme de nature très variée, biologique, psychologique et sociale. »⁷⁶

⁷² Mishara B., Riedel R., 1984, *Le vieillissement*, Paris, PUF

⁷³ Messy J., 2002, p.34

⁷⁴ *Ibid.*, p.12

⁷⁵ *Ibid.*, p.23

⁷⁶ Alaphilippe D., Fontaine R., Personne M., 2007, p.66

2.2. Les « types classiques » du vieillissement

Je tiens à préciser que cette partie développant les différents types de vieillissement, ainsi que la partie suivante exposant les différentes composantes du vieillissement, représentent une exposition très scolaire. C'est pourquoi j'aimerais que le lecteur garde en tête que ce n'est pas une vérité individuelle pour éviter un quelconque amalgame. Au contraire, le vieillissement est par là-même difficile à décrire tant il est subjectif et varie selon chacun !

2.2.1. *Le vieillissement normal*

Le vieillissement normal correspond à la réduction des capacités (physiques, intellectuelles) de l'organisme à s'adapter aux différentes exigences de son environnement. On parle ici de senescence, terme d'origine latine signifiant « vieil homme » ou « grand âge » pour qualifier cette dégradation des fonctions générales de l'organisme, non pathologique, arrivant à un âge avancé.

2.2.2. *Le vieillissement pathologique*

Il se caractérise par la présence d'une pathologie influençant le vieillissement normal. On parle de sénilité, que le Larousse médical définit comme la détérioration pathologique des facultés physiques et psychiques d'une personne âgée. Le vieillissement pathologique peut amener à la démence.

2.2.3. *Le vieillissement réussi*

Le concept de « vieillissement réussi » est attribué à Robert J. Havighurst grâce à son article *Successful Aging*, paru dans la revue *Gerontologist* (1961). « Il s'agit non pas de donner du temps au temps mais de la qualité au temps. La vieillesse réussie possède donc une forte dimension subjective. Elle se définit par un certain bonheur et une certaine sérénité quotidienne. »⁷⁷ La vieillesse ne serait alors pas obligatoirement un naufrage (le Général de Gaulle ne m'en voudra pas). Un vieillissement qualifié de réussi s'opère grâce à des capacités d'adaptation et de compensation de l'individu pour contrebalancer l'involution et la fragilité des différentes fonctions de l'organisme. En lien avec les compétences motrices de l'organisme, chacun possède des réserves fonctionnelles. L'accès à celles-ci conditionne la réactivité et l'adaptabilité aux exigences de l'environnement. Or durant le vieillissement, ces réserves sont atteintes puisque les capacités motrices maximales s'amenuisent. On parle de décompensation des fonctions motrices quand un facteur déclenchant surpasse les possibilités d'adaptation du sujet.

2.3. Les composantes « classiques » du vieillissement normal

Je tenterai maintenant d'exposer succinctement les différentes composantes

⁷⁷ Alaphilippe D., Fontaine R., Personne M., 2007, p.66

« classiques » du vieillissement normal en abordant le vieillissement physiologique, sensoriel, cognitif et psychomoteur puis en exposant les répercussions psycho-affectives. Je rappelle que ce sont des généralités qui ne constituent pas une vérité absolue.

2.3.1. Le vieillissement physiologique

Le vieillissement s'observe au travers de changements externes ; les rides, les cheveux gris/blanc, les ongles et dents jaunies, une diminution de la taille, un grossissement, etc.. Ces changements corporels traduisent le vieillissement visible et sont dus à des changements internes (organiques) qui s'inscrivent à différentes échelles du corps.

Tout d'abord ; au niveau moléculaire, s'effectue une dénaturation moléculaire (dégradation enzymatique de l'élastine, ralentissement de la synthèse des protéines, etc.).

Au niveau cellulaire, le vieillissement entrave principalement la capacité de division cellulaire qui décroît avec l'avancée en âge, tout comme le nombre de globules rouges. De plus se réalise une diminution de la réactivité des cellules.

Au niveau tissulaire on observe l'apparition de rides due à une perte d'élasticité de la peau, s'opèrent également une amyotrophie musculaire, des difficultés articulaires dues à une perte de souplesse, une fragilisation osseuse, une perte capillaire et une diminution de la taille, un affaissement de la colonne vertébrale (ostéoporose) ainsi qu'une atrophie des fibres musculaires de type II.

On retrouve aussi un vieillissement des organes (suite au vieillissement du système nerveux, du système cardio-vasculaire et du système immunitaire), un vieillissement musculaire (notamment une sarcopénie) et une croissance de la masse graisseuse en parallèle. La réduction du nombre des neurotransmetteurs, génère une lenteur dans les réponses motrices. Celle-ci a pour conséquences une altération de la performance, de la force et une augmentation de la fatigabilité musculaire.

2.3.2. Le vieillissement sensoriel

La senescence impacte également les systèmes sensoriels. De fait, les cinq sens ainsi que la proprioception n'esquivent pas le vieillissement, mais ne sont pas épargnés de la même manière selon chacun.

LA VISION: En suivant le vieillissement normal, la fonction visuelle se dégrade progressivement entre 40 et 50 ans. Cela se traduit par une diminution de l'acuité visuelle ayant des répercussions importantes sur la perception et le contact avec l'environnement, notamment par une mauvaise perception des distances, ou une difficulté à reconnaître son entourage ou les objets. Cette baisse de l'acuité visuelle atteindra naturellement environ 6/10 aux alentours de 80 ans, ce qui met en difficulté la personne âgée dans son quotidien, dans la prise de repères, voire même la met en danger physique (risque de chute plus élevé) ou psychoaffectif (risque de repli social, voire de dépression, ou phobie de la marche). La presbytie et la myopie touchent de nombreuses personnes, et il est important, pour l'équilibre entier de la personne, de rectifier au plus vite ces

détériorations. Par ailleurs, le temps d'adaptation à la nuit, à l'obscurité, s'allonge avec l'âge.

Outre le vieillissement normal de l'œil, le vieillissement pathologique correspond, le plus fréquemment à quatre pathologies : la cataracte, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le glaucome et la rétinopathie diabétique. L'atteinte de la cataracte est selon le Larousse médical une opacification partielle ou totale du cristallin, due à l'altération du métabolisme des fibres cristallines et responsable d'une baisse progressive de la vision. La cataracte s'accompagne de rougissements des yeux et larmoiements excessifs. La dégénérescence maculaire liée à l'âge ou DMLA est une destruction progressive de la macula (zone rétinienne qui permet la vision précise, dite vision centrale). Le glaucome, selon le Larousse médical, c'est une maladie de l'œil caractérisée par une élévation de la pression intraoculaire avec atteinte du champ visuel, pouvant aboutir à la cécité. Enfin, la rétinopathie diabétique correspond à une grave complication du diabète due aux lésions rétiniennes caractéristiques des personnes diabétiques de type 2 (50% sont touchées par cette pathologie durant le vieillissement). Cette pathologie survient à cause d'une prolifération vasculaire rétinienne qui provoque des petites hémorragies éparses.

L'AUDITION: La sensibilité à la fréquence et hauteur des sons diminue (dégradation de cils dans la cochlée) plaçant la personne âgée dans une position de difficulté à interagir avec son environnement. La perception de la parole, et par la suite la communication, sont entravées plus ou moins conséquemment selon le type d'atteinte auditive. La perte auditive peut entraîner un renfermement sur soi et impacter la socialisation de la personne provoquant même des crises d'angoisses ou une anxiété chronique si ce trouble n'est pas accompagné et intégré. La dégradation auditive, si absence de surdité *in fine*, peut laisser place à une discontinuité, néfaste à l'intégrité du sujet. Si l'enveloppe sonore de la personne est trouée, il est essentiel de se brancher sur un autre mode de communication, ou d'appuyer les échanges grâce à d'autres supports, pour éviter un déséquilibre qui placerait le sujet en position faible.

La pathologie principale du système auditif est la presbyacousie, phénomène apparaissant à partir de 50 ans, lié à la dégénérescence des cellules ciliées de l'organe de Corti et traduisant une diminution de la perception des sons aigus (sons à haute fréquence), et donc notamment la parole.

LA GUSTATION ET L'OLFACTION: La perception des odeurs et du goût des aliments (au niveau de la perception sucrée, salée) est réduite. De plus, le sujet âgé aime généralement moins l'amer que le sujet jeune.

LE TOUCHER: Les effets du temps marquent la peau, cette limite visible et palpable entre soi et l'extérieur. La peau se plisse, s'assèche et s'amincit. Elle est exposée plus facilement aux plaies telles que les escarres et mycoses. Ce changement corporel se traduit souvent par une atteinte narcissique. La personne âgée doit faire le deuil de l'image du corps idéal et accepter le vieillissement de son corps, ainsi que le regard des autres sur elle. De plus,

cette peau qui est malmenée par le vieillissement, est source d'attention particulière, surtout lorsque la personne n'est pas autonome dans les activités de la vie quotidienne ou a besoin de soin médicaux. Le toucher peut être vécu comme agréable mais également désagréable, voire oppressant ou agressif.

LA PROPRIOCEPTION: La sensibilité proprioceptive s'abaisse et camoufle les informations interceptées au niveau du corps. Le sujet distingue moins les changements, perçoit moins les variations toniques, musculaires, posturales etc.

Les principales conséquences du vieillissement sensoriel se retrouvent au niveau moteur avec une diminution de l'autonomie physique - voire une régression psychomotrice, ainsi qu'au niveau psychologique au travers d'un retrait social associé à une dépression dans certains cas.

2.3.3. *Le vieillissement cognitif*

Le vieillissement intellectuel touche différentes fonctions cognitives, notamment certaines fonctions exécutives.

L'ATTENTION : Ce terme « désigne notre capacité à orienter nos ressources mentales vers une source d'information »⁷⁸ On retrouve un vieillissement d'une part de l'attention sélective qui « désigne notre capacité à traiter de façon efficace et rapide une information particulièrement pertinente pour une tâche en cours »⁷⁹, d'autre part de l'attention partagée ou divisée qui consiste en « tenir compte de plusieurs sources d'information en même temps. »⁸⁰

LA MEMOIRE : Elle est marquée par une réduction des facultés mnésiques due à une « diminution de la capacité à initier des opérations cognitives efficaces au moment de l'encodage et de la récupération en mémoire ».⁸¹

LE RAISONNEMENT ET RESOLUTION DE PROBLEMES : Le vieillissement entraîne un déclin cognitif des aptitudes au raisonnement et résolution de problèmes avec des variations individuelles en fonction des stratégies mises en places préalablement.

LE LANGAGE : Il existe deux hypothèses dans le vieillissement ; « l'hypothèse de préservation renvoie à l'absence d'atteinte de certains processus avec le vieillissement. L'hypothèse de compensation renvoie à l'annulation d'effets délétères du vieillissement sur les performances cognitives par les effets positifs de l'expérience sur ces mêmes performances cognitives »⁸². De plus, on note une potentielle atteinte dans les activités de

⁷⁸ Dujardin K., Lemaire P., 2008, p.30

⁷⁹ *Ibid.*, p.30

⁸⁰ *Ibid.*, p.35

⁸¹ *Ibid.*, p.46

⁸² *Ibid.*, pp.80-81

production ou de compréhension touchant le traitement des informations.

2.3.4. *Vieillesse psychomotrice*

Les modifications corporelles entraînent des remaniements psychiques. Le corps vieillissant est un corps qui se métamorphose, il faut apprendre à l'accepter et l'assumer. Les effets du vieillissement se répercutent sur le schéma corporel, l'image du corps, le tonus, les coordinations et l'équilibre, la motricité globale et fine.

2.3.4.1. *Schéma corporel*

Le schéma corporel, terme provenant de Pierre Bonnier en 1893, correspond à la représentation du corps propre. Ajuriaguerra, en 1970, le définit précisément ainsi : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. »

La conception du schéma corporel par Paul Schilder est globale, en articulation permanente des aspects biologique, psychologique et social. Pour lui, le schéma corporel s'entend comme « l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même ». Dolto précise que « Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce »⁸³. Il est en partie inconscient, conscient et préconscient.

Le schéma corporel est donc évolutif, il se construit à partir de nos expériences passées et actuelles. Il est permanent et constitue un référentiel interne essentiel grâce à cette connaissance de notre corps. Avec l'avancée en âge, le schéma corporel est victime du vieillissement. La réduction des mouvements et déplacements observés chez l'aîné ainsi que la diminution des expériences et donc des informations sensorielles empêchent de nourrir le schéma corporel. La vision et la connaissance du corps sont par la suite appauvries, entravées, ou floutées.

2.3.4.2. *Image du corps*

L'image du corps « est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire » et est « l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant »⁸⁴. Elle résulte de la synthèse permanente de notre construction corporelle par la relation qui se construit dès la naissance et évolue tout au long de la vie. C'est ainsi une représentation imaginaire que chacun se fait de son corps, qui reflète le passé comme le présent. « L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimique et

⁸³ Dolto F., 1984, p.22

⁸⁴ *Ibid.*, p.22

geste. »⁸⁵

L'image du corps du senior est désorganisée par l'ensemble des modifications physiques et remaniements psychiques dus au vieillissement. A cela s'ajoute la vision péjorative de la société sur les « vieux », venant altérer davantage l'image de soi. Effectivement, avant même de subir les conséquences du vieillissement, une représentation péjorative de notre futur en tant que « vieille personne », place directement celle-ci dans une situation compromettant son image d'elle-même. F. Dolto ajoute que « *C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.* »⁸⁶ On se doute bien alors qu'en fonction de l'évolution de l'image du corps durant le vieillissement, il est probable que la relation à soi soit affectée, tout comme la relation à l'autre au travers de la communication.

2.3.4.3. Tonus

Le terme « tonus » provient du grec « *tonos* » (la tension). Pour Marianne Jover « le tonus est l'état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. »⁸⁷ A chaque instant est mis en jeu un système de régulation afin que le tonus soit en état d'équilibre. On différencie trois états du tonus, qui sont imbriqués et s'étayent mutuellement. Le tonus de fond, ou tonus basal, est l'état de légère tension isométrique des muscles, permanente et involontaire, et qui ne disparaît pas même lors du sommeil. Le tonus postural correspond à l'activité tonique minimale qui permet le maintien de la posture. Enfin, le tonus d'action est l'ensemble des variations de tension musculaire destinées à préparer et soutenir le mouvement.⁸⁸

Le tonus est également le support des émotions et vecteur de la communication infra-verbale. Il informe à la fois sur soi-même, et sur les autres. Les modifications du tonus durant le vieillissement se répercutent alors sur la relation à soi et avec l'autre. Le senior peut se tromper dans la lecture du corps de l'autre, tout comme dans la lecture de son propre corps. Le tonus est la trame du mouvement et est intimement lié à la posture. Les fonctions locomotrices du senior sont conséquemment modifiées.

2.3.4.4. Fonctions locomotrices ⁸⁹

La motricité globale, les coordinations et l'équilibre sont effectivement affectés,

⁸⁵ Dolto F., 1984, p.23

⁸⁶ *Ibid.*, p.23

⁸⁷ Jover M., 2000, p.49

⁸⁸ Pavot C., Notes de cours

⁸⁹ Albaret J-M., Aubert E., 2015, p.28

notamment au travers d'une diminution de la longueur et hauteur des pas, réduction de la vitesse de marche et de l'amplitude des mouvements. On observe une légère flexion du tronc et une cyphose dans la partie haute du dos. De plus, nos aînés développent généralement une marche diminuant la phase d'équilibre en appui unipodal et augmentant celle bipodale.

Les réponses motrices sont ainsi plus lentes, moins précises et parfois moins adaptées à la situation. En moyenne, on note une diminution de l'ensemble des mouvements du corps et une tendance à la passivité ou à la diminution d'efforts due à une augmentation du coût énergétique lors des déplacements. Cette réduction du fonctionnement moteur global peut être en lien avec des sources autres que le vieillissement moteur, comme par exemple au niveau psychologique, une appréhension et peur de tomber, se traduisant par une limitation des mouvements. Des douleurs sous-jacentes peuvent également participer à une réduction notable des déplacements. Dans certains cas où cet investissement corporel est amoindri, il arrive que le sujet se désintéresse de son corps et en développe une écoute sourde (affectation de la conscience corporelle).

2.3.4.5. *Motricité fine*

Des difficultés se retrouvent au niveau des mouvements de pointage et de préhension d'objets, notamment à cause de problèmes dans la régulation de la force d'action, une précision amoindrie et une désorganisation des composantes du mouvement (la phase d'accélération lors de la préhension est décélérée et la phase de décélération est accélérée). « Les altérations liées au vieillissement des fonctions motrices et psychomotrices portent, d'une part, sur des limitations de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements, mais aussi sur une réduction des capacités de traitement de l'information, concernant principalement l'attention ainsi que les processus de sélection et de programmation de la réponse motrice. » (...) « D'une manière générale, les sujets âgés se caractérisent principalement par des mouvements plus lents et une plus grande variabilité des performances. »⁹⁰ L'accompagnement en psychomotricité de cette période de la vie peut amener un mieux vivre et accepter les importants changements qui s'opèrent.

L'avancée en âge peut être abordée du côté des acquisitions, ou du côté des pertes. Bien évidemment, ce processus est individuel, je ne fais donc pas de vérité avec les globalités qui suivent.

2.4. Acquisitions du senior

A partir d'un certain âge, différent selon chacun, on peut énumérer différents gains qui

⁹⁰ Albaret J-M., Aubert E., 2015, p.19

s'acquièrent comme la diminution des contraintes familiales (enfants responsables qui ne sont plus à charge par exemple), des contraintes professionnelles donc moins de stress du au travail. Cela laisse au retraité beaucoup de temps libre pour d'autres activités ou loisirs. Nombreux sont ceux qui s'engagent dans différentes associations et tissent en même temps de nouveaux liens sociaux. Cette période est l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances et de faire des projets, de partir en voyage.

Marie Anaut cite certains facteurs facilitant la résilience chez le sujet âgé : « La créativité comme l'humour peuvent s'exprimer de multiples façons : écriture, dessin, peinture, sculpture, film, pièce de théâtre, sketches, plaisanteries, etc. »⁹¹ De fait, le temps libre permet à nos aînés de s'adonner à ces activités plus artistiques, qui maintiennent la communication, la joie de vivre, la socialisation, l'imagination, etc.

2.5. Concept de résilience

Le concept de résilience a été introduit par John Bowlby avec sa théorie sur l'attachement. Mais c'est principalement grâce à Boris Cyrulnik que ce terme est devenu commun en France ; la résilience ou « l'art de naviguer entre les torrents » s'est familiarisé notamment avec la sortie de son ouvrage *Un merveilleux malheur* en 1999.

La résilience « doit être considérée comme un réaménagement du monde mental altéré par les pertes. »⁹² Elle est engagée lorsqu'un traumatisme émerge et qu'il dépasse les capacités d'adaptation et d'accommodation du sujet. Selon l'OMS, le traumatisme est un « dommage physique subi par un corps humain lorsqu'il est brutalement soumis à des quantités d'énergie (mécanique, thermique, chimique, rayonnée) qui dépassent le seuil de tolérance physiologique ou privé d'un ou plusieurs éléments vitaux (oxygène, chaleur). » Le terme regroupe l'événement traumatique et ses répercussions psychologiques et/ou corporelles. « Ainsi, c'est le traumatisme psychologique et la menace de désorganisation psychique qui se trouvent à l'origine de l'entrée en résilience. Le processus de résilience renvoie donc à l'aptitude du sujet à surmonter le traumatisme et à la reprise d'un autre type de développement malgré l'effraction psychique. »⁹³ Le processus de résilience est donc corrélé aux processus psychiques du sujet engagés pour surmonter une perte ou traumatisme.

L'approche de la résilience est multimodale. Elle est considérée généralement comme un processus mais peut être perçue comme une capacité pour certains, comme Stefan Vanistendael⁹⁴, ou encore la résilience peut être abordée comme résultat d'un fonctionnement. Elle peut dépendre de l'équilibre du sujet ou de ses traits de personnalité.⁹⁵ Finalement, « nous dirons que c'est un processus qui permet de sortir

⁹¹ Anaut M., 2014, p.23

⁹² Cyrulnik B., 2014, p.9

⁹³ Anaut M., 2008, p.77

⁹⁴ Vanistendael S., Lecomte J., 2000

⁹⁵ Anaut M., 2008, pp.42-48

vainqueur d'une épreuve traumatique et de continuer à se construire malgré l'adversité. La résilience est un processus complexe qui met en jeu des ressources internes et externes. »⁹⁶

Pour Jean Garneau, psychologue, « En parlant de résilience, on abandonne cette vision aseptique de la vie idéale pour affirmer sans hésitation que les catastrophes et les épreuves font malheureusement partie de la vie et qu'il vaut mieux y être préparé si on veut survivre et continuer de mener une existence digne d'être vécue. »⁹⁷

Pour cela, les bases requises pour la construction du processus résilient sont au nombre de trois d'après les travaux de Carol Gilligan⁹⁸ :

- le sentiment d'avoir une base de sécurité interne (renvoie à la théorie de l'attachement de Bowlby et sentiment d'appartenance sociale et relationnelle.
- l'estime de soi (valeur et amour que la personne porte à elle-même)
- le sentiment de sa propre efficacité

« Quand le développement a permis d'acquérir une stabilité émotionnelle, quand l'histoire de la personne âgée lui donne une belle image de soi et quand le soutien affectif la sécurise et l'encourage à partager ses récits, on peut prédire une bonne résilience. »⁹⁹ Les personnes âgées ont des réactions différentes face aux épreuves du vieillissement. Notamment, certaines seront vulnérables, d'autres seront qualifiées de résilientes. « La résilience n'est pas synonyme d'invincibilité ni d'insensibilité, mais évoque en revanche l'idée de souplesse et d'adaptation. »¹⁰⁰

2.6. Deuils et pertes chez le sujet âgé

« On ne peut prétendre à une vieillesse sereine et lumineuse sans avoir fait le deuil de sa jeunesse et médité sur sa mort à venir. »¹⁰¹ Le vieillard est amené à confronter la réalité, il s'engage dans un combat contre le temps, dont on connaît déjà le gagnant. La jeunesse n'est plus, et la mort est au bout du chemin. Durant ce cheminement, le vieillissement est marqué par une succession de deuils qui peut teinter la personnalité de la personne d'un fond de tristesse prolongé si le travail de deuil est trop fréquent ou mal mené.

« Ô temps ! Suspends ton vol, et vous, heures propices !

Suspendez votre cours :

Laissez nous savourer les rapides délices

Des plus beaux de nos jours ! »

Ces vers d'Alphonse de Lamartine pourraient s'étendre au delà des souvenirs de son idylle vécue près de ce lac, dont il regrette le temps. Si le temps pouvait s'interrompre,

⁹⁶ *Ibid.*, p.34

⁹⁷ <http://www.redpsy.com/infopsy/resilience.html>, consulté le 14.03.2016

⁹⁸ Anaut M., 2008, p.72

⁹⁹ Cyrulnik B., 2014, pp.13-14

¹⁰⁰ Anaut M., 2008, p.122

¹⁰¹ de Hennezel M., 2008, p.252

nombre de personnes seraient ravies face à l'approche de la vieillesse. Cette allégorie dans le poème de Lamartine du temps qui vole, sous forme d'oiseau irrattrapable, reflète bien l'irréversibilité et la rapidité de l'écoulement du temps. Souvent les personnes non préparées aux changements qu'implique le vieillissement, réalisent brutalement cette avancée du temps et les dégâts de celui-ci sur elles-mêmes.

« *Mais je me demande en vain quelques moments encore,
Le temps m'échappe et fuit ;
Je dis à cette nuit : Sois plus lente ; et l'aurore
Va dissiper la nuit. »*¹⁰²

Ce temps insaisissable et vicieux nous guette et nous emporte tous, « On me dit que le temps qui glisse est un salaud, Que de nos tristesses il s'en fait des manteaux »¹⁰³. La vieillesse peut effectivement être une étape difficile pour certains, à laquelle il faut se préparer préalablement et accepter les limites qui s'imposeront à nous en faisant le deuil de certaines choses. « Les liens sociaux se délitent ou se raréfient avec le départ à la retraite notamment, et les deuils sont de plus en plus fréquents ».¹⁰⁴ Cette citation est cependant à nuancer, puisque comme nous l'avons vu précédemment, nombres de retraités ont à l'inverse agrandi leur cercle social, grâce notamment aux diverses associations et bénévoles dans lesquels ils s'impliquent.

De manière générale, le senior peut être confronté au deuil de son entourage (décès d'un proche ou d'une personne de la famille) et au deuil de soi même (deuil de l'image idéale du corps, confrontation à la perte progressive et irréversible de certaines capacités). « L'altération des capacités fonctionnelles peut générer des frustrations, des sentiments de dévalorisation et une baisse de l'estime de soi qui s'accompagne parfois d'une symptomatologie dépressive. »¹⁰⁵ « Si l'enfant doit apprendre à connaître son corps et à construire son identité, si la maturité permet tant bien que mal une forme de stabilité dans cette élaboration, le vieillissement, quant à lui, amène l'individu à faire progressivement le *deuil d'un idéal du corps*. Le conflit entre images, celle que la personne perçoit et celle à laquelle elle aurait voulu ressembler, est omniprésent au fil des ans. »¹⁰⁶ Je vous renvoie à la partie sur le travail du deuil et les « stades du mourir » comme l'appelle E. Kübler-Ross. (Cf. 3.8.2. *L'annonce du handicap visuel et le travail de deuil*)

Les deuils constituent un véritable combat, pouvant déstabiliser les assises narcissiques et plonger la personne dans la dépression selon l'atteinte du deuil sur sa personnalité. Du côté de Monsieur L., au deuil important de la perte de la vue à 38 ans, s'ajoutent plus tard les deuils consécutifs au vieillissement. Un corps marqué par le temps, l'arrêt de l'activité professionnelle, la mort de son père, le passage en institution suivi de

¹⁰² de Lamartine A. (1790-1869), *Le Lac*, Médiations poétiques, 1820

¹⁰³ Bruni C., *Quelqu'un m'a dit*, 2002

¹⁰⁴ Anaut M., 2008, p.95

¹⁰⁵ Anaut M., 2014, p.21

¹⁰⁶ Maintier C., 2011, p.38

la mort de sa mère, etc. Ces chocs psychologiques –voire traumatiques, nécessitent un travail psychique de deuil conséquent. On voit bien que le passé de Monsieur L. a commencé par une continuité redondante et certainement sécurisante pour lui (il n’a jamais déménagé et quitté le domicile familial) puis que cette continuité a subi de nombreuses ruptures. Ruptures qui, à force, peuvent profondément changer l’être et sa façon d’être et d’agir au monde.

2.7. Conséquences psycho-affectives contingentes aux pertes

« Le vieillissement peut entraîner une fragilité émotionnelle marquée par l’affaiblissement des facultés cognitives et physiques, autant que les changements relationnels. »¹⁰⁷ En plus d’une potentielle fragilité émotionnelle, diverses répercussions psycho-affectives sont probables à la suite de ces pertes qui ponctuent toute traversée du vieillissement. Cependant, ces répercussions restent liées à l’histoire du sujet et en sont inséparables. Nous ne développerons ici que les principales conséquences observables.

2.7.1. *Au niveau du corps*

Les conséquences des pertes au niveau du corps (changements corporels, réduction du fonctionnement moteur) peuvent amener à une dépersonnalisation, un sentiment de corps étranger à soi, des comportements psychocomportementaux (agression, violence, envers soi et l’autre).

2.7.2. *Au niveau cognitif*

Les conséquences des pertes au niveau cognitif (diminution du fonctionnement cognitif) entraînent des difficultés d’attention, de concentration et d’apprentissage. « Si le fonctionnement psychique du sujet âgé n’est pas fondamentalement différent de celui d’un sujet plus jeune, il va néanmoins subir au cours du temps quelque affaiblissement en raison de la perte progressive de la plasticité mnésique et perceptive. Les inscriptions mnésiques et perceptives peuvent être considérées comme des fragments du sujet et participent, de toutes façons à l’entretien des fonctions psychiques. »¹⁰⁸

2.7.3. *Au niveau social*

Les conséquences des pertes au niveau social correspondent aux pertes des rôles et responsabilités sociales de l’âge adulte (éducation des enfants, travail, etc.) pouvant entraîner un retrait, un repli social ou une solitude.

2.7.4. *Au niveau personnel*

Les pertes au niveau personnel (perte de proches, perte de ses aptitudes, changement de personnalité) peuvent être responsables d’une perte de confiance en soi et d’un sentiment d’efficacité, un défaitisme, une résignation, une dévalorisation, angoisse, une peur de

¹⁰⁷ Anaut M., 2008, p.95

¹⁰⁸ Caron R., 2000, p.35

l'avenir, un mutisme, une résistance au changement (acceptation et reconnaissance difficile du nouveau mode de vie et rythme).

Une conséquence assez fréquente de l'ensemble de ces pertes chez la personne vieillissante est la tristesse prolongée, pouvant mener à une réelle dépression si aucun accompagnement n'est proposé. De fait,

«La vieillesse fournit plusieurs raisons assez réalistes d'éprouver du désespoir : les aspects d'un passé qu'on aurait ardemment désiré différent; les aspects du présent qui nous causent une souffrance sans rémission; les aspects d'un futur incertain et effrayant. Et bien sûr la mort inévitable demeure un aspect du futur qui est à la fois totalement certain et totalement inconnu. Par conséquent il faut qu'un certain désespoir, anticipé depuis le commencement de la vie, soit reconnu et intégré comme une composante du vieil âge.»¹⁰⁹

Une vigilance s'impose, car l'identité de la personne est en jeu. Une crise identitaire (progressive ou accélérée par un événement) est effectivement possible, ponctuée d'angoisses majeures et de désintérêt total envers soi et l'autre. En effet, « Les changements de l'apparence corporelle bouleversent avec une plus ou moins grande intensité l'investissement de soi et mettent sérieusement à l'épreuve la solidité et la souplesse des assises narcissiques. »¹¹⁰

2.8. Une identité fragilisée

Le terme « identité » tire son origine du latin « *identitas* » ou « *idem* » signifiant « le même ». Ce terme est alors utilisé de manière paradoxale, puisqu'étymologiquement, il désigne une similitude entre deux entités mais l'usage actuel renvoie à l'individualité et la singularité d'une personne ou d'un groupe. Il est néanmoins possible de rallier ces deux définitions pour parler de l'identité comme une notion à la fois individuelle et groupale. L'identité du sujet se trouve donc au travers de son histoire et de son appartenance aux humains. On parle d'identité objective et subjective.¹¹¹ L'identité est une notion complexe faisant écho à l'histoire du sujet et son unicité. Dans le domaine des sciences humaines, c'est Erik Erikson qui a lancé le concept « d'identité » au travers de son ouvrage *Enfance et Société* (1950).

A l'origine même du terme utilisé pour qualifier nos aînés : « personne âgée », on parle de l'homme et la femme de manière indifférenciée, comme si la personne âgée était un être asexué. Cette expression est devenue commune suite au rapport Laroque traitant du respect de l'autonomie par le biais d'un soutien à domicile des personnes de plus de 60 ans.¹¹² Ainsi déjà par l'appellation « personne âgée », l'identité sociale de ces mêmes personnes se trouve d'emblée attaquée.

¹⁰⁹ Erickson E.H., Erickson J.M., Kivnick H.Q., 2000, p.72

¹¹⁰ Verdon B., 2013, p.15

¹¹¹ Guyotat J., 1998, pp.7-18

¹¹² Rapport proposé par la Commission Laroque, publié en 1962

Pour Marie Anaut, l'avancé en âge est « une période de crise développementale, au sens eriksonien, c'est-à-dire une étape du cycle de vie qui induit des mutations identitaires et psychoaffectives. »¹¹³ L'aîné doit fournir un effort d'adaptation, indispensable à la conservation de son intégrité pour faire face à la perte progressive des capacités. « A l'instar de l'adolescence, le vieillissement mobilise des processus qui mettent à l'épreuve la stabilité identificatoire et identitaire, du fait notamment des nombreux changements qu'il engage. »¹¹⁴ En effet, « Lorsque nos repères ayant construit notre identité (notre travail, les enfants, les amis) se troublent, ils interrogent notre sentiment d'identité. »¹¹⁵ Il est possible que le sujet ne se reconnaisse pas au travers de tous ces changements, et perde sa place d'acteur. Il « subit » son évolution et son vieillissement. La réalité de la vieillesse, l'irréversibilité du temps et ses dégâts sur la personne provoquent une réelle blessure narcissique, plus ou moins facile à cicatriser selon chacun. Le sujet peut remettre en question son passé, souffre de regrets ou remords. Cette rétrospective sur sa vie peut être douloureuse si la personne n'arrive pas à se satisfaire de son évolution. L'identité est d'autant plus mise à mal s'il y a présence de pathologies durant le vieillissement. Cependant, il faut absolument « soutenir la possibilité pour le patient de pouvoir dire « je » jusqu'au bout. »¹¹⁶

Si on en revient à Freud, « le moi est avant tout un moi corporel », alors, nous pourrions également parler d'identité corporelle. Catherine Potel ajoute qu'« Il faut passer par le corps pour clamer son identité. »¹¹⁷ Or, durant le vieillissement, le corps subit d'importantes modifications, ses capacités d'action diminuent en parallèle. L'identité corporelle de la personne vieillissante peut être affectée. « En situation difficile, l'identité pâtit des vécus douloureux et des crises de l'existence, et au fil du vieillissement, les crises ne manquent pas. A chaque fois, l'identité est à reconstruire. Dans ce processus, le corps est essentiel, comme élément dynamique. »¹¹⁸ La psychomotricité intervient ici dans toute sa splendeur, car elle place le corps de l'aîné au premier plan, support de communication, de relation et de reconstruction. « Participer à, continuer à nourrir l'identité des âgés, tout en favorisant leur estime d'eux-mêmes, est une nécessité afin que l'identité continue son chemin. »¹¹⁹

¹¹³ Anaut M., 2014, p.20

¹¹⁴ Verdon B., 2013, p.33

¹¹⁵ Ribadier A., Sainjeon-Cailliet S., 2011, p.59

¹¹⁶ Verdon B., 2013, p.105

¹¹⁷ Potel C., 2006, p.59

¹¹⁸ Personne M., 2011, p.7

¹¹⁹ Joulain M., 2011, p.28

PROJET THERAPEUTIQUE

Après cette description clinique et théorique, j'ai axé ma réflexion sur les moyens à donner à Monsieur L. pour qu'il puisse s'affirmer plus, tant sur le plan moteur, que cognitif et affectif. Dès le début de ma prise en charge avec lui, l'aider à redevenir sujet en travaillant sur l'autonomisation est apparu comme la priorité. Effectivement, Monsieur L. dépend de son entourage pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne. Du matin au soir, Monsieur L. ne fait rien seul et n'est pas non plus incité à le faire. Ainsi a émergé une question centrale : **Comment la thérapie psychomotrice peut-elle aider Monsieur L. à sortir de sa position de dépendance ainsi que favoriser sa reconstruction identitaire ?** Par quels moyens peut-elle accompagner Monsieur L. dans l'activité et non la passivité ? Dans quelle mesure peut-elle amener Monsieur L. à redevenir un sujet désirant, sujet présent dans la relation et sujet en mouvement ?

A l'issue du bilan, j'ai réalisé que Monsieur L. avait certes des difficultés, mais aussi des capacités motrices non exploitées. Avant de voir chez les patients leurs difficultés, notre regard de thérapeute du soin nous pousse à discerner les potentialités pour s'y appuyer, afin de compenser au mieux les difficultés et permettre une meilleure adaptation à l'environnement. En raison de la cécité et l'âge de Monsieur L., il m'est apparu que le travail principal se situerait autour de la marche, la conscience du corps, la régulation tonique, la peur d'avancer seul, etc. N'ayant jamais bénéficié d'aide pour s'adapter à sa cécité, j'ai pensé qu'il s'agissait de la cause évidente du blocage de son autonomie. J'ai donc choisi d'orienter ma prise en charge sur les axes thérapeutiques suivants.

1. Axes thérapeutiques

- stimuler et entretenir la marche, les déplacements et les changements de posture
- prise de conscience du corps au repos, en mouvement et dans la relation
- favoriser la détente corporelle et améliorer la régulation tonique
- rétablir une conscience du mouvement et une automatisation du geste à l'aide d'une stimulation praxique (repas thérapeutique)
- restaurer une certaine indépendance motrice et cognitive,
- favoriser la prise d'initiatives
- susciter l'envie et le désir de bouger, d'agir, de vivre, d'être en relation avec l'autre pour favoriser la socialisation

J'ai mis en place une séance de psychomotricité pour travailler les déplacements, d'une durée de 45 minutes par semaine, le vendredi à 11h en présence d'une autre stagiaire, Marie, ainsi qu'une séance de repas thérapeutique le même jour, au cours du déjeuner, cette fois-ci seule avec Monsieur L.

La relation en triade a bien fonctionné. La conversation était plus facile à entretenir et les

déplacements plus sécurisés. J'ai rapidement pris le rôle d'amener les propositions d'activité dans la séance, alors que Marie a adopté une posture d'observatrice. Le fait que nous soyons deux stagiaires seulement, sans notre maître de stage qui animait un groupe sur cet horaire, nous a conféré beaucoup d'importance et de responsabilités. Nos échanges durant les moments informels avec Marie furent riches et fort intéressants.

2. Cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique possède une place non négligeable dans l'élaboration d'une prise en charge. Tout comme la peinture a son cadre, le livre sa couverture et la sculpture son socle, la thérapie psychomotrice possède également un cadre réfléchi autour de nos pensées et analyses et contient deux êtres psychomoteurs en mouvement. Potel définit le cadre comme un espace de rencontre « qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. »¹²⁰ Elle énumère des conditions particulières pour border le travail psychomoteur. Elle propose des conditions d'espace, de matériel, de temps, d'encadrement et des conditions de fonctionnement institutionnel.¹²¹ Ces conditions sont à mettre en lien avec des postulats acquis par le psychomotricien durant sa formation et son évolution. René Kaës donne quatre fonctions au cadre : contenante, limitante, symboligène et transitionnelle. Il précise que « le cadre est une présence permanente sans laquelle le Moi ne peut se constituer ni se développer. »¹²²

Le cadre thérapeutique s'est révélé important dans la prise en charge avec Monsieur L.. Le lieu, l'heure, l'espace, etc., tout cela apporte une continuité qui devient une source fiable de sécurité. Lorsque Monsieur L. a associé le jour de notre séance de psychomotricité au jour de la semaine « vendredi », cela a constitué pour lui un repère temporel réel, sur lequel il a pu s'appuyer et orienter sa journée. De plus, l'espace proposé pour la séance de psychomotricité a toujours été le même parcours : sa chambre, puis la montée d'un étage et l'arrivée dans le couloir du 6^{ème} étage ou dans la salle à manger pour le repas thérapeutique. Ces repères spatio-temporels fiables chez Monsieur L. ont certainement contrebalancé l'insécurité possiblement vécue par l'absence d'informations visuelles. Ainsi, une fois le cadre posé, la thérapie psychomotrice peut réellement se mettre en place par des propositions permettant au patient de nouvelles explorations dans un cadre sécurisé. Celui-ci demeure susceptible d'être ajusté au cours de la prise en charge, si cela est nécessaire.

3. Evolution de la prise en charge

L'évolution de Monsieur L. n'a pas été linéaire. Il y a eu des séances plus difficiles que d'autres. Lors des trois premières séances, nous avons proposé à Monsieur L. un temps de

¹²⁰ Potel C., 2012, p. 321

¹²¹ *Ibid.*, pp. 322-323

¹²² Kaës R., 1994, p.81

relaxation en position allongée, au cours duquel nous avons induit verbalement un travail activo-passif de contraction et relâchement, inspiré de la méthode de relaxation Jacobson. Cette proposition de relaxation activo-passive m'a paru intéressante dans la mesure où Monsieur L. devenait acteur de son relâchement musculaire. La position allongée favorise en général la détente et participe à la diminution de l'effort musculaire. Notre objectif principal était de l'amener à une prise de conscience corporelle et un état de détente corporelle, tout en étant le déclencheur des stimulations reçues. Nous avons également tenté des mobilisations passives au niveau des membres inférieurs et supérieurs, sur fond musical et/ou parfumé. Mais cet essai s'est révélé difficile et non fructueux. Nous avons choisi d'arrêter la relaxation que Monsieur L. ne semblait pas apprécier. Le résultat obtenu était contraire à celui recherché : tonus plus élevé et surtout manifestations corporelles plus fréquentes (massage de la cuisse, bruit avec la gorge, doigt dans la bouche, etc.). Ces manifestations tonico-émotionnelles peuvent être signes d'anxiété ou de mal-être. En accord avec Monsieur L., pour qui cela l'indifférençait, nous avons alors abandonné ce moment de relaxation et de toucher thérapeutique pour se focaliser sur les déplacements et la prise de conscience du corps dans le mouvement. Cependant, même si ce travail n'a pas fonctionné dans une première approche, je l'ai repropoé plus tard dans l'année, à partir du mois de janvier, dans un cadre différent et avec des objectifs autres. Cette deuxième approche du toucher thérapeutique –cette fois-ci féconde- a constitué une base importante dans le processus d'autonomisation de Monsieur L.. Le cadre de la prise en charge une fois fixé est donc toujours susceptible de changer et d'être adapté, en fonction des perceptions du psychomotricien par rapport aux ressentis du patient et aux réalités rencontrées. C'est donc un cadre à la fois stable et muable.

Plusieurs questions se profilent alors en filigrane ; comment les propositions d'accompagnement à la marche, de repas thérapeutique et de toucher thérapeutique peuvent-elles être propices à favoriser l'indépendance de Monsieur L. ? Ces propositions ont-elles été complémentaires ? Quels sont les apports et les limites de ces trois médiations ? Quels ont été les écueils rencontrés ? Comment cette prise en charge participe-t-elle à la reconstruction identitaire de Monsieur L. ? En quoi est-elle alimentée par mon désir de le reconnaître en tant que sujet ? Quel rôle influence mon implication psychocorporelle dans la relation en tant que stagiaire psychomotricienne ?

Pour répondre à ces interrogations, j'aborderai au cours de trois parties chacune des médiations proposées, en décrivant les séances et en y intégrant des rappels théoriques afin d'expliquer en quoi ce travail favorise l'autonomie du sujet. Je décrirai aussi comment cette forme d'indépendance amène à une valorisation du sujet et de son identité. En synthèse, je développerai mes ressentis de stagiaire psychomotricienne et le rôle qu'ont joué mon désir et mon implication psychocorporelle dans la prise en charge. Enfin, j'évoquerai les perspectives envisagées dans la continuité de mes propositions et réflexions.

VERS UNE INDEPENDANCE

1. Autonomisation par un travail dynamique dans les déplacements

1.1. Passage d'une position passive à active

La posture de passivité de Monsieur L. m'a immédiatement intriguée. Se complait-il dans cette position, est-ce volontaire, ou est-ce par envie de facilité ? Peut-être même qu'être en contact avec l'entourage et agir sur le monde extérieur l'indiffèrent, d'où cette tentative insidieuse à la régression. Le corps de Monsieur L. est réduit à un corps que l'on déplace et instrumentalise. Son corps objet ne semble plus investi de manière spontanée et volontaire. Le travail proposé autour des déplacements a eu pour objectif de le sortir d'une part de cette passivité, d'autre part de le rendre acteur de ses mouvements. C'est un temps durant lequel Monsieur L. a pu faire l'expérience de se déplacer seul, mais en présence de l'autre. Par la description d'une séance type, je développerai les diverses observations qui en sont ressorties.

Au début de la séance, nous (Marie et moi) venons chercher Monsieur L. dans sa chambre. Nous commençons par échanger sur nos semaines respectives, sur l'état de fatigue de chacun et nous lui posons quelques questions pour solliciter sa mémoire (repérage spatio-temporel). C'est un temps calme qui permet de débiter la séance doucement et dans de bonnes conditions. Nous sortons ensuite de sa chambre et lui proposons un travail autour des déplacements. Nous montons ensemble un étage par les escaliers en fonction de son état du jour (par rapport à sa fatigue notamment) pour arriver au 6^{ème} étage, où se trouve un couloir peu fréquenté et les barres parallèles.

Lors de cet accompagnement dans les déplacements, Marie se place d'un côté de Monsieur L. et lui tient la main, comme je le fais de l'autre côté. Cette forme de guide a changé les habitudes de Monsieur L. d'être « tiré » par les mains vers l'avant. En effet, cette position le sort de l'action de l'autre sur lui, et favorise les initiatives de son côté. Nous avons essayé de ne pas influencer Monsieur L. dans sa marche et d'être seulement à côté pour lui procurer une sécurité face à un espace qu'il ne peut voir. Malgré une marche lente et de faible amplitude, Monsieur L. devient acteur de ses déplacements et non victime des injonctions d'autrui.

En reprenant le modèle cartésien de la dualité, l'opposition cardinale actif/passif fait penser à l'opposition vie/mort. L'activité se rapproche de l'engagement, tandis que la passivité s'en éloigne et se morfond dans la soumission. « Le Petit Prince semble suggérer que c'est uniquement dans la fuite, dans la disparition et dans la mort qu'on peut échapper à l'impureté et à l'aveuglement. »¹²³ Cette passivité et ce semblant de soumission de Monsieur L. seraient-ils pour lui une échappatoire à la réalité ? Catherine

¹²³ Barbéris M-A. (1976), *Le Petit Prince de Saint Exupéry*, Paris, Larousse in <http://nitescence.free.fr/DEA.pdf> consulté le 10.04.2016

Chabert, dans un rapport sur *Les enjeux de la passivité*, parle de « forces extrêmes dans le combat entre la vie et la mort. »¹²⁴ Proposer à Monsieur L. des situations où il se trouve en position d'activité permet de faire pencher la balance du côté de la vie, de l'engagement, de l'existence.

1.1.1. *Travail dynamique dans les escaliers*

Pour monter les escaliers, je me place une marche devant lui, sur le côté, ma main dans sa main. La technique de guide préconise une préhension au dessus du coude, mais après quelques essais, il a paru évident que Monsieur L. n'avancerait que si je lui tiens la main. Marie nous suit derrière durant la montée des escaliers.

Monsieur L. décompose l'ensemble de ses mouvements lorsqu'il monte l'escalier, sans aucune coordination entre le haut et le bas de son corps. Il a tendance à oublier sa main sur la rambarde lorsqu'il avance. Celle-ci se retrouvant en arrière de son buste, je dois lui rappeler de monter sa main au fur et à mesure. Si je ne l'entraîne pas vers l'avant grâce à ma main, il s'arrête presque à chaque marche, comme s'il attendait que je le tire ou lui donne des indications. Ces pauses fréquentes seraient-elles dues à une peur d'avancer, de chuter, de monter l'escalier ou révèlent-elles un manque d'envie, un désintérêt ? Au lieu de le tirer, j'ai tenté de mettre une main dans son dos au niveau de sa colonne vertébrale pour apporter un appui sécurisant. En référence au développement psychomoteur de l'enfant, l'axe corporel constitue un point d'ancrage du moi corporel. « L'élaboration de l'axe est importante pour la libération des membres et la bonne utilisation des organes de sens et donc de la prise d'information. »¹²⁵ Cette proposition d'appui dorsal renvoie non seulement à une contenance physique, mais aussi à la sécurité du cadre et ma présence dans la relation. La montée des escaliers est devenue moins saccadée, surtout si elle est accompagnée d'encouragements verbaux. De surcroît, donner des indications spatiales sont une véritable aide ; par exemple « il vous reste trois marches, deux, voilà c'est la dernière ».

1.1.2. *Travail dynamique en position assise*

Une fois arrivés au 6^{ème} étage, nous invitons Monsieur L. à s'asseoir et récupérer un peu. Monter les escaliers demande un certain effort, c'est pourquoi nous passons toujours par cette étape assise afin de ne pas le fatiguer. A ce moment-là, nous lui proposons quelques exercices qui sollicitent les articulations des jambes (lever le genou, la jambe entière, en avant ou en arrière, lever le talon ou la pointe de pied, etc.), ainsi qu'une mobilisation passive des membres inférieurs. Cette dernière a pour but d'entraîner un relâchement musculaire, une détente globale par l'intégration des diverses informations sensorielles procurées. Monsieur L. a un tonus particulièrement élevé dans l'ensemble du corps, jusqu'aux doigts de pied. Ceux-là sont soit recroquevillés, soit en extension. Durant

¹²⁴ Congrès des psychanalystes de Langue Française (Paris, 1999), <http://www.spp.asso.fr/wp/?p=5903>, consulté le 10.04.2016

¹²⁵ Pes J-P., 2010, p.156

les mobilisations passives, il exerce toujours une force au début, qui vient s'atténuer peu à peu, sans jamais disparaître. Sa cécité a probablement entraîné une position de vigilance permanente, élevant son tonus. Un tel état lui permet d'être à l'afflux de n'importe quelle stimulation et préparé corporellement à répondre ou anticiper. Cette carapace tonique que Monsieur L. s'est forgée progressivement engendre des répercussions sur sa marche très « robotique », avec un effort musculaire augmenté et une posture non adaptée aux situations. La régulation tonique constitue une base de l'indépendance motrice, c'est pourquoi il nous a semblé intéressant de l'amener à baisser son tonus et son état de vigilance. A l'inverse des premiers essais infructueux de mobilisations passives en position allongée durant les trois premières séances, la position assise semble aider Monsieur L. à relâcher son tonus. La position allongée a peut-être été vécue de manière anxiogène, par exemple en renvoyant au sujet un sentiment d'infériorité face à nous, qui n'étions pas allongés.

1.1.3. Transfert entre les positions assise et debout

Le passage de la position assise à debout s'effectue doucement. Monsieur L. se relève bien, mais se bloque souvent avant d'être complètement debout et droit. Ses genoux restent en flexion, ses mains généralement accrochées aux accoudoirs du fauteuil. Il attend d'être aidé soit par une main dans le dos, soit par la voix, pour se redresser et lâcher les accoudoirs. Cette attitude cache-t-elle une peur de la chute, du vide en situation de verticalisation, ou d'éventuels vertiges qui freineraient sa levée ? Il est vrai que sa cécité le déséquilibre face à un espace qu'il ne peut voir. Il est possible également que sa posture d'immobilité adoptée depuis des années bouscule ses repères. L'appui-dos proposé peut également être vécu comme une reviviscence de la sécurité éprouvée par le contact dorsal du dossier de la chaise en position assise. Toujours est-il que Monsieur L. n'a pas de difficulté motrice pour se relever, mais nécessite un soutien soit par le toucher, soit par la voix. Nous avons aussi tenté de lui donner les conseils pour se relever avant qu'il ne commence à se mettre debout et nous avons remarqué que dans ces moments-là, il se redresse sans se bloquer avant la position debout. Les indices et recommandations semblent le sécuriser et bien le préparer au mouvement, comme si cela l'aidait à anticiper.

1.1.4. Travail dynamique en position debout

Nous débutons par une prise de conscience de la position debout, des appuis au sol. C'est généralement moi qui parle, Marie est plus dans l'observation. Tout en se tenant entre les barres parallèles, avec une main sur chaque barre, nous proposons à Monsieur L. de bouger ses jambes, l'une puis l'autre (les lever, placer le pied vers l'avant ou vers l'arrière, etc.). Par ces mobilisations, nous souhaitons travailler au niveau de l'ouverture des articulations et de la rotation externe, car il a tendance à placer ses jambes en position de rotation interne au niveau des hanches et genoux. Cet exercice permet en parallèle d'agrandir le polygone de sustentation qui est trop réduit à ce jour pour que Monsieur L. puisse marcher correctement sans être déséquilibré. (Le faible écart entre ses pieds lors

de la marche induit ses déplacements à petits pas).

1.1.5. *Travail dynamique dans la marche*

Nous proposons à Monsieur L. de marcher entre les barres parallèles. Je le guide verbalement dans ses mouvements, puis corporellement : je place mes mains au niveau de ses pieds et l'accompagne dans le mouvement. J'ai également initié des exercices de lancer de ballon, afin de solliciter l'équilibre, la propulsion et le mouvement de la jambe vers l'avant. « Jouer est une affaire sérieuse » dit le Petit Prince de Saint-Exupéry. « Jouer nécessite – pour les adultes que nous sommes et qui en font en quelque sorte leur métier – d'y trouver un sens certainement, mais aussi un plaisir. »¹²⁶ Cette proposition a été un succès sur plusieurs points : Monsieur L. jouait au football auparavant, cela a donc facilité nos échanges et alimenté la conversation. En cumulant ces exercices de tir avec un travail sur la marche, nous avons observé un net agrandissement de la taille des pas lors des déplacements qui suivaient notre séance. Certes l'effet n'était qu'éphémère. Cependant, la réalité a montré qu'il était capable de marcher mieux : avec des pas allongés et sans être tiré. « Plaisir retrouvé dans les lointaines contrées de notre enfance, plaisir et investissement de ce primitif en nous toujours en activité ».¹²⁷ Comme l'explique Potel, se baser sur les plaisirs et désirs du patient constitue un réel tremplin dans la prise en charge psychomotrice, c'est un support conséquent à la relation et à l'exploration. « Par le bien de la motricité et de la relation à l'autre, le psychomotricien va tenter de faire émerger le plaisir et de l'exploiter afin de donner le désir à l'enfant d'explorer lui, l'autre et l'espace environnant. »¹²⁸ C'est donc en partant du plaisir que le psychomotricien favorisera l'émergence du désir de faire et d'être acteur. Les observations et résultats motivants de Monsieur L. lors des propositions de jeu avec un ballon ont amené son désir de s'engager dans l'action.

En lien avec la marche entre les barres parallèles, nous avons également travaillé la marche sans les barres parallèles. Nous lui avons proposé de marcher dans le couloir en suivant la rampe avec une main dessus. Mais cette tentative n'a pas abouti. Monsieur L. avance très peu, il a tendance à s'arrêter. Il a verbalisé qu'il préférerait avancer avec sa main plutôt qu'avec la rampe. Nous avons donc accentué les déplacements guidés humainement que matériellement. Finalement, est-ce la capacité à bouger ou marcher que Monsieur L. désire, ou plutôt la recherche de relation par le contact humain ? Lorsque je le guidais, je me positionnais sur le côté qu'il voulait, à même hauteur. Je plaçais une main dans son dos et l'autre dans sa main. Les temps de guide étaient propices à la prise d'initiatives de son côté. Ma présence lui conférait un support physique et verbal sur lequel s'appuyer et j'ai constaté qu'il avançait mieux, surtout en fin de séance.

¹²⁶ Potel C., 2012, p.363

¹²⁷ *Ibid.*, p .363

¹²⁸ Allard S., 2010, p.49

1.2. Passage de la solitude vers la socialisation

Monsieur L. est un homme de nature très solitaire. Il ne recherche pas les contacts sociaux – pas plus que son entourage n'en recherche avec lui. Solliciter les échanges avec Monsieur L. est un moyen de le faire exister dans la relation. « La rencontre crée un champ sensoriel qui me décentre et m'invite à exister, à sortir de moi-même pour vivre avant la mort. »¹²⁹ Être capable de s'ouvrir à l'autre et échanger est une première étape de la socialisation. J'aborderai l'importance de l'ajustement de la distance relationnelle avec Monsieur L.. Sa cécité et son âge laissent effectivement penser à un rapprochement physique pour être bien entendu, et pour qu'il sache que l'on s'adresse à lui. Je me suis également questionnée sur la valeur du silence pour Monsieur L.. Un silence miroir de vide ou un silence valeur d'apaisement ? Enfin, j'évoquerai mes ressentis et observations face à la relation triade qui s'est instaurée entre Monsieur L., Marie et moi au cours de la séance du vendredi.

1.2.1. Distance relationnelle

La distance relationnelle correspond à un écart suffisant entre le thérapeute et le patient pour entrer en relation sans être intrusif. Cette distance est variable, car elle s'instaure par un ajustement réciproque, un « acCORPSdage » entre deux être psychomoteurs. Il s'agit de se positionner ni trop loin, ni trop près, pour être assez contenant et étayant, ainsi que pour respecter les frontières de sécurité interne de l'autre. Cette distance thérapeutique engage l'émergence d'une posture thérapeutique, laquelle pour Wilfred Ruprecht Bion n'a pas pour fonction « celle d'un contenant passif ni d'un contenant rigide mais d'un contenant qui transforme, à l'intérieur de lui, les éléments déposés et évacués par le patient. »¹³⁰

En raison de la cécité de Monsieur L., j'ai choisi d'être plus proche, avec souvent une main sur son épaule, son bras, ou sa main pour qu'il sache ma présence. Souvent, il m'agrippait la main et je ne pouvais pas l'enlever à moins de le lui faire remarquer. Je ressentais ce geste comme un besoin inconscient pour lui. De plus, durant les déplacements, j'ai ressenti un fort rapprochement physique de mon côté. Que je le guide seule, ou avec Marie, Monsieur L. penchait continuellement du côté où je me trouvais (que ce soit le côté droit ou gauche). Il relâchait une bonne partie de son poids sur mon corps. Je sentais comme un besoin de contact physique, un collage corporel, m'évoquant une image de fusion. Monsieur L. semble rechercher le contact physique qui l'aide pendant ses déplacements et lui procure une sécurité psychocorporelle.

1.2.2. Silence

Selon le Larousse, le silence peut être perçu comme l'absence de bruit dans un lieu calme, mais aussi comme l'action de se taire et ne rien dire. Le silence peut donc être émis

¹²⁹ Cyrulnik B., 2000, p.52

¹³⁰ Bion W.R., 1979

(provient de soi) ou perçu (provient de l'extérieur). Ou encore, en musique, le silence correspond à l'interruption plus ou moins longue du son. Donc en musique, son et silence permettent l'élaboration d'un tout. L'un n'existe pas sans l'autre. Miles Davis, un compositeur américain, souligne d'ailleurs que « La véritable musique est le silence et toutes les notes ne font qu'encadrer le silence. » Cette vérité dans le domaine de la musique se retrouve également dans la communication. De fait, lors d'un échange, la parole de l'autre ne peut réellement exister que sur un fond de silence. Pour reprendre un proverbe d'Elbert Hubbard, écrivain et philosophe américain, « Celui qui ne comprend pas ton silence n'arrivera jamais à comprendre tes mots. » Ce silence chez Monsieur L. qui m'a d'emblée intriguée mérite une analyse assidue, afin de comprendre au mieux le fonctionnement de Monsieur L.. Quel est le sens du silence pour Monsieur L. ? A quelles fins l'utilise-t-il dans la relation à l'autre ? Est-il victime du silence ou maître de celui-ci ? Se sent-il exister dans le silence ? Dans un monde où la communication est omniprésente, la parole est souveraine. Par elle, nous existons et sommes en lien avec notre entourage. Mais le silence est aussi important. Il permet de se centrer sur soi, de renouer avec son monde intérieur. C'est donc une bonne accroche pour ensuite s'ouvrir vers l'extérieur.

Dans le cas de Monsieur L., le silence semble être utilisé comme protection, comme moyen pour ne pas être avec l'autre. Il ne signifie pas un refus de communiquer, Monsieur L. répondant lorsqu'on lui pose une question, mais il traduit plutôt une absence, une indifférence. Le silence, essentiel pour préparer la parole et la réflexion, est utilisé par Monsieur L. à des fins autres. Il s'agit en effet d'un silence qui l'isole, un silence d'extraction qui lui permet de se recentrer sur le réel de son corps et de s'extraire de la relation à l'autre. Très souvent, Monsieur L. remplit ce silence par des actes moteurs. Ses stéréotypies sont des accroches, des stimulations corporelles qui comblent ce vide.

1.2.3. *Relation triade*

La relation à trois entre Monsieur L., Marie et moi a constitué un réel tremplin pour l'échange. Monsieur L. était actif dans la relation. Même s'il entamait peu les discussions, il répondait volontiers aux questions que nous lui posions. Il nous a même surprises à faire des réflexions humoristiques, en réponse à nos pointes d'humour. « Considérer que l'acte de parole s'inscrit dans un processus de réanimation psychique est probablement ambitieux mais s'avère être le fondement même de la vie. »¹³¹ Susciter la parole chez le sujet âgé c'est favoriser le maintien du champ symbolique et du partage des affects, des éprouvés. Nous avons constaté que Monsieur L. m'a plus investie que Marie. A chaque début de séance, Monsieur L. reconnaissait ma voix. Il se souvenait de mon prénom et m'assimilait au « vendredi », tandis qu'il n'a pas pu une seule fois se rappeler du prénom de Marie en entendant sa voix. Peut-être est-ce dû au fait que j'ai passé plus de temps avec Monsieur L., l'accompagnant pendant le repas, ou que j'ai été plus active dans la séance, et Marie plus dans l'observation.

¹³¹ Caron R., 2000, p.145

1.3. Limites du travail des déplacements

1.3.1. Espace

La prise en charge du vendredi s'effectue dans différents endroits. Nous commençons dans sa chambre, pour aller dans les escaliers et ensuite dans le couloir où se trouvent les barres parallèles. Nous sommes donc la majeure partie du temps dans des espaces « publics » où nous pouvons croiser des résidents, des professionnels, etc. Ces passages et interruptions ont entravé la continuité de la séance. L'absence de salle fermée à notre disposition a parfois perturbé le cadre des séances en créant des ruptures. Suite à une salutation par exemple, Monsieur L. semblait se déconnecter et s'absenter. Il arrêta le travail et se refermait (mains dans les poches ou bras croisés). Il n'était pas dans l'interaction. Accepte-t-il de partager la relation durant ce court temps d'interruption ? Le fait que nous ne soyons plus centrées sur lui l'amène-t-il à se sentir « superflu » entraînant alors ce repli ? Peut-être que ces passages coupant la continuité de la séance sont simplement difficiles à intégrer. De plus, sa cécité l'empêchant d'anticiper l'arrivée des personnes dans le couloir, peut-être l'interruption est-elle alors vécue comme un danger source d'angoisse ? Ou une intrusion source de détachement ? Monsieur L. se montre désireux d'une attention focalisée sur lui, écartant toute possibilité de partage de la relation. Revenir ensuite dans les propositions était plus difficile. Par chance ce couloir du 6^{ème} étage n'étant pas souvent emprunté, les interruptions n'étaient pas fréquentes.

1.3.2. Matériel

Les barres parallèles offrent à Monsieur L. un repère fixe, stable, sur lequel il peut s'appuyer pour avancer. Elles offrent un cadre contenant et sécurisant permettant à Monsieur L. de marcher sans appréhension de la chute. Cependant, je remarque une limite à l'utilisation de ces barres : Monsieur L. a tendance à agripper trop fortement les barres et à oublier d'avancer ses mains vers l'avant. Il se retrouve alors dans une position inconfortable au niveau des bras, ses mains positionnées en arrière par rapport à son corps. Si je ne lui indique pas qu'il faut avancer ses mains vers l'avant des barres, il ne le fait pas de lui-même. Cette limite ne se rencontre pas lors de la marche guidée, sans les barres parallèles.

1.3.3. Limites dues au vieillissement et à la cécité

L'âge de Monsieur L. requiert une vigilance particulière aux éventuels signes de fatigue ou douleur, d'autant que Monsieur L. ne se plaint jamais. De surcroît, du fait de sa cécité, les déplacements requièrent plus d'énergie et peuvent entraîner chez lui une forme d'appréhension à la marche, une peur de se cogner ou de tomber. Une relation sécurisante et contenant est indispensable pour palier ces éventualités. Enfin, les capacités attentionnelles de Monsieur L. diminuent sur une longue durée, encore plus lorsque l'effort demandé est conséquent. C'est pourquoi, nous faisons attention à proposer des

exercices courts avec des pauses régulières. De plus, la surabondance d'explications a tendance à déstabiliser Monsieur L., qui ne fait pas l'exercice par la suite. Ainsi devons-nous donner des instructions brèves et précises.

2. Autonomisation par un accompagnement au repas

2.1. Les fonctions du repas

Le repas dans notre société, au delà de sa fonction première de répondre à un besoin physiologique en se nourrissant, est synonyme de convivialité, de communication et de plaisir. C'est un moment de la journée qui rassemble l'ensemble des résidents de l'EHPAD dans la même pièce, la salle à manger. Les places sont fixes et restent les mêmes d'un repas à l'autre. Le résident peut donc avoir ses habitudes et se retrouve attablé avec d'autres résidents qu'il connaît. Durant ce moment convivial, une grande partie de l'équipe soignante est présente pour aider au repas, mais aussi l'équipe d'animation et les professionnels administratifs, tels que la secrétaire ou même la directrice. C'est généralement un temps fort apprécié par beaucoup de résidents. Il offre la possibilité de travailler sur la propreté et l'autonomie, tout en passant un moment agréable.

2.2. Le repas thérapeutique

C'est en observant Monsieur L. au cours du déjeuner lors de mes premiers jours de stage que j'ai proposé de l'accompagner par la suite, à l'issue des séances de psychomotricité. Monsieur L. était complètement passif durant ce temps. L'aide-soignante, qui se tenait debout ou assise, lui donnait à manger, lui essuyait la bouche, sans demander son avis. L'échange était pauvre – voire inexistant. Le repas se réduisait finalement au fait d'être alimenté (pas même de s'alimenter, mais bien d'être alimenté). Certes, des nourritures physiologiques lui sont apportées, mais pas de nourritures affectives. Boris Cyrulnik (2000) souligne l'importance des apports affectifs dans la socialisation et une relation saine et structurante.

Je suis consciente que la cécité impacte la perception de l'espace et la conscience du geste. Cependant, il n'obstrue pas les possibilités pratiques utilisées pour manger.

Cette passivité et cette dépendance lors du repas m'ont intriguée après avoir effectué le bilan psychomoteur. Monsieur L. ne semble en effet pas avoir de difficultés pratiques importantes, au point de ne plus pouvoir amener la cuillère à la bouche. De plus, il a un sens kinesthésique et proprioceptif assez développé. Lors du test des somatognosies de Bergès, Monsieur L. était tout à fait capable de toucher précisément les différentes parties de son corps, malgré sa cécité. De surcroît, les capacités de compréhension de Monsieur L. étant relativement bien maintenues, j'ai pensé qu'un travail d'autonomisation durant les repas pourrait être pertinent et en adéquation avec le

projet thérapeutique de Monsieur L. Ce temps serait également un moment privilégié où il pourrait faire l'expérience d'agir seul en présence de l'autre.

J'ai choisi le concept « d'accompagnement » pour qualifier ce travail, car il souligne « le rôle actif de part et d'autre, l'un montrant la voie qu'il veut prendre, l'autre le guidant, l'encourageant dans sa démarche tant au niveau de la réalité externe que de la réalité interne. »¹³² Cet accompagnement sous-tend une adaptation au rythme de la personne et une entière disponibilité. « Accompagner, c'est aussi aider la personne à aller là où elle est capable d'aller, où elle dit pouvoir aller, et peut-être parfois l'aider à aller juste un tout petit peu plus loin pour que puisse être exploré un ailleurs inconnu à quelques pas de là. »¹³³

Au travers d'un accompagnement thérapeutique lors du déjeuner, j'ai tenté de rendre Monsieur L. autonome durant ce temps en sollicitant les dimensions motrice, sensorielle, sociale et psychologique.

2.2.1. Dimension motrice

LA PRAXIE : Le mouvement qui permet de manger est complexe, c'est un geste instrumental nommé praxie. La praxie désigne un ensemble de mouvements coordonnés, adaptés à un but, ainsi que la capacité à les exécuter. C'est une réalisation gestuelle harmonieuse et efficace. Ces conduites motrices (mettre une cuillère à la bouche, écrire, dessiner, etc.) résultent de l'application et de l'ajustement des schèmes. Les étapes du geste sont l'idéation, la planification et l'exécution de la tâche. Jean Piaget définit les praxies comme « des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention. » « Les praxies correspondent à l'intégration des schémas moteurs sous l'effet de l'expérience et de la répétition et permettant une planification, une pré-programmation de chacun de nos gestes. »¹³⁴ La praxie est donc une programmation d'un savoir-faire et intervient lors du repas pour l'action de manger.

Dès les premières séances, Monsieur L. s'est montré particulièrement volontaire. Je n'ai pas eu besoin de lui indiquer comment tenir sa cuillère. Il la tenait correctement entre le pouce et l'index, sans pression superficielle sur celle-ci. Monsieur L. visait bien, la cuillère –qu'elle soit grande ou petite, arrivait parfaitement dans la bouche ou l'assiette (avec un peu d'aide quand il s'agit de pots étroits comme le yaourt). Son geste était donc bien conservé, Monsieur L. n'ayant aucune difficulté praxique pour manger. En revanche, certains aliments pouvaient tomber en cours de route, Monsieur L. ne se rendant pas compte de la taille de ses bouchées par rapport à celle de la cuillère.

LA POSTURE : J'ai toujours veillé à l'installation de Monsieur L., non seulement au début, mais aussi au cours du repas. Ainsi l'ai-je invité à se réinstaller lorsqu'il s'affaissait trop. A

¹³² Caron R., 2000, p.134

¹³³ *Ibid.*, p.134

¹³⁴ Piaget J., 1972, p. 67

l'inverse de l'originelle omniprésence démesurée de son hypertonie, Monsieur L. est plutôt détendu : hormis sa tête souvent en hyper extension, son corps paraît relâché, dépourvu de tension superflue. Est-ce dû au support matériel contenant de la chaise ? L'opposition entre la posture debout et assise de Monsieur L. est flagrante. Etre debout nécessite en général plus d'effort pour trouver un équilibre tonique, la cécité augmentant l'effort à fournir. Est-ce une raison complémentaire à la détente observée en position assise ?

2.2.2. Dimension sensorielle

Le repas est un temps durant lequel les sens sont très stimulés. En général, l'ensemble des cinq sens peuvent entrer en jeu. Apercevoir l'aspect des aliments, sentir leur odeur, les goûter, toucher les aliments, écouter son voisin de table, etc. J'ai tenté de pousser Monsieur L. à découvrir sensoriellement ce qu'il mangeait, mais l'essai s'est révélé peu fructueux. Monsieur L. n'était pas très réceptif à mes propositions. A part manger, le reste ne semblait pas l'intéresser.

Monsieur L. ne sentait pas les aliments couler sur son menton, il ne se servait jamais de sa serviette. Lorsque je lui demandais s'il voulait que je l'essuie, il me répondait positivement. Mais lorsque je lui demandais s'il sentait la nourriture autour de sa bouche, il me répondait négativement. Quand je lui donnais sa serviette, il pouvait s'essuyer la bouche et le menton seul, mais d'un geste très automatique et global. Il ne visait pas forcément le bon endroit et n'arrêtait son mouvement que si je lui disais qu'il ne restait rien à essuyer. Par la suite, ce geste répétitif et d'aspect compulsif s'estompera parfois, mais demeurera très variable. Pas une seule fois il ne me demandera de lui-même d'essuyer sa bouche, malgré mes propositions. D'une manière générale, Monsieur L. n'est jamais demandeur. Il ne verbalise aucune requête particulière.

2.2.3. Dimension sociale

Au niveau des interactions durant les repas, Monsieur L. n'est pas plus bavard qu'à son habitude. Il est vrai aussi que sa voisine de table est aphasique et démente à un stade très avancé. Monsieur L., s'il le désirait, ne pourrait donc converser qu'avec la personne qui l'accompagne lors du repas (l'aide soignante en général ou moi-même le vendredi). Cependant, malgré des essais pour alimenter la discussion, Monsieur L. se confortait dans une forme de mutisme qui m'a semblé même augmenter. J'ai supposé que Monsieur L. lors des repas se focalisait sur l'action de manger, et non sur celle d'échanger. Je n'ai pas insisté beaucoup au niveau de la conversation pour ne pas le mettre en difficulté. En effet, l'objectif principal n'étant pas la sollicitation langagière, mais surtout l'autonomisation et l'indépendance lors du repas. De surcroît, j'ai préféré ne pas le distraire trop. Il semble concentré, au point que je me demandais parfois s'il avait conscience de ma présence en l'absence d'échange verbal.

Parfois, entre les différents plats, Monsieur L. chantait, son goût et sa mémoire dans ce domaine étant développés. Ce temps de pause entre les plats permettait un échange

privilegié durant lequel nous chantions ou conversions.

2.2.4. Dimension psychologique

Le repas peut posséder une importante dimension psychologique, que l'on retrouve par exemple dans l'anorexie et la boulimie. L'objet alimentaire est déchu de sa fonction alimentaire et utilisé pour dévoiler autre chose. Il y a quelques années, quand Monsieur L. est entré au sein de l'EHPAD, il avait une corpulence beaucoup plus importante qu'actuellement. Monsieur L. a toujours eu un bon appétit, et n'a jamais rien laissé dans son assiette.

J'ai constaté, lorsque l'assiette était terminée, que Monsieur L. ne s'en rendait pas compte puisqu'il continuait d'y plonger la cuillère et de l'amener vide à sa bouche. Est-il réellement « présent » durant ces moments, a-t-il conscience que si la cuillère est vide, cela signifie que l'assiette est terminée ? J'ai alors opté pour une verbalisation accrue de la situation comme lors des séances de psychomotricité du matin. Le support verbal étant une bonne aide durant la marche, j'ai pensé que cela pouvait avoir sa place ici aussi pour contenir et indiquer Monsieur L. durant le repas, en précisant où se situait la nourriture dans son assiette. « L'assiette est presque vide », « Il vous reste trois bouchées environ, deux, c'est la dernière, ... » sont des exemples d'induction verbale qui aidaient Monsieur L. à cesser son geste compulsif. Ce dernier ressemble à du remplissage qui pourrait traduire un vide, un manque et me rappelle la stéréotypie de Monsieur L. quand il place son doigt dans la bouche. Ces deux gestes visant à combler un orifice me questionnent sur la solidité et l'intégration des limites corporelles de Monsieur L.. Serait-il intéressant de proposer un travail complémentaire autour de la sphère orale, qui semble être sur-sollicitée chez Monsieur L. ?

2.3. Bénéfices du repas thérapeutique

Pas une seule fois Monsieur L. n'a initié la conversation, ni même demandé quelque chose (serviette, couvert par exemple). Cependant, les remerciements personnalisés à la fin du repas (« Merci Madame Astrid ») prouvent qu'il avait conscience de ma présence, malgré la rareté des échanges.

J'ai remarqué qu'à certains repas, les stéréotypies de Monsieur L. étaient peu fréquentes, voire absentes, mais à d'autres plus présentes. Elles survenaient souvent durant les moments d'attente prolongés. Monsieur L., enchaînant les cuillères sans s'arrêter, était en avance par rapport au service des différents plats. Pour le faire patienter, je lui parlais ; il arrêta alors de bouger, soit pour m'écouter, soit parce qu'il était rassuré.

La position de Monsieur L. est active lors du repas ; il subvient à ses besoins alimentaires seul, ce qui correspond à un pas vers l'autonomie. De plus, il y a là une forte valorisation narcissique dans le fait de ne pas nécessiter l'aide de quelqu'un.

2.4. Limites du repas thérapeutique

2.4.1. Matériel

Pour faciliter la prise des repas, l'ergothérapeute a installé une planche en bois dans laquelle s'insèrent l'assiette et le verre pour éviter qu'ils ne bougent. Monsieur L. mange des aliments mixés puisqu'il n'a plus de dents, ni de dentier. Il utilise donc seulement la cuillère et de l'eau gélifiée (aromatisée et présentée dans des petits pots). Il ne se sert pas du verre, de la fourchette ni du couteau. Il serait intéressant de disposer d'une assiette avec des rebords plus hauts pour que les aliments ne tombent pas en dehors. De surcroît, pour les desserts et les entrées, il est plus difficile pour Monsieur L. de bien viser car les ramequins et pots de yaourt / compotes sont étroits. Monsieur L. s'en sort plus facilement lorsque son champ d'action est agrandi. C'est pourquoi, proposer les entrées et desserts dans des bols plus larges lui faciliterait l'accès à la nourriture.

2.4.2. Espace

La salle à manger est une grande pièce, qui résonne beaucoup. L'arrière fond sonore altérerait l'attention de Monsieur L. et ne facilitait pas la communication. La surstimulation sensorielle apparaît comme un frein à la relation, Monsieur L. se déroband dans le silence. J'ai déjà constaté ce même détachement lors des interruptions créées par le passage des professionnels ou résidents durant le travail d'accompagnement à la marche.

3. Autonomisation par le toucher thérapeutique

3.1. Contexte de proposition de la médiation

A partir de janvier, j'ai fixé une deuxième séance de psychomotricité afin de proposer à Monsieur L. une réelle stimulation psychomotrice. Ce travail de toucher thérapeutique a émergé à partir d'une demande de « massages » de sa part. Nous avons planifié une deuxième rencontre hebdomadaire le mercredi après-midi, dans sa chambre, d'une durée de 30 minutes.

Cette requête est arrivée à un moment avancé de la prise en charge. Avec Marie, nous lui avons déjà proposé ce type d'exercice, mais l'avons abandonné rapidement puisque les effets recherchés n'aboutissaient pas. Il est intéressant de noter l'évolution de Monsieur L.. A sa demande de « massages », j'ai répondu en lui proposant du toucher thérapeutique. Au travers du toucher-massage, se trouve effectivement une directive thérapeutique. J'ai initié des exercices de conscience corporelle et détente musculaire, en corrélation avec une prise de conscience de la respiration. De plus, au travers d'une mobilisation passive des membres inférieurs, j'ai tenté de favoriser le relâchement du tonus musculaire. Enfin, j'ai proposé un soutien et une stimulation des fonctions cognitives. Lors de cette séance du mercredi, j'étais seule avec Monsieur L. Le toucher

thérapeutique m'a paru intéressant à cette période de l'année, car une relation de confiance avait déjà pu s'installer entre nous.

3.2. Fonctions de la peau et du toucher

3.2.1. *La peau*

La peau est l'organe le plus étendu et lourd du corps, représentant près de deux mètres carrés, 16% du poids corporel total et cinq kilogrammes. La peau est une enveloppe source de protection de l'organisme (tissu imperméable capable de régénération et cicatrisation) et de régulation (maintien de la température du corps). Elle se répartit en trois couches : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. Cet organe du toucher est particulièrement sensible et marque la limite entre le dedans et le dehors du corps. La peau est une enveloppe cutanée qui supporte l'émergence d'une enveloppe psychocorporelle fiable.

3.2.2. *Le toucher*

Le toucher est le sens qui se développe en premier et se détériore en dernier. C'est un sens de proximité qui a valeur de communication. Ce premier mode de relation au monde est le support des premières interactions lors de l'enfance. Le bébé parle et se construit principalement au travers de son corps. Le toucher vient donc soutenir le « Moi-corporel », concept freudien qui soutient que « Le moi est en dernier ressort dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui naissent de la surface du corps ».¹³⁵ Les ressentis du corps deviennent des supports de la construction du moi. Ce corps touchant-touché fait intervenir la notion de dialogue tonique émise par Henri Wallon (1930) et relative à l'observation des interactions précoces, qui place le tonus comme véhicule de l'émotion, base du langage corporel et de la construction psychique. Cette notion est reprise ultérieurement par Ajuriaguerra (1977) avec le « dialogue tonico-émotionnel ».

Donald Winnicott développera aussi cette idée d'échange par le contact corporel au travers de l'état de « préoccupation maternelle primaire », état de symbiose durant lequel la mère doit « s'adapter aux tous premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité »¹³⁶. Il met en évidence deux concepts indispensables à la constitution du Moi ; le holding (portage physique et psychique du bébé) et du handling (soins et manipulations du bébé). A ce sujet, Didier Anzieu développe le concept d'enveloppe psychique au travers du terme « Moi-peau ». Progressivement, l'enfant percevra et sentira sa peau comme une enveloppe limitant un dedans et un dehors, le Moi et le non moi. C'est une base dans la construction de l'enfant et l'acquisition du sentiment continu d'exister.

¹³⁵ Freud S., 1923, in *Das Ich und das Es*

¹³⁶ Winnicott D., 1956, p.171

Selon Anzieu, « Toute activité psychique s'étaie sur une fonction biologique. »¹³⁷ Il donne huit fonctions au Moi-peau : maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale et inscription des traces.¹³⁸

Ce langage du corps se retrouve au-delà de l'enfance. En effet quelque soit l'âge, le toucher sera toujours lieu d'impression et d'expression, lieu d'échange et de communication. Par exemple, pour saluer quelqu'un, le toucher est directement de mise au travers de la poignée de main ou du baiser.

3.3. Toucher thérapeutique comme médiation psychomotrice

3.3.1. Pertinence du toucher thérapeutique chez Monsieur L.

« Tout au long du développement, de la vie intra-utérine jusqu'au vieillissement, le corps et la peau, en tant qu'enveloppe psychocorporelle, demeurent une surface d'ancrage de toutes nos expériences et de notre vécu. »¹³⁹ Ce mode de communication, source d'affectivité et d'émotion, fait intervenir obligatoirement deux protagonistes (ou plus). « On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même »¹⁴⁰. Ainsi, chacun possède un rôle et une action sur l'autre en raison d'une réciprocité (double position du sujet : donneur et receveur).

Le toucher est particulièrement adapté comme mode de relation avec une personne aveugle. « Le toucher, qui est la modalité la plus redondante avec la vision, est utilisé intensivement par les aveugles pour accéder aux connaissances spatiales, et physiques de l'environnement. »¹⁴¹ Non seulement, le toucher confère une sécurité palpable dans l'espace, mais aussi dans l'échange. La cécité de Monsieur L. réduit beaucoup les informations qu'il peut tirer de son environnement et entourage. Dans son cas, l'audition et le toucher jouent un rôle indéniable pour suppléer ce manque d'informations.

De plus, établir la communication avec Monsieur L. au travers du toucher m'a semblé judicieux dans une perspective de redonner une fonction de plaisir à ce sens. J'ai observé que Monsieur L. était peu sollicité au cours de la journée et que les rares moments où il était touché se restreignaient au fait d'être tiré par les mains pour avancer. Dans ces moments-là, le toucher, souvent fort et tonique pour obtenir une marche rapide, n'équivaut pas à du plaisir. Il revient à des « ordres tactiles » infligés par le guide. Or il est important que nos aînés continuent de se positionner comme acteurs et sujets. A ce titre, ils ont besoin d'attention, de paroles et de compagnie. Abraham Harold Maslow, fondateur américain de la psychologie humaniste au XX^{ème} siècle, a défini et hiérarchisé les besoins

¹³⁷ Anzieu D., 1985, p.61

¹³⁸ Anzieu D., 1985, pp.121-129

¹³⁹ Charpentier E., 2013, p.20

¹⁴⁰ Savatofski J., Prayez P., 1999, p.123

¹⁴¹ Hatwell Y., 2003, p.89

fondamentaux de l'humain. Maslow envisageait l'homme selon ses capacités, son potentiel. Sa vision a été novatrice dans le domaine de la psychopathologie. Il a élaboré la célèbre pyramide des besoins fondamentaux qui regroupe cinq ensembles : les besoins physiologiques (survie physique), de sécurité (survie sociale), d'appartenance ou « d'amour » (survie sociale), d'estime (survie intérieure) et d'accomplissement de soi (survie intérieure). Maslow ajoute qu'une fois les besoins physiologiques suffisamment satisfaits, apparaissent les besoins socio-psychologiques suivis des besoins ontiques (besoins cognitifs, d'esthétique, d'amour, de bonté, de justice, d'unité, etc.)¹⁴². « A l'instar de l'arbre qui a besoin de rayons du soleil, d'eau et de nourriture, la plupart des gens ont besoin d'amour, de sécurité et de la satisfaction d'autres besoins élémentaires que seul l'extérieur peut leur fournir. »¹⁴³ Monsieur L. semble satisfait du côté des besoins physiologiques, mais paraît carencé au niveau des besoins socio-psychologiques et des besoins ontiques.

Le besoin affectif et relationnel, ainsi que le retour au corps réel peuvent être comblés par le toucher thérapeutique. Le toucher est un besoin vital et peut être particulièrement bénéfique chez Monsieur L. qui a tendance à éviter les autres et parler le moins possible. Le toucher faisant parler nos corps, la parole verbale n'est pas indispensable.

De plus, au travers du toucher, deux fonctions du Moi-peau sont particulièrement sollicitées : les fonctions de maintenance et de contenance¹⁴⁴. Celles-ci sont nécessaires dans la différenciation du Moi et non-Moi, et procurent une sécurité de base indispensable à l'identité. Durant la prise en charge de Monsieur L., j'ai souvent observé une tendance à rechercher la fusion, l'agrippement, le collage corporel. Egalement, ses gestes fréquents d'intrusion des orifices (bouche et nez) m'ont questionnée sur l'intégration des limites de son corps. Le toucher thérapeutique peut lui donner l'occasion de réintégrer une image du corps stable et fiable, limitée et contenante.

Enfin, revaloriser le corps de Monsieur L. par le toucher procure une base de sécurité psychocorporelle nécessaire à l'accroissement de l'autonomie en se recentrant sur son corps, en y donnant de l'attention et en y prêtant une écoute plus fine. Ainsi est-ce un soubassement de l'autonomie, tant motrice, qu'affective et cognitive.

3.3.2. Fonctions du toucher dans la thérapie psychomotrice

Le toucher possède trois fonctions principales en lien avec l'approche psychomotrice selon Pascal Prayez : réparation, communication émotionnelle et érogénèse contenante. Le toucher permet effectivement de réparer une partie carencée. De plus, il sollicite le dialogue tonico-émotionnel ; « La communication émotionnelle permettrait au patient de retrouver des traces de conflits archaïques inscrites dans le

¹⁴² Tournebise T., 2008, article en ligne

¹⁴³ Maslow A., 2008, p.219

¹⁴⁴ Anzieu D., 1985, pp. 121-125

système émotionnel, et non encore accessible au système discursif. »¹⁴⁵. Enfin, « il s'agit d'un toucher qui renvoie à la construction même du corps érogène. »¹⁴⁶ Le toucher fait référence à la sexualité humaine sous deux aspects : la sensualité (excitation) et la tendresse¹⁴⁷. En tant que psychomotricien, notre toucher se doit de s'attacher uniquement à l'aspect tendresse. Prayez évoque à ce sujet « l'intention juste » qui est « nécessaire à l'exercice du thérapeute exerçant le toucher où celui-ci doit évacuer la dimension surexcitante pour garder que l'aspect sécurisant et tendre. »¹⁴⁸

3.3.3. *Objectifs du toucher thérapeutique avec Monsieur L.*

Par le contact cutané direct (sans objet intermédiaire), mes axes de travail ont été la revalorisation du corps de Monsieur L., le relâchement musculaire, la prise de conscience corporelle par l'apport de sensations corporelles, l'intégration des limites corporelles grâce à un toucher contenant et la sollicitation du dialogue tonico-émotionnel. En donnant de l'attention au corps de Monsieur L., mon but était de faire émerger également cette attention à l'égard de son propre corps. Réinvestir le corps est une assise favorisant l'autonomie.

3.3.4. *Humanitude – la philosophie du soin*

L'humanitude est un terme créé par l'américain Freddy Klopfenstein (1980), introduit dans le domaine des soins en France par Lucien Mias (1989), puis repris par Rosette Marescotti et Yves Gineste (1995) avec la description d'une nouvelle philosophie du soin, que ces derniers nomment « la philosophie de l'humanitude »¹⁴⁹. Celle-ci est basée sur le principe de bienveillance et repose sur quatre piliers indispensables : le regard, la parole, le toucher et la verticalité¹⁵⁰. La verticalité a été travaillée précédemment autour du travail sur les déplacements. Le regard, la parole et le toucher ont été en permanence sollicités et modelés dans la relation avec Monsieur L.. Au travers du toucher thérapeutique, l'ensemble de ces modalités entrent en jeu. Les trois premières (parole, regard et toucher) forment la base du travail, la quatrième (verticalité) étant une des conséquences recherchées, secondaire au toucher thérapeutique. De fait, par un réinvestissement corporel et une renarcissisation, l'impact psychocorporel peut amener à une valorisation et une meilleure tenue lors de la marche.

3.3.5. *HuMAINiser – le toucher mains à mains*

Installé assis dans son fauteuil, je lui ai d'abord proposé un travail autour de la globalité du corps, en appliquant des pressions sur les contours de son corps, d'abord

¹⁴⁵ Guiose M., 2007, p.104

¹⁴⁶ Charpentier E., 2013, p.70

¹⁴⁷ Guiose M., Notes de cours

¹⁴⁸ Charpentier E., 2013, p.69

¹⁴⁹ Gineste Y., Pelissier J., 2007

¹⁵⁰ Instituts Gineste-Marescotti (IGM), site consulté le 16.04.2016

http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=39

avec une balle, puis avec mes mains. La balle pouvait se révéler utile comme objet médiateur avant d'entrer en contact avec mes mains. Ce médiateur permet d'aborder la distance au corps progressivement, évitant une intrusion trop directe. Cet objet, selon Bernard Chouvier, médiatise la « relation qui risquerait d'être persécutrice ou intrusive si elle était trop frontale »¹⁵¹. Cette proposition de pression appliquée via la balle préparait le toucher corps à corps. Par là, j'ai tenté de lui procurer des sensations resituant la globalité de son corps. Un corps qui est un tout, une unité. Un corps qui n'est pas objet. Un corps méritant attention et vecteur de sensations agréables. Cependant, j'ai vite abandonné les propositions utilisant la balle comme médiateur, car Monsieur L. m'a confié qu'il ne la sentait pas, malgré les fortes pressions que j'appliquais. En revanche, lorsque mes mains touchaient son corps, il les sentait. Ce constat me rappelle la demande de contact humain et non matériel formulée lors des déplacements.

J'ai donc spécifiquement orienté le toucher thérapeutique au niveau des mains. Les mains de Monsieur L. correspondent aux parties de son corps les plus investies – que ce soit par lui-même ou par son entourage. Il les utilise grâce à leur fonction de préhension des objets, mais aussi de réassurance corporelle (au travers de ses stéréotypies motrices). L'équipe soignante les utilise pour le guider. J'ai trop souvent vu Monsieur L. tracté par le soignant, tiré par ses mains pour avancer. Me focaliser sur ses mains m'a paru adéquat, afin de leur donner une autre fonction, plus agréable que celle de l'instrument à l'afflux permanent d'une utilisation purement fonctionnelle et banalisée. J'ai souhaité apporter de l'huMAINisation à ce corps passif objectalisé. Les mains (particulièrement les doigts) ainsi que la bouche sont les zones corporelles qui sont dotées du plus grand nombre de récepteurs tactiles. De plus, pour Descartes « Les mains sont les yeux pour l'aveugle ». C'est pourquoi, il était primordial de redonner de l'importance à ces mains, particulièrement chez Monsieur L., et exploiter cette source de communication riche en échange tonico-émotionnel. Ce passage de réinvestissement corporel est nécessaire pour réinvestir par la suite sa posture de sujet.

De surcroît, nous avons vu précédemment que le Moi-peau d'Anzieu était une base dans la construction du sujet. Parmi les huit fonctions décrites par Anzieu, cinq paraissent impliquées dans le toucher thérapeutique : la maintenance et la contenance, mais aussi l'individuation, l'intersensorialité et l'inscription des traces. La maintenance fait intervenir le holding maternel et son intériorisation, afin de développer le psychisme. La contenance est principalement soutenue par le handling maternel ; « De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique »¹⁵². En travaillant avec Monsieur L., j'ai eu parfois une impression de maternage, comme si je l'aidais à remplir les fonctions de son Moi-peau au travers du toucher thérapeutique. Par sa demande de massages, Monsieur L. ne cherchait-il pas inconsciemment un soutien

¹⁵¹ Chouvier B., 2011, p.40

¹⁵² Anzieu D., 1985, p.124

physique et psychique ? Au travers de la fonction d'individuation, le Moi-peau confère « le sentiment d'être un être unique. »¹⁵³ L'attention portée à Monsieur L. durant les séances et la revalorisation de son corps par un contact tactile favorise ce sentiment d'unicité, consolide la surface corporelle support d'intersensorialité et conserve les inscriptions des traces sensorielles. Lors de la première séance, j'ai laissé Monsieur L. me tendre la main qu'il désirait pour que je commence le toucher thérapeutique sur celle-ci. Il n'a pas hésité et m'a directement tendu la main droite. Par la suite, à chaque séance avant même ma demande, il me tendait la main droite comme si la mémoire du corps guidait sa main vers moi inconsciemment, comme si les traces sensorielles étaient inscrites sans s'effacer.

3.4. Toucher thérapeutique vecteur de communication

3.4.1. Proxémie – distance intime engagée dans le toucher

En 1971, Edward Twitchell Hall, un anthropologue américain, introduit le concept de proxémie : les « différentes distances relationnelles entre les individus, les codes sociaux et l'empreinte culturelle façonnent le rapport au corps et à l'espace de l'être humain. »¹⁵⁴ Il distingue quatre distances relationnelles : publique (3,6 mètres à 7,5 et plus), sociale (1,25 mètres à 1,60), personnelle (45 centimètres à 1,25 mètres) et intime (du toucher corps à corps à 45 centimètres)¹⁵⁵. Durant le toucher thérapeutique, la distance relationnelle impliquée est celle de l'ordre de l'intime. « A cette distance particulière, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif. »¹⁵⁶ Ayant conscience que le toucher thérapeutique s'applique dans la sphère de l'intime, j'ai fait attention à appliquer un toucher franc et non ambigu. De plus, le fait que nous soyons en position assise, et non allongée, et le fait que le toucher thérapeutique soit focalisé sur les mains, Monsieur L. ayant l'habitude d'être tenu par la main, engendraient peu de risque d'intrusion de son rythme perceptif. Dans ce mode de relation de corps à corps, le dialogue tonico-émotionnel possède une place importante et véhicule des sensations des deux côtés. Il place les deux protagonistes en position d'égal à égal, puisque nous sommes touchés et touchons mutuellement. A l'inverse d'être défavorisé au niveau visuel face à son interlocuteur, Monsieur L. se trouve par le toucher sur le même socle. Ce toucher devient vecteur et support de la relation. Lorsque Monsieur L. agrippait mes mains, je sentais une forte tension musculaire qui se propageait jusque dans son corps pour remonter au niveau buccal. Monsieur L. faisait alors des bruits de bouches et bougeait ses lèvres comme s'il dégustait quelque chose. Et à l'inverse, lorsque Monsieur L. était détendu, il pouvait arriver qu'il enrôle son torse vers l'avant et relâche la tête. Est-ce un signe de retour à soi, de protection de son intérieur ? Ou est-ce un signe de détente musculaire propagée jusque dans la partie supérieure du

¹⁵³ *Ibid.*, p.126

¹⁵⁴ Pavot C., Galliano A-C., 2011, p.229

¹⁵⁵ Hall E.T., 1971, pp. 143-157

¹⁵⁶ Hall E.T., 1971, p.147

corps ? J'ai observé à maintes reprises que les jambes –et particulièrement la jambe droite- ne pouvaient se relâcher complètement. Monsieur L. tendait souvent sa jambe vers l'avant comme s'il tirait dans quelque chose, puis la ramenait sous la chaise. Peut-être alors que le toucher thérapeutique aidait Monsieur L. à relâcher le haut de son corps, mais pas le bas.

3.4.2. *Enveloppe sonore*

La voix constitue un fil d'Ariane entre les pensées, le corps et les émotions, entre le dedans et le dehors. La voix est le reflet et moyen d'expression de la personnalité. Elle appuie l'identité personnelle de chacun. Selon Anzieu, « se constitue le Soi par introjection de l'univers sonore. »¹⁵⁷ Janos Janacek, un compositeur tchèque, témoigne à ce sujet « Quand j'entends parler quelqu'un, au travers de la mélodie du mot, je vois bien plus profondément dans son âme. » La voix peut traduire des affects comme les déguiser ou les trahir. Elle est caractérisée par le timbre, l'intonation, l'intensité et le débit. Durant le toucher thérapeutique, il y a eu des moments silencieux, des moments où je parlais, et des moments d'échanges verbaux. Pendant les moments où je parlais, j'ai fait attention à avoir un rythme posé et une tonalité adéquate, ni trop élevée, ni trop faible. Juste assez pour que Monsieur L. se sente en confiance et suffisamment pour que ma voix ne le perturbe pas durant le toucher. L'ajustement de ma voix m'a paru essentiel, puisqu'elle accompagne le toucher pour une meilleure appropriation des bienfaits de la séance. Il y a eu aussi des moments où nous échangeons quelques phrases. Par exemple lorsque je percevais un changement d'ordre tonique, il m'est arrivé de le faire remarquer à Monsieur L. qui me répondait généralement d'une voix monotone, sans intonation « Je suis désolé » ou « Je ne sais pas ». Ces deux phrases revenaient souvent comme automatiques et « plaquées » à un discours sans réelle valeur derrière. Peut-être Monsieur L. était concentré sur le toucher et ne voulait pas « chercher une réponse ». Au fur et à mesure des séances, le silence prenait plus de place. Celui-ci était apaisant pour tous les deux, il participait à nous centrer sur l'échange de stimulations tactiles du moment.

3.4.3. *Regard*

La communication lors du toucher thérapeutique ne se résoud pas uniquement aux échanges tactiles et auditifs. En général, le regard revêt une grande importance. Même si Monsieur L. ne voit plus, et donc ne me voit plus, il est d'autant plus important de continuer à le regarder, même s'il ne voit pas que je le regarde. Ce regard fait partie d'un tout, s'il fait défaut (si je n'accorde pas d'importance à avoir un regard bienveillant et contenant), c'est un maillon de la chaîne relationnelle qui se brise et la chaîne qui en pâtit. Bien souvent les aveugles ressentent la défaillance du regard autrement : par la tonus qui se modifie, ou la voix qui change de tonalité ou d'intensité par exemple. Prendre soin par le regard a été une pièce importante dans la communication avec Monsieur L. afin qu'il

¹⁵⁷ Anzieu D., 1985, p.183

ressente mon entière présence dans la relation, jusqu'au bout de mes cellules rétiniennes. « Réhabiliter chez le sujet âgé les productions mentales par une *présence pleine* qui alimenterait l'univers de la rêverie, est ce qu'on peut espérer de mieux. »¹⁵⁸ La disponibilité totale du psychomotricien et sa présence dans la relation peuvent générer bien plus que ce que l'on imagine.

3.5. Toucher thérapeutique comme soutien de l'identité

La valeur de renarcissisation du corps par le toucher, l'attention et la bienveillance participent à soutenir la reconstruction identitaire de Monsieur L., fortement fragilisée par le deuil de sa vue, les effets du vieillissement et son manque d'autonomie. Par l'abaissement du tonus au niveau de ses mains, j'ai perçu une réelle présence à lui, un retour au réel du corps sans passer par les stéréotypies motrices que je n'ai quasiment pas observées durant l'ensemble des séances de toucher thérapeutiques. Peut-être que les sensations procurées par ses stéréotypies, je les lui prodiguais par le toucher des mains. Les stéréotypies les plus fréquentes étaient de masser sa cuisse avec sa MAIN et de toucher sa langue avec sa MAIN. Le fait que je lui procure des stimulations sensorielles agréables au niveau de ses mains a pu être suffisant et abaisser la possible angoisse de Monsieur L. vis à vis de la relation. « Quand un milieu se désorganise, il déstabilise le monde interne. Le corps devient le seul objet du monde extérieur encore capable de structurer le monde intérieur. »¹⁵⁹ Le toucher thérapeutique semble être un contact stable convenant à Monsieur L., qui ne nécessite pas la fonction de restructuration interne des stéréotypies.

Ce retour à un corps ancré dans la réalité favorise le réinvestissement de celui-ci ; dans le mouvement, dans la relation. Les séances de toucher thérapeutique prenaient fin avec l'heure du goûter. Nous descendions alors de sa chambre à la salle à manger. A différentes occasions, j'ai observé une amélioration dans la marche de Monsieur L. et perçu son tonus moins élevé, tout comme le mien : au lieu d'avoir la main fortement agrippée, je supportais moins son poids au niveau de mon bras. Cette évolution m'évoque une des fonctions du Moi-peau décrites dans la partie précédente ; la fonction d'individuation, puisque Monsieur L. était moins collé à moi que d'ordinaire.

Ainsi, les bénéfices du toucher thérapeutiques se sont parfois prolongés au-delà de la séance, au travers d'une marche plus souple et moins tonique, comme si Monsieur L. s'appropriait vraiment les mouvements, sans les faire sous contrainte. L'utilisation du toucher a sûrement favorisé un ressenti de sécurité interne et de confiance en mon propre corps qui venait le soutenir, au lieu de le tirer. Le psychomotricien devient alors un pilier de structuration psychocorporelle et de reconstruction identitaire sur lequel le patient peut s'appuyer.

¹⁵⁸ Caron R., 2000, p.144

¹⁵⁹ Cyrulnik B., 2000, p.130

3.6. Limites du toucher thérapeutique

3.6.1. *Infantilisation*

Une des limites que j'ai pu rencontrer en exerçant le toucher thérapeutique avec Monsieur L. était la tendance à l'infantilisation. L'aspect de maternage avec soutien physique et psychique qui rappelle le handling et holding m'a directement renvoyé l'image d'une mère qui s'occupe de son enfant. Or je n'avais pas à jouer ce rôle. En effet, « Le psychomotricien ne peut jouer ce rôle parental tenu obligatoirement par la mère ou le père. »¹⁶⁰ C'est pourquoi d'emblée, j'ai bien expliqué à Monsieur L. la valeur du toucher en tant que thérapie.

3.6.2. *Intention du geste*

Il est arrivé que Monsieur L. émette des bruits gutturaux durant le toucher thérapeutique. Quelle signification donnée à ceux-ci : bruits de bien-être ou de plaisir ou encore d'angoisse ou de stimulation vocale ? Mon intention transmise au travers de mes mains et de ma voix était bien évidemment professionnelle, et non de l'ordre du plaisir érotisé. Comme vu précédemment, le toucher peut avoir deux aspects sur le versant sexuel : l'excitation et la tendresse. En tant que thérapeute, je dois m'attacher à la tendresse du geste, même si l'autre aspect est toujours présent, pour avoir une « intention juste »¹⁶¹. Je me suis demandée si Monsieur L. avait compris mon intention. Je tiens à rappeler que Monsieur L. n'a apparemment jamais eu de femme dans sa vie, ni eu de rapport sexuel, ce qui le rendait honteux. Le fait qu'une jeune femme vienne lui procurer du plaisir « tendresse » a peut-être été perçu plus de l'ordre de l'intime et de la sensualité. C'est une interrogation dont je n'ai pas la réponse. Quoiqu'il en soit, le cadre spatio-temporel, les objectifs explicités de ma pratique du toucher, suppléés à un toucher contenant, précis, sans ambiguïté, ni hésitation, concourent à limiter les effets de séduction possiblement ressentis chez Monsieur L..

De mon côté, cette difficulté rencontrée s'est révélée structurante, dans la mesure où le psychomotricien peut potentiellement la retrouver souvent dans cette profession où le principal mot d'ordre est le plaisir, faisant intervenir le corps dans tous ses états.

3.6.3. *Temporalité*

Quels sont les effets du toucher thérapeutique sur le long terme ? Monsieur L. durant les séances a réussi à relâcher son tonus. J'ai ressenti également lors des déplacements après la prise en charge que Monsieur L. se « déposait » corporellement moins sur moi. Ces bénéfices que j'associe au toucher thérapeutique ne sont-ils qu'éphémères ? Comment procéder pour que cette revalorisation face à un corps unique et contenant puisse durer ? L'observation de l'état de Monsieur L. a été limitée dans le

¹⁶⁰ Mandard-Orengé A-L., 2002, p.23

¹⁶¹ Prayez P., cité par Guiose M., 2007, p.105

temps : de janvier à avril. Une fréquence plus élevée et longue aurait participé à rendre durables les apports de ces séances, ainsi qu'à les maintenir en dehors de ma présence.

3.6.4. Questionnement par rapport à la musique

Je me suis interrogée sur les portées positive et néfaste de la musique durant le toucher thérapeutique. Jacqueline Verdeau Pailles, neuropsychiatre et musicothérapeute, déclare que « la reconnaissance de la valeur thérapeutique des composantes de la musique repose sur des constatations neurologiques, neurophysiologiques et psychologiques. » En raison du goût prononcé de Monsieur L. pour la musique, il aurait pu être intéressant d'installer un fond musical durant les séances, afin de favoriser une détente globale au travers du toucher et soutenue par la musique. La musique constituerait ainsi une enveloppe sonore sécurisante et contenante. A la première séance, j'ai demandé à Monsieur L. s'il désirait que j'enclenche la musique, mais il m'a répondu négativement. Est-ce parce qu'il ne pouvait pas se concentrer et sur la musique et sur ma présence en même temps ? Ou est-ce parce qu'il associe la musique à un moment de solitude sans la présence de l'autre ? La musique serait-elle pour lui un moyen de s'évader du réel et de se laisser porter ailleurs ? Pendant le premier semestre, Monsieur L. était souvent happé par une surabondance de stimuli externes. Des informations auditives additionnées à celles tactiles présentaient-elles un risque d'amoindrir la concentration et la réception des stimulations ?

SYNTHESE ET PERSPECTIVES

1. Synthèse

1.1. Pour aller plus loin

Au cours de l'évolution des prises en charge et de la compréhension accrue de Monsieur L., j'ai mesuré la présence importante des « troubles psychotiques » diagnostiqués apparemment après son opération de l'hypophyse. En effet, au début j'ai trouvé que Monsieur L. était dans la relation, impliqué dans le réel. Ce n'est qu'avec le temps que certains traits psychotiques se sont révélés flagrants, comme ses stéréotypies, la discordance entre son discours verbal et ce que traduit son corps, la tendance à éviter les contacts sociaux, la recherche d'identification à autrui, etc. En rassemblant plusieurs observations, la problématique de l'oralité m'est apparue très présente chez Monsieur L., ainsi que celle de la fragilité des limites corporelles au travers notamment de l'intrusion fréquente et répétitive des orifices (spécialement la bouche et le nez).

L'imprécision du dossier médical ne me permet pas de savoir quand exactement ont été diagnostiqués ces « troubles psychotiques ». J'ai pensé dans un premier temps que la cécité de Monsieur L. en était la cause. Maintenant, en rapprochant les informations données par son frère, ainsi que mes observations au long de l'année, je me demande si Monsieur L. n'a pas dès son enfance eu ce comportement particulier et cette tendance à dépendre des autres. Pour reprendre les mots de Monsieur C., son frère était « immature, avec beaucoup de tics et une grande nervosité ».

Si l'on poursuit les hypothèses en reprenant le passé de Monsieur L., la dépression et les intoxications éthyliques et tabagiques, datant respectivement de 1990 et 1993, coïncident avec le décès du père de Monsieur L. et sa mise en institution dans le centre accueillant des aveugles. Ce fut la première fois que Monsieur L. quittait le domicile familial, ainsi que sa mère. Par la suite, le décès de celle-ci entraîna à nouveau un changement de lieu de vie, avec l'entrée en EHPAD, où son comportement évolua radicalement vers la passivité. Une problématique autour de la figure parentale et du domicile familial se forge en lien avec la dépendance de Monsieur L.. Qu'ont représenté ces ruptures pour Monsieur L. ? Quels ont été l'impact et la nature de son environnement au long de sa vie ? Comment s'est construite la personnalité de Monsieur L. depuis son enfance jusqu'à son arrivée au sein de l'EHPAD ? Toutes ces questions, si elles ne peuvent trouver de réponses en raison de l'insuffisance d'informations relatives au passé de Monsieur L., mériteraient plus de réflexion. Quoiqu'il en soit, j'accueille son vécu passé et actuel et intègre les divers événements de sa vie pour tenter de mieux comprendre son fonctionnement psychocorporel. Pour conclure, outre la cécité et l'âge de Monsieur L., ses « troubles psychotiques » ont également constitué des limites dans le chemin de son indépendance.

1.2. Finalement...

Le travail autour de l'autonomie motrice a été un support de relance psychique. Grâce aux propositions et initiatives motrices, des reliquats sont sollicités sur le plan psychique et participent au ressenti d'une unicité. Par l'expérience de l'Agir, Monsieur L. a pu vivre également l'expérience de l'Etre, maintien de l'identité et support de la communication. Ces expériences ont été sous-tendues par l'expression de mon désir dans cette prise en charge, de mon vouloir de bien-faire de stagiaire, ainsi que de mon intérêt naturel et d'investissement envers Monsieur L.

2. Perspectives

Dans la continuité de la prise en charge avec Monsieur L., plusieurs perspectives peuvent être envisagées. Afin de poursuivre son accompagnement vers une posture plus active, dans la mesure du possible je souhaiterais proposer de :

- multiplier les situations d'échanges et d'interactions sociales
- continuer dans le processus d'autonomisation physique et cognitive au travers d'une sollicitation dans les tâches quotidiennes, ainsi que les déplacements, grâce à un travail en collaboration avec l'aide-soignante qui lui est affiliée
- mettre en place une séance d'aide thérapeutique à la toilette (objectifs psychomoteurs : praxies d'habillage, gnosies, schéma corporel, motricité fine et globale, mémoire procédurale), afin de proposer une autonomie dans d'autres activités de la vie quotidienne. Le rapport de perception et d'action sur le corps propre serait intéressant à observer et travailler.
- participer à la chorale de l'EHPAD. Comme Monsieur L. aime chanter et a une bonne oreille musicale, s'investir dans la chorale serait l'occasion de, non seulement passer un moment agréable à chanter en sollicitant ses capacités mnésiques et attentionnelles, mais aussi partager un temps d'échanges et de rencontres avec d'autres résidents.
- mettre en place un renforcement musculaire avec un kinésithérapeute pour élargir le polygone de sustentation et maintenir la marche.

Terminant mon stage au sein de cet EHPAD à la fin de l'année scolaire, je n'aurai pas le temps ni la possibilité de mettre ces réflexions à profit. Je les évoque ici au travers d'un éventuel suivi.

MA POSTURE DE PSYCHOMOTRICIENNE EN DEVENIR

En tant que future psychomotricienne, il m'a paru indispensable de connaître mes limites, savoir prendre du recul et me remettre en question en reprenant mes propositions et les modulant au cours de la prise en charge de telle sorte qu'elles soient toujours adaptées au mieux. Je demeure humaine et ai le droit à l'erreur, mais la faute serait de ne pas interroger ma pratique, et l'utilité de mes propositions en lien avec l'évolution de Monsieur L.. Il est important d'aborder les notions de transferts et contre-transferts après avoir expliqué celles de la disponibilité et l'implication psychocorporelle du psychomotricien. Enfin, il est indispensable de connaître préalablement les fondements de la relation thérapeutique au travers du cadre thérapeutique et de la distance relationnelle ; prémices de toute communication bienveillante.

1. Importance du cadre thérapeutique

Le choix des modalités du cadre thérapeutique impacte la relation qui s'instaure. Ce cadre ne constitue pas un unique précâblage structuré et pensé au préalable, mais un arrière-fond solide autant que malléable, qui intègre les ressentis, spécificités et évolution de chacun des protagonistes au cours de la prise en charge.

J'ai remarqué une différence entre la relation duelle avec Monsieur L. le mercredi et la relation en triade le vendredi. Durant la séance à deux, Monsieur L. semblait plus à l'écoute de son corps. Le silence régnait souvent. Cette modification du cadre a engendré des répercussions dans la relation, mais a également sollicité mes capacités d'adaptation personnelles. La présence de Marie le vendredi me conférait une contenance et une sécurité que j'ai retrouvées autrement dans la relation duelle avec Monsieur L.. L'espace fermé de la chambre de Monsieur L. a par exemple été source d'apaisement. De surcroît, alors qu'initialement gênant, le silence m'est progressivement devenu agréable.

Je me suis aussi questionnée par rapport à la position de Monsieur L. durant les séances. En effet, j'ai constaté que, lorsque Monsieur L. était assis, le fauteuil semblait être un outil contenant, participant à son maintien physique et psychique. A l'inverse, lorsqu'il était allongé ou debout, son tonus me paraissait plus élevé et les stéréotypies plus fréquentes. Monsieur L. passant beaucoup de temps dans son fauteuil, celui-ci doit lui conférer une « assise » sécurisante.

Des divergences ont aussi émergé entre la relation duelle du mercredi et celle du vendredi lors de l'accompagnement thérapeutique du repas. En effet, la première relation prenait naissance dans sa chambre, tandis que la deuxième prenait corps dans la salle à manger, en compagnie de nombreux résidents et soignants, dans une enveloppe sonore très imposante. Je me suis sentie plus à l'aise dans la relation avec Monsieur L. lors des déplacements et toucher thérapeutique que pendant le repas et son brouhaha de fond. La

communication était plus difficile durant le repas, tant du côté de Monsieur L. que du mien. J'avais l'impression d'être observée dans mes gestes et paroles avec Monsieur L. et étais parfois un peu gênée.

2. Distance relationnelle

La distance relationnelle s'est ajustée inconsciemment et très progressivement par la relation de confiance établie, ainsi que l'élaboration des séances du toucher thérapeutique. En revanche, j'ai éprouvé des difficultés à savoir comment réagir face aux agrippements de Monsieur L.. J'étais parfois bloquée et hésitais entre me laisser agripper ou arrêter cet accrochage. Notamment lorsqu'il me serrait fort la main, j'avais l'impression que c'était un besoin pour lui, une manière de s'accrocher à la relation, au réel, au vivant. Ou peut-être se plaçait-il enfin dans une posture d'acteur, par une transmission de l'élévation de son tonus et la pression de l'agrippement. J'ai eu un sentiment de fusion quand la pression était trop forte, trop longue, et dans ces moments-là je rappelais à Monsieur L. qu'il m'accrochait et que cela me gênait. Mes réactions étaient variables, dépendantes de mon état du jour, du moment de la journée, etc.

3. Ressentis personnels

« La vision a quelque chose de magique : il nous suffit d'ouvrir les yeux pour que se déploie devant nous, un monde riche et coloré, peuplé d'ombres, de contrastes de personnages et d'objets. »¹⁶² Monsieur L. n'a plus accès à cette magie depuis une quarantaine d'années, mais j'ai cherché à lui faire redécouvrir sous d'autres facettes ce monde merveilleux qui nous entoure. Par le partage de ma passion pour la psychomotricité et de mon intérêt dans cet accompagnement, je voulais lui redonner un certain plaisir à vivre, plaisir d'être présent dans l'ici et maintenant, plaisir de communiquer et d'échanger, plaisir d'être en relation et de solliciter son corps.

Avant d'être âgé et aveugle, Monsieur L. est une personne, un sujet qui mérite considération et attention, ce que je lui ai accordé durant les séances. J'ai développé beaucoup d'envie de travailler avec Monsieur L.. Par mon engagement psychocorporel ou simplement ma présence auprès de lui, j'ai essayé de lui transmettre mon désir d'être et d'agir en tant que stagiaire psychomotricienne, pour générer de son côté aussi ce désir d'être présent dans la relation et d'interagir. « Notre comportement répond toujours à celui de l'autre. Ceci est vrai pour tout le monde, y compris les personnes à un stade sévère de démence, dont le comportement varie en fonction de l'environnement certes mais aussi en fonction de la personne présente à leur côté. »¹⁶³

¹⁶² Chokron S. et Marendaz C., *Comment voyons-nous ?* Paris, Le Pommier, 2005

¹⁶³ Orellana-Gélaïn B., 2012, p.106

Transmettre cet élan vital lorsque je n'avais pas de relance de son côté était parfois difficile. Il m'est arrivé de ressentir un profond désarroi à l'idée que j'étais la seule à vouloir son indépendance, et qu'il n'y avait pas de requête à ce sujet de son côté. Comme si sa passivité lui convenait et que je venais le bousculer dans ses habitudes. Monsieur L. a encore beaucoup de possibilités psychomotrices en réserve, il serait dommage de ne pas les solliciter. J'ai développé beaucoup d'énergie et de réflexions afin d'ajuster continuellement mes propositions en fonction de l'évolution de la prise en charge, des nouvelles observations et des échanges avec mon maître de stage, ma co-équipière stagiaire et mon maître de mémoire.

4. Disponibilité psychocorporelle

La prise en charge avec Monsieur L. a souvent sollicité une grande énergie et des capacités attentionnelles. De ce constat, j'ai cherché à favoriser l'essor de cette énergie dans de bonnes conditions et à me rendre pleinement disponible. Pour Bénédicte Rocques, « être disponible c'est (...) être présent, posé, ancré au sol, écouter corporellement et verbalement, faire le « silence » en soi pour entendre l'autre, se laisser toucher, accueillir l'autre sans pour autant s'oublier soi-même. »¹⁶⁴ Afin d'optimiser les conditions pour la relation, il est nécessaire d'être dans un état psychocorporel permettant l'écoute de ses propres ressentis, tout en étant ouvert à l'autre.

Lors de chaque prise en charge, je prenais quelques minutes avant d'entrer dans sa chambre, celles-ci constituaient comme un sas. J'y déposais mes préoccupations et pensées inutiles, pour avoir accès libre à une écoute aiguisée de mes éprouvés et une disponibilité omniprésente afin d'accueillir et recevoir Monsieur L. psychiquement et corporellement.

Quant à ma propre disponibilité psychocorporelle durant les séances, j'ai remarqué qu'elle a pu être influencée par des facteurs externes (environnement bruyant, salle non adaptée, etc.) et par des facteurs internes (faim, fatigue, stress, préoccupations personnelles, etc.). A certains moments, j'ai préféré avertir Monsieur L. de mon indisponibilité, plutôt que de poursuivre la relation. De même pour lui, lorsque sa fatigue était trop intense ou son attention trop dissipée par exemple, j'ai préféré ne pas insister, faire une pause ou arrêter la séance. Celle-ci doit en effet être lieu de plaisir et non de contrainte.

5. Implication psychocorporelle

Cette implication, nous, étudiants, l'avons testée lors des cours pratiques délivrés durant ces trois années de formation, ainsi que les divers stages auxquels nous avons

¹⁶⁴ Rocques B., 2002, p.59

participé. C'est par une prise de conscience corporelle d'abord personnelle et l'observation de nos ressentis que notre écoute a pu s'affiner. La relation thérapeutique engage donc une double écoute : l'écoute de son propre corps et de celui de l'autre, qui amène une régulation de l'échange entre ces deux êtres-corps et une mise en mouvement dans la relation. Comment écouter le patient qui parle par son corps ? Comment décrypter ce langage qui lui est personnel ? Il est nécessaire d'écouter ses propres ressentis qui font écho à l'échange corporel engagé. « Le corps est sa [au psychomotricien] base de données, nécessaire et fondamentale. Par sa formation, qui a aiguisé, affûté en lui tout ce qui est du domaine des sensations et des émotions liées au corps et avant tout à son propre corps, il va utiliser ces informations, les écouter et s'en servir. »¹⁶⁵ Ce corps permet de relier les ressentis corporels aux affects, émotions et à la cognition.

Olivier Moyano définit le concept d'implication corporelle comme indispensable à la relation partagée entre le psychomotricien et le sujet. Ce dernier se sert en effet du thérapeute « comme premier support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives. »¹⁶⁶ On peut parler d'accordage entre le psychomotricien et le patient, car les initiatives de l'un feront écho chez l'autre et inversement. Cette notion d'accordage affectif a été introduite par Daniel Stern en 1985 à propos de l'acte d'intersubjectivité et de réponse à une expression affective entre la mère et son bébé. Dans cette lignée des premières interactions, il est possible d'élargir ce concept à la relation entre le psychomotricien et le patient. En effet, « Le psychomotricien va également percevoir chez le patient des signes corporels et émotionnels avec lesquels il va entrer en résonance afin de pouvoir y apporter une réponse tant au niveau sensoriel et corporel qu'au niveau du langage. »¹⁶⁷ Françoise Désobeau ajoute 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. »¹⁶⁸

Au travers des écrits de ces auteurs, on distingue bien l'importance de la posture et de l'implication du professionnel. La posture, comme « Façon de « se tenir » ou façon « d'être », la posture désigne également une situation ou une manière de se comporter, corporelle aussi bien que psychique. »¹⁶⁹

Ainsi, la posture du psychomotricien est un outil de travail essentiel dans la relation thérapeutique, elle nourrit le dialogue tonico-émotionnel. Le psychomotricien devient un « médium malléable », concept proposé initialement par Marion Milner (1979), que René Roussillon reprend et généralise dans la clinique contemporaine. Elle définit cette expression par les termes suivants : l'indestructibilité, l'extrême sensibilité, l'indéfinie transformation, l'inconditionnelle disponibilité et l'animation propre. « Le médium

¹⁶⁵ Potel C., 2006, p.36

¹⁶⁶ Gatecel A. *et al.*, 2011, p.292

¹⁶⁷ *Ibid.*, p.293

¹⁶⁸ Désobeau F., 2010

¹⁶⁹ Robert-Ouvray S., Servant-Laval A., 2011, p.155

malléable, objet externe défini par l'ensemble des cinq propriétés, est l'objet transitionnel du processus de représentation. »¹⁷⁰

Le psychomotricien doit être prêt à accueillir ce que l'autre donne et renvoie, tout en maîtrisant ce que lui-même peut renvoyer. Pour cela, il est important de pouvoir s'adapter au rythme du patient, particulièrement lorsque c'est un senior. En effet, nous l'avons vu précédemment dans la partie sur le vieillissement, les aînés sont sensibles à la vitesse et à l'intensité des échanges, qu'ils soient d'ordre corporel ou verbal. Un temps pour cet ajustement m'a été indispensable, puisque Monsieur L. et moi ne fonctionnions pas de la même manière au niveau du rythme. A l'opposé de mon tempérament extraverti et dynamique se trouve la tendance de passivité et de mutisme de Monsieur L.. Malgré une frustration que j'ai pu ressentir au début de la prise en charge, celle-ci s'est dissipée avec le temps pour laisser place à un accordage du rythme plus affiné.

6. Transfert et contre-transfert

6.1. Le transfert

Le transfert et le contre-transfert sont des notions fondamentales dans le champ de la psychanalyse. « Que sont les transferts ? Ce sont les rééditions, des reproductions d'impulsions et de fantasmes qui sont réveillés par le progrès de l'analyse et qui se caractérisent par la substitution du médecin à une personne antérieure. »¹⁷¹ Les transferts correspondent donc à des réactualisations de conflits antérieurs qui surviennent dans la relation avec le thérapeute. Ces rééditions d'affects, d'émotions et de représentations sont surtout liées aux imago parentaux.

O. Moyano, doute de la place de ces concepts de transfert et contre-transfert en psychomotricité. « Le transfert n'est pas l'outil du psychomotricien puisqu'il n'est ni psychothérapeute d'inspiration psychanalytique, ni un psychanalyste. »¹⁷² Selon lui, en psychomotricité, « Il ne s'agit plus de travailler sur un matériel constitué de contenus psychiques, mais d'amener le patient à ressentir, vivre des expériences lui donnant la capacité d'en faire la synthèse par rapport à sa propre histoire. »¹⁷³ Le psychomotricien devient un « Moi auxiliaire », support de la relation et construction du patient, pour tenter de suppléer ce Moi défaillant. Le psychomotricien par le prêt de son « être psychocorporel » permettra de renforcer les mécanismes de défense psychique du patient.

¹⁷⁰ Roussillon R., 1991, pp.130-146

¹⁷¹ Freud S., cité par Ferenczi S., 2013, pp. 43-44

¹⁷² Moyano O., 1998, pp. 34-38

¹⁷³ Moyano O., 1994, pp.686-693

Dans cette même lignée, Eric Bouche ajoute que l'interprétation du transfert en psychomotricité est vaine du fait que l'engagement psychomoteur du thérapeute nourrit et nuance obligatoirement le transfert. « Dès lors que le psychomotricien est engagé corporellement dans la cure, toute velléité interprétative du transfert de son patient devient inopportune ».¹⁷⁴ Cependant, si le transfert est une notion plus spécifique à la psychanalyse, il n'en est pas l'exclusivité et existe dans toute relation impliquant deux protagonistes. En ce sens le transfert émerge également dans la thérapie psychomotrice. L'ignorance de celui-ci ne serait pas réfléchie, mais l'interprétation demeure fragile et risquée. De son côté, Jacques Deitte soutient le transfert comme une « relation transférentielle originale, non pas seulement définissable par l'analyse et la maîtrise des affects véhiculés par la parole, mais aussi par la perception, l'appréhension et l'écoute des échanges qui interviennent au cœur du dialogue corporel. »¹⁷⁵

Ce point m'évoque le concept d'identification projective de M. Klein dans le transfert et contre-transfert ; un mécanisme de défense qui consiste à attribuer les sensations désagréables à l'autre et de prendre possession des sources de satisfaction qui se trouvent chez l'autre¹⁷⁶. En effet, surtout au niveau corporel, lorsque Monsieur L. prenait appui sur moi, j'avais l'impression qu'il me transmettait une partie de son hypertonie permanente, afin d'en alléger le poids.

Je me suis interrogée sur le transfert de Monsieur L., tout en ayant conscience que cela restait au stade du questionnement. Quel investissement Monsieur L. a-t-il créé de ma position de stagiaire thérapeute en prononçant des paroles telles que les suivantes : « Est-ce que vous m'aimez bien ? » « (...) à côté de jolies jeunes filles » (en parlant de Marie et moi, alors que Monsieur L. ne peut voir notre physique).

6.2. Le contre-transfert

Le contre-transfert correspond aux réactions inconscientes du thérapeute face au transfert du patient. Ce terme est apparu pour la première fois dans les écrits de Freud à Jung, en 1909.

Dans le champ de la psychomotricité, Robert-Ouvray introduit le terme de « contre-transfert émotionnel ». En effet, « Comme dans tout cadre thérapeutique, le transfert du patient et le contre transfert du psychomotricien exposent chacun des partenaires de l'interaction à ses éprouvés toniques, sensoriels et affectifs ». « L'émotion est donc au cœur de la pratique psychomotrice et elle dialogue dans l'ajustement des rythmes de chacun. »¹⁷⁷ Robert-Ouvray souligne que la réponse du psychomotricien au transfert du patient n'est pas de l'ordre de l'interprétation, mais plutôt sous la forme d'un

¹⁷⁴ Bouche E., 2006, pp. 78-83

¹⁷⁵ Deitte J., 1983, p.13

¹⁷⁶ Petit-Garnier M., psychologue, psychothérapeute, Notes de cours

¹⁷⁷ <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/le-contre-transfert-emotionnel-dans-la-therapie-psychomotrice/>

ajustement corporel, sous-tendu par son propre ressenti émotionnel. La réorganisation psychomotrice du thérapeute devient dès lors essentielle et s'affine grâce à l'écoute de ses éprouvés internes. « Nous [psychomotriciens] sommes des thérapeutes du corps, mais nous avons notre mot à dire, le mot émotionnel, le mot de la rencontre de deux tensions. C'est l'ajustement tonique et sensoriel qui a valeur de parole structurante. »¹⁷⁸

Dans ma pratique avec Monsieur L., j'ai veillé à être particulièrement attentive à mes ressentis, à chaque moment en sa compagnie. Je suis passée par beaucoup d'états émotionnels ; tantôt la joie ou la motivation, tantôt la compassion ou la bienveillance, tantôt l'incompréhension ou l'impuissance, etc. Ces changements étaient liés aux réactions de Monsieur L., qu'elles soient verbales ou non verbales, aux progrès observés ou à l'inverse aux involutions, etc. J'ai essayé d'être en adéquation corporelle face au dialogue tonico-émotionnel entretenu avec Monsieur L..

Je citerai enfin Potel qui parle du « contre-transfert corporel » (2015) pour caractériser l'écoute corporelle contre-transférentielle du patient. Selon elle, le contre-transfert ne fait pas intervenir seulement des affects, des ressentis et éprouvés, mais aussi le corps qui s'invite dans le lien avec le patient. Cette notion possède une place importante dans l'observation psychomotrice du thérapeute lui-même et du patient. Serge Lebovici, psychiatre psychanalyste, introduit à ce sujet la notion d'énaction (1994) caractérisant la situation où le clinicien se retrouve imprégné par une émotion qui entraîne un acte préparé inconsciemment mais peu réfléchi, comme sous-tendu par une nécessité impérieuse à agir. « L'énaction n'est en rien passage à l'acte (...) Il s'agit en quelque sorte d'un ressenti corporel représentationnel qui va donner accès à la représentation mentale »¹⁷⁹. Avec du recul, j'ai constaté avoir ressenti cette forme d'étrangeté, de nécessité d'agir dans la relation avec Monsieur L., sans qu'il s'agisse d'actes longuement réfléchis. Par exemple, l'ajustement corporel mis en place lors de l'accompagnement à la marche est devenu presque automatique, comme si mon corps se positionnait inconsciemment en réponse aux besoins de soutien de celui de Monsieur L..

J'ai aussi observé qu'une analyse détaillée des réactions de Monsieur L. face à mes diverses propositions ou attitudes corporelles était fort riche en informations sur l'état psychocorporel de Monsieur L.. Finalement, l'analyse des enjeux transférentiels et contre-transférentiels est indispensable à la thérapie psychomotrice, si on ramène ces enjeux au niveau du corps.

7. Construction identitaire d'une future psychomotricienne

Au cours de cette prise en charge avec Monsieur L., mon identité de future psychomotricienne s'est étoffée. La prise de responsabilités, l'engagement

¹⁷⁸ Robert-Ouvray S., 2002, pp.66-67

¹⁷⁹ Lebovici S., 2002, p.49

psychocorporel, l'investissement et le travail de réflexion, les apports théoriques... Cet ensemble concourt à enrichir ma pratique et mon savoir en tant que psychomotricienne en devenir. J'ai pu tester et connaître mes limites pour mieux les cerner et les respecter lorsqu'elles sont en jeu. Cette élaboration du suivi mûrement réfléchi et étayé par les différents intervenants qui m'ont aidée, ainsi que par les recherches théoriques, constitue une réelle source de connaissances et d'enrichissement, tant professionnel que personnel. La relation psychomotrice peut finalement être considérée comme une co-construction entre deux personnes.

En étant le réceptacle du vécu psychocorporel de Monsieur L., j'ai perfectionné mes capacités d'ajustement et d'engagement psychomoteur dans la relation. Contacter l'intériorité de Monsieur L. tout en étant à l'écoute de la mienne fut un réel tremplin dans l'analyse et la compréhension de la prise en charge psychomotrice et son évolution.

Ma propre évolution en tant que stagiaire s'est trouvée également enrichie pour beaucoup grâce aux échanges avec mes maîtres de mémoire et stage ainsi qu'avec ma co-stagiaire. La pratique autonome que j'ai réalisée sur plusieurs séances lors de ce stage a constitué un pas important sur le chemin qui s'ouvre à moi d'ici peu : la psychomotricité en tant que professionnelle, non plus stagiaire.

8. Limites de ma pratique psychomotrice

Je viens rencontrer cet homme avec ma propre histoire, mes propres ressentis et interprétations qui font écho à mes expériences et connaissances. Je mets donc forcément un peu de mon histoire dans la sienne, et de son histoire dans la mienne. Mes orientations sont teintées par mon vécu, de manière consciente et inconsciente.

Cette prise en charge stimulante en psychomotricité aurait pu être perçue comme une réelle rupture dans son quotidien de passivité. Mais celle-ci s'est faite progressivement. Outre l'accompagnement au repas, nous avons commencé par une séance chaque semaine pour augmenter à deux, une fois la relation de confiance installée.

Certaines limites de cette prise en charge furent à la fois extérieures (travaux dans l'EHPAD, espace, temps) et intérieures : j'ai dû prendre continuellement en compte son état physique du moment (fatigue, douleurs, etc.), ses difficultés attentionnelles et son rythme plutôt lent. Sans compter des limites personnelles, liées à mon propre état émotionnel et physiologique du moment.

Enfin, une autre limite à ma pratique psychomotrice de cette année que je souhaiterais évoquer est ma place sans maître de stage durant les séances pour superviser mes propositions. Ce choix était volontaire et a constitué un réel défi. L'élaboration et le développement des séances se sont construits autour de d'échanges et de réflexions appuyés par mes maîtres référents et Marie. Mais la réalisation, notamment des séances du mercredi et du vendredi pour le repas, était entièrement à ma charge. Ce

fut pour moi une grande responsabilité dans la fin de mes études et mes débuts de psychomotricienne en devenir. Un soupçon de doute, quelques gouttes d'appréhension, une graine d'aventure, tout cela mélangé à beaucoup d'engagement et de motivation m'a permis de réaliser un beau parcours de construction d'identité de future psychomotricienne, entrelacé avec la reconstruction identitaire de Monsieur L.

9. Coopération interdisciplinaire

En février, un nouvel aide soignant a été affilié à Monsieur L., j'ai pu le rencontrer et échanger avec lui dès sa prise de poste. Je lui ai exposé mon travail avec Monsieur L. et proposé quelques conseils sur la manière d'interagir avec Monsieur L. dans son quotidien et sur la façon de le guider dans les déplacements. En effet, à cette période, j'ai pris conscience qu'une réelle évolution ne pourrait s'observer seulement si Monsieur L. était sollicité dans son quotidien vers une autonomie. Un des objectifs de la psychomotricité est en effet une meilleure adaptation du sujet à son environnement, avec une visée pérenne des bénéfices induits par les propositions thérapeutiques.

L'aide soignant s'est montré très coopérant et volontaire. A l'écoute et soucieux du bien-être et mieux-vivre de Monsieur L., il s'est placé dans cette posture d'aide à l'autonomisation de Monsieur L., en lui laissant le temps de faire au maximum les gestes du quotidien seul (durant la toilette, l'habillage et les repas notamment). Il s'est rendu compte alors des capacités de Monsieur L., même si cela demandait un plus de temps dans la réalisation de ces différentes tâches quotidiennes.

Chaque semaine, nous échangeons régulièrement, l'aide soignant et moi-même. Il me transmettait ses observations, questionnements et surprises quant au comportement et aux progrès ou limites de Monsieur L.. Durant cette période où Monsieur L. était placé continuellement dans une posture de tentative d'indépendance, nous avons remarqué certaines évolutions, notamment au niveau de l'autonomisation du geste (durant le repas), au niveau attentionnel et durant la relation (Monsieur L. pouvant parfois faire des blagues). J'ai réalisé que la collaboration avec l'aide soignant apportait des bénéfices conséquents, propices à l'évolution de la construction et de l'autonomie de Monsieur L.. De tels changements ont conforté la pertinence des propositions d'une vraie stimulation psychomotrice au travers de trois séances par semaine (toucher thérapeutique, déplacements et repas thérapeutique).

CONCLUSION

Grâce à l'étude et l'accompagnement de Monsieur L., j'ai réalisé l'importance des connaissances théoriques et de l'anamnèse du sujet dans la prise en charge de celui-ci. Les apports théoriques permettent d'affiner la compréhension du mode de fonctionnement du sujet, complémentirement à l'approche holistique du thérapeute.

Travailler avec une personne aveugle nécessite de connaître au préalable les bases sur les différents sens, l'impact de la déficience visuelle, ainsi que les répercussions psychoaffectives. De surcroît, la psychomotricité trouve sa place dans le suivi du senior, lequel doit pouvoir se sentir Homme, pourvu de capacités et d'émotions, méritant d'exister et d'être reconnu. Abstraction faite de l'âge du sujet, se tient une personne, enrichie par son histoire et ses expériences vécues, qui l'ont façonnée progressivement et inconsciemment. Le psychomotricien se doit d'intervenir auprès de la personne âgée, si celle-ci se tient isolée et passive, ainsi que de tenter de restituer de la vie, de l'enVIE d'être présente et d'interagir avec son entourage. Tout comme le conseille Anne-Dauphine Julliand : « Il faut ajouter de la vie aux jours, lorsqu'on ne peut plus ajouter de jours à la vie. »¹⁸⁰

En dehors de la cécité et l'âge de Monsieur L., conditions à prendre en compte lors de son accompagnement, l'évolution de la prise en charge m'a également prouvé l'importance de chaque détail dans l'anamnèse du sujet. Les troubles psychotiques de Monsieur L. expliquent certains de ses comportements et affinent les propositions d'accompagnement, de même que les informations sur son passé montrent l'ancrage de la dépendance dans sa personnalité depuis longtemps.

J'ai tenté, par la description des séances proposées à Monsieur L., d'analyser le rôle de la psychomotricité dans cet accompagnement, en détaillant les bénéfices et écueils rencontrés. Désireuse de participer à son mieux-être, ainsi que mieux-vivre, j'ai cherché à guider Monsieur L. vers une indépendance accrue dans les tâches et activités de la vie quotidienne, ayant réalisé qu'une indépendance complète relève de l'utopie.

Avec la volonté d'humaniser le contact avec Monsieur L., dont le corps était très instrumentalisé jusqu'alors, j'ai cherché à restaurer une valorisation et un réinvestissement de son corps en tant qu'acteur et maître de ses mouvements. Dans une faible mesure, Monsieur L. a pu vivre des moments d'autonomie, tout en étant accompagné et en confiance.

Cette co-construction vers la sortie de la dépendance pour Monsieur L. et vers l'aboutissement de mes études représente une expérience professionnellement enrichissante et personnellement valorisante.

¹⁸⁰ Julliand A-D., 2011, *Deux petits pas sur le sable mouillé*

En vol vers l'indépendance et la socialisation...



BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles :

ALAPHILIPPE D., FONTAINE R., PERSONNE M. (2007), *Difficultés et réussites de la vie en établissements pour personnes âgées*, Préventions et conduites à tenir, Pratiques gérontologiques, Erès

ALBARET J-M, AUBERT E., (2001), *Vieillesse et psychomotricité*, Marseille, Solal, 2015

ALLARD S. (2010), *Du dialogue tonique à l'émergence du mouvement chez l'enfant polyhandicapé*, in *Evolutions Psychomotrices*, vol 22, n°87, pp. 45-50

ANAUT M. (2008), *La résilience, Surmonter les traumatismes*, Barcelone, Armand Colin

ANAUT M. (2014), *Créativité, humour et résilience avec l'avancée en âge*, pp. 19-38, in **PLOTON L., CYRULNIK B.**, *Résilience et personnes âgées*, Odile Jacob, 2014

ANDRE P. (2013), *Psychiatrie de l'adulte, Formations médicales et paramédicales*, Paris, Heures de France

ANZIEU D., (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod, 1995

BAUDOIN C. (2008), *Avant-propos*, in **DENORMANDIE P., RENAUX N. et al.**, *Handicap visuel de l'enfant et de l'adolescent*, Les Guides de l'AP-HP

de BEAUVOIR S. (1970), *La Vieillesse*, Paris, Galimard

BION W.R. (1979), *Eléments de psychanalyse*, Paris, Puf

BOSCAINI F. (2004), *Le rôle du dialogue tonique dans la genèse de la relation parentale et thérapeutique*, in *Evolutions Psychomotrices*, vol 16, n°63, pp. 12-20

BOUCHE E. (2006), *Psychomotricien psychologue clinicien : Métis ou hybride ?* in *Evolutions psychomotrices*, vol 18, n°72, pp.78-83

BOUCHET J-Y, PLAS F., FRANCO A. (1995), *Rééducation en gériatrie*, 34, collection Bois-Larris, Masson

BUISSARD I. (1999), *Approche psychomotrice auprès de personnes adultes aveugles*, in *Thérapies psychomotrices*, n°44, Vol. 11, pp.73-80

BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Un parcours de recherche*, Toulouse, Erès, 2013

BULLINGER A. (1982), *L'enfant aveugle et les suppléances à la vision*, 20^{ème} bulletin Association Romande des Parents d'Aveugles et d'Amblyopes (ARPA), décembre 1982.

CAÑIZAREZ HERNANDEZ M. (2004), *Le dialogue tonico-émotionnel, Réflexion à partir de la psychologie*, in *Evolutions psychomotrices*, vol 16, n°63

- CARON R.**, (2000), *Comprendre la personne âgée*, Canada, Gaëtan Morin Editeur
- CARRIC J-C.** (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, ERA Greco
- CHOKRON S.** (2015), *Approche neuropsychologique des troubles neurovisuels chez l'enfant*, in *Revue Neuropsychologie*, pp. 41-49
- CHOUVIER B.** (2011), *La médiation dans le champ psychopathologique*, in **BRUN A. et al.**, *Les médiations thérapeutiques*, Toulouse, Erès, 2014, pp.37-47
- CYRULNIK B.** (2000), *Les Nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob
- CYRULNIK B., PLOTON L.** (2014), *Résilience et personnes âgées*, Paris, Odile Jacob
- DAMASIO A.R.** (1999), *Le sentiment même de soi*, Paris, Odile Jacob, 2002
- DEITTE J.** (1983), *Au point de rencontre des espaces*, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°61
- DENORMANDIE P., RENAUX N. et al** (2008), *Handicap visuel de l'enfant et de l'adolescent*, Mission Handicaps, Les Guides de l'AP-HP, Paris
- DESOBEAU F.** (2010), *Identité et fonction du psychomotricien*, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°162
- di MARTINO C.** (2008), *Ratio Particularis, Doctrines des sens internes d'Avicenne à Thomas d'Aquin*, Librairie Philosophique, Paris, J. Vrin, p.86 à 90
- DOLTO F.** (1984), *L'image inconsciente du corps*, France, Editions du Seuil, 1992
- DORMIA C., FEVE S.** (2014), *Psychomotricité auprès de la personne âgée; Fiches d'activités à l'usage du psychomotricien*, ERA Greco
- DUJARDIN K., LEMAIRE P.** (2008), *Partie 2 : Vieillesse normale des fonctions cognitives*, p.27 à 63, in *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*, Masson, 2008
- ERICKSON E.H., ERICKSON J.M., KIVNIK H.Q.** (1986), *Vital Involvement in Old Age*. New York, Norton, in *Olds et Papalia*, 2000, p.72
- FERENCZI S.** (2013), *Transfert et introjection*, Paris, Editions Payot & Rivages
- FERREY G., LE GOUES G.** (1989), *Psychopathologie du sujet âgé*, Issy-les-Moulineaux, Masson
- GALIMBERTI U.** (1998), *Les raisons du corps*, Paris, Grasset – Mollat
- GATECEL A., MASSOUTRE-DENIS B., GIROMINI F. et al.** (2011), *La relation en psychomotricité*, in **SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M**, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, 2011

- GOUMAS J. et LE ROUX F.**, (1997), *Le corps en gériatrie, une approche psychomotrice*, Soins gérontologie, n°9, pp. 32-36.
- GOUMAS J., LE ROUX F., PHAM QUANG L.** (2001), *Apports des thérapies psychomotrices dans la prise en charge du sujet âgé douloureux*, Infokara n° 61, pp 15-25
- GUIOSE M., GAUCHER-HAMOUDI O.** (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Paris, Heures de France
- GUIOSE M.** (2007), *Relaxations thérapeutiques*, Paris, Heures de France, 2009
- GUYOTAT J.** (1998), *À propos de la clinique des troubles de l'identité*, in Confrontations psychiatriques, n°39, pp. 7-20
- HALL E.T.**, (1966), *La dimension cachée*, New York, Anchor books, rééd. Seuil, 1971
- HATWELL Y.** (2003), *Psychologie cognitive de la cécité précoce*, Paris, Dunod
- de HENNEZEL M.** (2008), *La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller*, Robert Laffont
- HOLZSCHUCH C., ALLAIRE C., BERTHOLET L. et al.** (2012), *Quand la malvoyance s'installe. Guide pratique à l'usage des adultes et de leur entourage*, Inpes, Saint-Denis, coll. Varia
- HOUZEL D.** (2006), *L'enfant autiste et ses espaces*, in *Enfances et psy*, n°33, Erès, pp.57-68
- JOULAIN M.** (2011), *L'identité des personnes âgées: le poids des normes d'âge, des représentations et des catégorisations sociales*, pp. 17-28, in M. PERSONNE et al., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Pratiques Gérontologiques, Erès, 2011
- KAES R.** (1994), *La parole et le lien*, Paris, Dunod, 2010
- KUBLER-ROSS E.** (1969), *Les Derniers Instants de la vie*, Paris, Labor et Fides, 2011
- LEBOVICI S.** (2002), *Le Bébé, le Psychanalyste et la Métaphore*, présentation par Bernard Golse, Paris, Odile Jacob
- LESAGE B.**, (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle, Structure, Mouvement et Relation*, Paris, Erès
- MAINTIER C.**, (2001), *Une identité à construire et à conserver*, pp. 33-45, in M. PERSONNE et al., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, Pratiques Gérontologiques, Erès, 2011
- MANDARD-ORENGE A-L.** (2002), *Le toucher relationnel auprès du prématuré et de ses parents*, in *Evolutions Psychomotrices*, vol 14, n°55, pp.18-23
- MARZANO M.** (2007), *La philosophie du corps*, Paris, PUF

- MERLEAU-PONTY M.** (2004), *Le primat de la perception et ses conséquences philosophiques*, France, Verdier
- MESSY J.** (2002), *La personne âgée n'existe pas*, Paris, Editions Payot & Rivages
- MOYANO O.** (1998), *Le corps et son interprète*, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°114, pp. 34-38
- MOYANO O.** (1994), *La relaxation psychomotrice, une autre idée du transfert*, in *L'information psychiatrique*, vol 70, n°8, pp. 686-693
- MUCCHIELLI A.**, (1986), *L'identité*, Paris, PUF, 2013.
- NEUBURGER R.** (2014), *Exister, Le plus intime et fragile des sentiments*, Payot & Rivages
- ORELLANA-GELAIN B.** (2007), *Communiquer avec les personnes âgées*, Guide pratique, L'Harmattan, 2012
- PAVOT C., GALLIANO A-C,** (2011), *La perception de l'espace et du temps chez l'enfant*, pp.219-241, in P. SCIALOM, F. GIROMINI, J-M. ALBARET *et al.*, *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal
- PERSONNE M.** (2011), *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*, *Psychologie et psychomotricité des accompagnements*, Pratiques gérontologiques, Toulouse, Erès
- PERSONNE M.** (1994), *Le corps du malade âgé, Pathologies de la vieillesse et relation de soins*, Toulouse, Privat
- PES J-P.** (2010), *Entretien avec Jean-Paul Pes*, pp.155-157, in *Evolutions Psychomotrices*, vol 22, n°89
- PIREYRE E.**, (2011), *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Paris, Dunod
- POTEL C.** (2006), *Corps brûlant, corps adolescent*, Ramonville Saint-Agne, Erès
- POTEL C.**, (2010), *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès, 2012
- POTEL C.** (2015), *Du contre-transfert corporel, Une clinique psychothérapique du corps*, Paris, Erès
- PURVES D., AUGUSTINE G.J., FITZPATRICK D. et al.** (2011), *Neurosciences, Neurosciences et Cognition*, 4^{ème} édition, De Boeck
- QUINODOZ J-M.** (2015), *Sigmund Freud*, Paris, PUF
- RAYNARD F.** (1994), *Equipe pluridisciplinaire, psychomotricité et cécité*, in *Evolutions psychomotrices*, n°24

- RIBADIER A., SAINJEON-CAILLIET S.** (2011), *Identité et chute de la personne âgée*, pp. 49-59, in M. PERSONNE *et al.*, Protéger et construire l'identité de la personne âgée, Pratiques Gérontologiques, Erès
- ROBERT L.** (1983), *Mécanismes cellulaires et moléculaires du vieillissement*, Paris, Masson
- ROBERT-OUVRAY S.** (2002), *Intégration motrice et développement psychique, Une théorie de la psychomotricité*, Paris, Desclée de Brouwer
- ROBERT-OUVRAY S.** (2002), *Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice*, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°132, pp. 62-67
- ROBERT-OUVRAY S.** (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer
- ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A.** (2011), *Le tonus et la tonicité*, pp. 145-177, in SCIALOM P., GIROMINI F., J-M. ALBARET *et al.*, Manuel d'enseignement de psychomotricité, Marseille, Solal
- ROCQUES B.** (2002), *Réflexion à propos du corps en relation, Etre en lien ?*, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°130, pp. 46-55
- ROUCHY S., AUBRY C.** (1995), *Le regard de l'enfant – Etude clinique*, Paris, ESF
- ROUSSILLON R.** (1991), *Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise*, in *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF
- SABOURIN R.** (2010), *Les 5 sens de la vie relationnelle*, Paris, le Souffle d'Or
- SAVATOSKI J., PRAYEZ P.** (1999), *Le toucher apprivoisé*, Paris, Lamarre, 2009
- SCHILDER P.**, (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard
- SCIALOM P., GIROMINI F., J-M ALBARET et al.** (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Solal
- TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F.** (1999), *Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé, La régression psychomotrice*, Paris, Frison-Roche
- VANISTENDAEL S., LECOMTE J.** (2000), *Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*, Paris, Bayard
- VERCAUTEREN R., PREDAZZI M., LORIAUX M.** (2001), *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie*, Ramonville-Saint-Agne, Erès
- VERDON B.** (2013), *Le vieillissement psychique*, Collection Que sais-je ? Paris, PUF
- VILLEY P.** (1914), *Le Monde des Aveugles, Essai de Psychologie*, Paris, Nabu Press, 2010
- WINNICOTT D.W.** (1956), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1980

Supports de cours :

BUISSARD I., C. GAY-BROWN, Notes de cours de l'option déficience sensorielle, 3^{ème} année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2015-2016

GUIOSE M., Notes de cours d'une intervention théorico-clinique, 3^{ème} année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2015-2016

HASBOUN D., Notes de cours de neuroanatomie, 1^{ère} année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2012-2013

LEFEVRE C., Notes de cours de gériatrie, 3^{ème} année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2015-2016

PAVOT C., Notes de cours de psychomotricité, 1^{ère} année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2012-2013

PETIT-GARNIER M., Notes de cours de psychologie, 3^{ème} année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2015-2016

PIREYRE E., Notes de cours de psychologie, 3^{ème} année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2015-2016

Mémoires :

BOULANGER M. (2008), Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, *Toucher la personne âgée, Utilisation du toucher thérapeutique dans la thérapie psychomotrice auprès de personnes âgées.*

CHARPENTIER E. (2013), Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, *Toucher thérapeutique et psychomotricité. Soutien de l'intégralité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée.*

COCARDON S. (2015), Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, « *Toucher et être touché, quoi en corps ?* » *Les résonances psychomotrices du toucher thérapeutique chez la personne âgée démente.*

GERARD A. (2011), Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, « *Je ne peux pas faire... je suis aveugle !* » *Expérience d'une approche psychomotrice auprès d'un sujet âgé déficient visuel et cérébro-lésé.*

Ressources numériques :

BARBERIS M-A. (1976), *Le Petit Prince de Saint Exupéry*, Paris, Larousse
<http://nitescence.free.fr/DEA.pdf> consulté le 10.04.2016

GRIFFON P. (2011), Cécité et malvoyance, consulté le 29.02.2016
<http://pierre.griffon.pagesperso-orange.fr/DefVisu.html>

Dr LE BAIL, Dr GERIN ROIG, Dr MEYNIEL, (2015), *Prise en charge multidisciplinaire du handicap visuel et de la basse vision*, consulté le 19.03.2016
<http://www.ariba-vision.org/sites/default/files/LIVRE%20BLANC.pdf>

MESSY J., *Au Tour de ma vieillesse*, consulté le 06.04.2016
<http://www.espacesformations.fr/publications-interventions-jack-messy/au-tour-de-ma-vieillesse.html>

MESSY J., *La Solitude*, consulté le 06.04.2016
<http://www.espacesformations.fr/publications-interventions-jack-messy/la-solitude.html>

MESSY J., *La vieillesse : un point de vue*, consulté le 06.04.2016
<http://www.espacesformations.fr/publications-interventions-jack-messy/la-vieillesse-un-point-de-vue.html>

PIAGET J. (1972), *Problèmes de psychologie génétique*, pp.67-94
Version électronique par la Fondation Jean Piaget, consulté le 08.04.2016
http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/JP60_praxies.pdf

VURPILLOT E., (1981) *L'aube des sens*, Ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales, BUSNEL M-C., HERBINET E. *et al.* (Version électronique, 2009), consulté le 13.03.2016
http://les-cahiers-du-nn.weebly.com/uploads/3/5/3/5/3535814/l-aube_des_sens_ensemble_du_livre_v1.pdf

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, consulté le 18.03.2016
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000809647&categorieLien=id> visité le 25.02.2016

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Août 2014, Cécité et déficience visuelle
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/fr/> consulté le 29.02.2016

Dictionnaire en ligne
<http://www.larousse.fr/archives/medical>

GLOSSAIRE

Acuité visuelle : grandeur mesurant la capacité de l'œil à discriminer deux points distincts, en fonction de la distance les séparant et de l'éloignement de l'observateur.

Agnosie visuelle : impossibilité de reconnaître, grâce à la vue, des objets familiers comme des photos, des lettres, des chiffres, des couleurs, alors que l'appareil visuel est intact.

Amétropie : anomalie de la réfraction oculaire perturbant la netteté de l'image rétinienne (myopie, hypermétropie, astigmatisme).

Blindismes : gestuelle propre aux aveugles de naissance qui font penser à des tics.

Cécité corticale : perte de toute sensation visuelle malgré l'intégrité de l'œil

Champ visuel : zone globale de ce que nous voyons lorsque nous regardons droit devant nous.

Strabisme : défaut de parallélisme des axes visuels, caractérisé par une déviation de l'axe d'un œil par rapport à l'autre.

Fixation : moment durant lequel l'œil reste relativement immobile et le système visuel extrait des informations détaillées autour du point de fixation.

Hémianopsie latérale homonyme : perte du champ visuel contra- lésionnel

Négligence spatiale unilatérale : difficultés à réagir à, ou à agir sur, des stimuli présentés du côté opposé à la lésion cérébrale.

Poursuite visuelle (ou poursuite oculaire) : capacité à suivre des yeux une cible en mouvement avec précision. C'est un mouvement lent, fluide, continu et régulier, qui requiert une grande concentration.

Quadransopie : perte d'un quadrant visuel

Saccade : mouvement vif et rapide de l'œil permettant à la personne de diriger son regard sur un point particulier et d'explorer son champ visuel.

Sarcopénie : réduction de la masse musculaire squelettique progressive liée au vieillissement.

Scotome : perte de sensation visuelle pour une petite portion du champ visuel

Syncinésie : contraction involontaire d'un groupe de muscles apparaissant quand le sujet effectue un mouvement, que celui-ci soit réflexe ou volontaire, mettant en jeu un autre groupe de muscles.

Syndrome de Balint : triade symptomatique comprenant :

- Une paralysie psychique du regard (impossibilité à déplacer/orienter volontairement le regard),
- Une simultagnosie (difficulté à reconnaître des objets lorsqu'ils sont présentés simultanément alors que la capacité à les reconnaître lorsqu'ils sont présentés individuellement est préservée)
- Une ataxie optique (difficulté à diriger des actes volontaires sous le contrôle de la vision)

RESUME

Ce mémoire relate l'apport de la psychomotricité auprès d'un homme âgé de 75 ans, aveugle depuis ses 38 ans, qui au quotidien, dépend totalement de son entourage. Il souligne l'importance de l'approche holistique du sénior en tant que sujet, en prenant en compte son vécu et son mode d'Être et d'Agir au monde. Au travers de trois médiations ; l'aide à la marche, le repas thérapeutique et le toucher thérapeutique, cet écrit discute de l'intérêt de la psychomotricité dans cet accompagnement sur le chemin sinueux de l'autonomie chez la « personne âgée » dépendante. Il met en lumière également la place de l'implication psychocorporelle du professionnel, comme soutien et tremplin de la relation thérapeutique.

Mots-clés : psychomotricité – cécité – gériatrie – indépendance - marche – repas thérapeutique – toucher thérapeutique

ABSTRACT

This dissertation reports the benefits of psychomotor therapy for a 75-year-old man, blind since the age of 38, who is fully dependent on people around him. It stresses the importance of a holistic approach around seniors as subjects, by taking into consideration their personal history, their way of Being and Acting in the world. This paper discusses the relevance of psychomotor therapy in guiding older dependent people on the sinuous path towards autonomy thanks to three mediations: aid to walking, therapeutic meals, and healing touch. It also highlights the role of the practitioner's psychocorporal involvement as means of support and as a platform in the therapeutic relationship.

Keywords: psychomotricity – blindness - geriatrics – independence – walk – therapeutic meal – healing touch