



HAL
open science

Donner du corps au corps : maladie de Huntington et flamenco, une histoire de psychomotricité

Aimée Gauchet

► **To cite this version:**

Aimée Gauchet. Donner du corps au corps : maladie de Huntington et flamenco, une histoire de psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359379

HAL Id: dumas-01359379

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359379>

Submitted on 2 Sep 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, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



DONNER DU CORPS AU CORPS

Maladie de Huntington et flamenco,
une histoire de psychomotricité

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de psychomotricien
par

Aimée GAUCHET

Référentes de mémoire :

Agnès ADELINÉ et Chantal DUTEMS-CARPENTIER

Session juin 2016

REMERCIEMENTS

J'exprime ma profonde reconnaissance envers celui que je nommerai M. Mi, pour m'avoir fait réfléchir, évoluer, murir à travers nos séances, et surtout pour m'avoir amenée à mêler deux passions qui font l'objet de ce mémoire.

Je remercie particulièrement Agnès Adeline et Chantal Dutems-Carpentier, pour leurs conseils, leurs relectures avisées, leur disponibilité et leur soutien sans faille jusqu'au terme de ce travail.

Je témoigne toute ma gratitude à Aurélie Carloz et Aurélie Défait, mes maîtres de stage long, pour leur suivi de qualité durant cette dernière année d'étude. Si je me sens prête aujourd'hui à entrer dans le monde professionnel, c'est assurément grâce à elles.

Je remercie aussi l'ensemble des professeurs, maîtres de stages et autres professionnels qui ont participé à ma formation. Merci également à tous les patients que j'ai rencontré au fil de mon parcours.

Un immense merci à ma mère pour ses précieuses relectures et les beaux personnages qui figurent en couverture.

Enfin, je remercie ma famille, mes amis et tout ceux qui m'ont soutenue, de près ou de loin, dans l'élaboration de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.6
PREMIÈRE PARTIE :	
A la rencontre de M. Mi et de sa pathologie	p.8
1. Contexte de la rencontre.....	p.9
1.1. Structure et enjeux institutionnels	p.9
1.1.1. Situation actuelle.....	p.9
1.1.2. Thérapie institutionnelle	p.10
1.2. Place de la psychomotricité.....	p.11
1.2.1. Place officielle et espaces dédiés	p.11
1.2.2. Vie institutionnelle.....	p.12
1.2.3. Vécu en tant que stagiaire	p.13
2. Présentation de M. Mi	p.13
2.1. Première rencontre	p.14
2.2. Quelle vie !	p.14
2.3. Historique des symptômes	p.16
2.4. Avant la chorée : le mystère des origines, une panoplie de diagnostics	p.19
3. La maladie de Huntington.....	p.21
3.1. Que sais-je sur les noyaux gris centraux ?	p.22
3.2. Zoom sur le striatum	p.23
3.3. Huntingtine, Huntington et striatum.....	p.23
3.4. Une triade symptomatique	p.24
3.4.1. Les symptômes moteurs.....	p.25
3.4.2. Les symptômes cognitifs	p.26
3.4.3. Les troubles de l'humeur	p.29
3.5. Quel regard ?	p.29
3.6. Les traitements	p.30

3.7. Psychomotricité et MH.....	p.31
3.7.1. Une maladie psychomotrice.....	p.31
3.7.2. Les axes thérapeutiques	p.33
4. Retour sur les enjeux d'une rencontre thérapeutique.....	p.34

DEUXIÈME PARTIE :

Quand le flamenco s'en mêle : histoire de corps en relation.....	p.35
--	------

1. Bilan de M. Mi et axes thérapeutiques.....	p.36
1.1. Le bilan psychomoteur	p.36
1.2. Conclusion et projet thérapeutique.....	p.39
2. Décembre : d'un commun à-corps	p.40
2.1. Première séance.....	p.40
2.2. Séances suivantes	p.41
2.3. L'expérience du dialogue tonique	p.43
3. Janvier : de l'illumination flamenca.....	p.45
3.1. De nouveaux projets pour une nouvelle année.....	p.45
3.2. Premiers pas de <i>seguiriya</i>	p.46
3.3. De l'imitation au <i>holding</i>	p.48
3.4. Nourrir l'image du corps	p.50
4. Février - mars : du réinvestissement corporel	p.52
4.1. Composition des séances.....	p.52
4.2. Observations.....	p.53
4.3. Des corps au corps.....	p.55
5. Empathie et contre-transfert corporel.....	p.60

TROISIÈME PARTIE :

Le flamenco, une médiation en psychomotricité p.63

1. Le flamenco et sa danse p.64

1.1. Eléments fondamentaux p.64

1.2. Le *baile* flamenco p.65

1.3. D'un point de vue psychocorporel p.66

1.3.1. Les systèmes du corps p.67

1.3.2. Les chaînes musculaires p.68

1.3.3. Les qualités gestuelles p.70

1.3.4. De la représentation de soi à la relation à l'autre p.73

2. De l'art à la danse en thérapie p.74

3. Le flamenco adapté à la psychomotricité – un parcours d'expériences..... p.76

3.1. Pratiques psychomotrices : entre thérapie et rééducation p.76

3.2. Une médiation psychomotrice p.78

3.3. Intégration psychomotrice p.81

3.4. Structuration psychocorporelle p.84

3.5. De l'individuel au groupe, à propos du cadre thérapeutique p.87

3.6. Quelques mots sur les indications p.89

CONCLUSION p.91

BIBLIOGRAPHIE p.92

ANNEXES p.95

INTRODUCTION

Selon Catherine Potel, la thérapie à médiation corporelle a pour objet « l'ancrage dans le corps du sentiment d'être soi et présent à soi-même »¹. Cette présence, ce sentiment, relèvent avant tout de la conscience d'un corps vécu, d'un corps qui bouge, d'un corps acteur dans le monde qui l'entoure. Faire exister ce corps, c'est à cela que fait référence l'intitulé de mon mémoire « Donner du corps au corps ».

Ce travail est avant tout l'histoire d'une rencontre thérapeutique entre M. Mi, patient atteint de la maladie de Huntington, et moi-même, stagiaire en psychomotricité. Cette rencontre au cours des séances de psychomotricité nous a menés à une médiation singulière, le flamenco. Passionnée par cette discipline depuis plusieurs années, le sujet de ce mémoire s'est imposé à moi en milieu d'année, lorsque M. Mi manifesta le désir de pratiquer une danse espagnole. C'est donc ce patient qui m'a orientée vers cette médiation.

Je me suis alors demandée comment adapter la danse flamenca, à la prise en charge d'un patient atteint de la maladie de Huntington, et plus largement, comment l'inscrire dans une démarche thérapeutique psychomotrice.

A partir de là, deux hypothèses principales me sont apparues :

- La danse flamenca favorise une bonne structuration psychocorporelle et permet de répondre en partie aux difficultés induites par la maladie de Huntington, et plus largement aux troubles psychomoteurs.
- Au-delà des actes, cette médiation permet de donner sens à la relation thérapeutique et met en jeu une forme de communication non verbale qui place le corps en première ligne de cette relation.

Afin d'étudier ces deux hypothèses, je commencerai, dans une première partie, à faire la présentation détaillée de M. Mi, reprenant le cadre institutionnel, son histoire et notre rencontre. Cela me mènera à développer la théorie sur cette pathologie mal connue qu'est la maladie de Huntington. Celle-ci entrave toute la psychomotricité de l'individu. Ainsi, elle se trouve en plein dans notre champ de compétence.

¹ Catherine Potel, 2015, p.47

La seconde partie sera consacrée à la clinique, mêlée de discussion sur ce qui semble se jouer dans ma relation avec M. Mi. Dans ce cadre, l'utilisation du terme « nous », lorsqu'il n'inclut pas le lecteur, réfère à M. Mi et à moi. En effet, ce pronom rappelle que le dispositif thérapeutique relève d'une co-construction permanente du thérapeute avec le patient, sans pour autant signifier une confusion des rôles.

Enfin, la troisième partie constituera une analyse de la danse flamenca et de ses atouts en psychomotricité, notamment à travers certains éléments cliniques ou issus de ma pratique personnelle. Bien que la médiation analysée soit restreinte à la danse flamenca, j'emploie régulièrement le terme flamenco ; tantôt comme raccourci, tantôt pour insister sur le fait que l'ensemble des composantes du flamenco pourrait être utilisé en thérapie.

A l'instar des pratiques psychomotrices, la rédaction du mémoire implique un ensemble de choix théoriques, que j'ai essayé de présenter de façon claire et précise. Je ne prétends donc à aucune exhaustivité, et espère qu'il sera le début d'une réflexion plus poussée sur l'intégration du flamenco en psychomotricité.

PREMIERE PARTIE

**A LA RENCONTRE DE M. MI ET DE SA
PATHOLOGIE**

1. Contexte de la rencontre

Lorsque j'ai commencé mon stage en psychiatrie adulte, je ne m'imaginai pas découvrir une pathologie neurologique telle que la maladie de Huntington. Avant toute chose, il me semble donc important de décrire le contexte institutionnel dans lequel j'ai effectué mon stage. En effet, la rencontre de M. Mi et le déroulement de notre prise en charge relèvent d'un cadre spatio-temporel, théorique et clinique particulier. Par ailleurs, la place de stagiaire diffère selon les institutions et les référents. Après avoir situé l'institution dans son fonctionnement et son orientation, je développerai la place de la psychomotricité dans cette structure, pour finir avec les spécificités de ma position de stagiaire.

1.1. Structure et enjeux institutionnels

1.1.1. Situation actuelle

L'Hôpital de jour (HDJ) est une structure qui accueille des patients souvent après une hospitalisation en psychiatrie adulte. Ils viennent sur prescription médicale, et ont un emploi du temps personnel qui comprend des temps d'accueil, des repas thérapeutiques, des activités de groupe et parfois des séances individuelles en psychomotricité. L'équipe de l'HDJ comprend trois infirmières et une psychomotricienne, ainsi qu'un psychiatre référent et une secrétaire. Le suivi psychiatrique, psychologique et social des patients s'effectue au Centre médico-psychologique (CMP) adossé à la structure.

Il y a huit ans, le CMP et l'HDJ ont fusionné dans un bâtiment commun. Par conséquent, leurs actions se situent dans des espaces croisés. A présent, ces deux unités fonctionnelles associées au Centre thérapeutique à temps partiel (CATTP) forment le Centre de jour. Dans cette union, l'HDJ a perdu un côté chaleureux et peut être une qualité d'accueil. Actuellement, l'HDJ est un lieu de passage où le personnel du CMP et de l'HDJ peut se mêler. Néanmoins, cette modification a révolutionné la communication entre soignants et psychiatres. La dynamique des prises en charge a gagné en cohérence et en globalité.

Au début, cette disposition m'a un peu désorientée. J'ai mis un certain temps avant de comprendre quels professionnels relevaient de quelle unité et à quel moment. Je me demande dans quelle mesure cela affecte les patients. Savoir son psychiatre à côté, pouvoir le croiser dans les couloirs, avoir des rendez-vous « HDJ » ou « CMP » dans le même bâtiment etc. sont des éléments qui peuvent créer une confusion dans les rôles des thérapeutes et la structuration spatio-temporelle de la prise en charge. Dans le cas de M. Mi, nous pouvons penser que, de part ses troubles cognitifs et la désorganisation interne touchant ses fonctions psychiques et somatiques, l'organisation du Centre de jour peut soulever quelques incompréhensions. Cependant, ce lieu unique de référence peut lui apporter une contenance et favoriser sa confiance envers les professionnels, qui forment un « tout » bienveillant.

En outre, l'équipe de l'HDJ a subi une réorganisation interne ces dernières années. Elle se trouve dans une souffrance institutionnelle. Sur trois départs d'infirmière, deux seulement ont été remplacés par des collègues de l'intra-hospitalier. On peut imaginer différents impacts relatifs à ce dernier élément aussi bien du côté des professionnels que des patients. L'HDJ a perdu du temps soignant entre ces départs et le renforcement du CATTP. L'équipe de l'HDJ a toujours eu une grande solidarité mais les difficultés traversées affectent la disponibilité des soignants.

Au-delà de l'équipe, l'institution porte une orientation thérapeutique qui influence la prise en charge des patients. En l'occurrence, la structure aspire à une psychothérapie institutionnelle. Il m'a semblé intéressant de consacrer quelques lignes à ce concept, riche de sens, avant d'étudier la place spécifique de la psychomotricité.

1.1.2. Psychothérapie institutionnelle

L'idée est née, à la fin du XVIII^{ème} siècle, que l'hôpital pouvait être en lui-même un instrument de soin pour les maladies mentales². Hermann Simon (1929) fut le premier à parler d'une « thérapeutique plus active »³, notamment au travers de la responsabilisation des malades et du personnel de tout statut dans le processus

² Jean Oury, 2007, p.110

³ *Ibid.* p.111

thérapeutique. En France, François Tosquelles est au premier rang des promoteurs de cette orientation psychiatrique durant le XX^{ème} siècle. Comme le suggère Jean Oury : « On doit pouvoir envisager une notion de ‘responsabilité collective’, ce qui n’exclut pas que chacun soit responsable, au contraire. »⁴

La psychothérapie institutionnelle est une pratique psychiatrique recherchant avant tout à préserver le côté humain de la relation. Il s’agit de replacer le malade au centre de sa guérison. Le principe de base est de se servir du milieu hospitalier comme facteur thérapeutique. « Tout a sa place dans ce dispositif. Et cette complexité de fonctions ne devrait pas comporter de hiérarchie. »⁵

Dans cette optique, la fusion de l’HDJ et du CMP peut être un avantage. Il est plus facile de promouvoir un projet commun lorsque les différents acteurs se côtoient quotidiennement. En outre, les patients sont très attachés à cette structure dans leur vie quotidienne. Ceux qui ne viennent plus pendant certaines périodes continuent généralement d’appeler, comme pour être sûr que leur place est conservée. Par exemple, M. Mi avait appelé pour dire qu’il était « bien » dans l’avion pour partir en Espagne, lors de ses précédentes vacances.

1.2. Place de la psychomotricité

1.2.1. Place officielle et espaces dédiés

Ma maître de stage est la seule psychomotricienne embauchée à temps plein sur le Centre de jour. Elle est principalement à l’HDJ, sauf pour trois heures par semaines consacrées au CATTP. Les séances sont toujours prescrites par le psychiatre référent. Les séances individuelles s’effectuent dans une salle spécialement dédiée à la psychomotricité – là où nous voyons M. Mi – tandis que les séances de groupe se passent dans la salle à manger transformable, ou encore à l’extérieur selon l’activité. Les groupes sont co-animés avec une infirmière ou un intervenant externe. La psychomotricienne accompagne aussi lors de sorties culturelles ou de rendez-vous

⁴ *Ibid.* p.118

⁵ Philippe Kinoo, 2006, p.52

médicaux, comme c'était le cas pour M. Mi avec la neurologue du Centre de référence de la MH.

En outre, la psychomotricienne est aussi le référent douleur de la structure. Dans ce cadre, elle a la mission de permettre et de veiller à l'application des recommandations du Comité de lutte contre la douleur (CLUD) en terme d'évaluation et de prise en charge de la douleur.

1.2.2. Vie institutionnelle

Auprès des professionnels, elle est totalement intégrée comme un maillon de la chaîne. Par conséquent, lorsque je fais référence aux soignants, j'inclue aussi la psychomotricienne. En effet, la place de la psychomotricité n'est pas clivée par rapport à celle des infirmiers. C'est dans cette dynamique de partage et de communication, notamment lors des temps informels, que le travail spécifique effectué prend sens pour le patient. Philippe Kinoo déclare dans son article : « L'interactif vrai doit donc être plus que l'échange des expériences lors des réunions. C'est cette partie du travail où chacun est attentif à la fonction de l'autre et où, de façon organisée ou impromptue, on est invité sur le terrain de l'autre. »⁶

Au niveau de sa relation avec les patients, la psychomotricienne se situe plus en périphérie. Elle investit peu le temps d'accueil. Néanmoins, les patients se tournent souvent vers elle lorsqu'ils ont des plaintes somatiques. Au-delà de sa place de référent douleur, ses pratiques personnelles liées aux énergétiques chinoises lui confèrent un savoir-faire particulier pour résoudre les tensions musculaires et organiques. Les patients ont bien repéré cette particularité.

Pour M. Mi, la psychomotricienne est un réel repère dans la structure. Il est également proche d'une infirmière qui demeure son interlocutrice privilégiée. Ce sont ces deux professionnelles qui l'accompagnent le plus dans ses démarches, aux côtés de l'assistante sociale.

⁶ Kinoo, *loc. cit.*, p.54

1.2.3. Vécu en tant que stagiaire

Dès mon arrivée dans cette institution, je me suis sentie intégrée, écoutée et prise en compte par l'équipe de l'HDJ. L'organisation nous permet d'être très souvent en relation, de discuter et d'élaborer toutes ensemble. Je me sens vraiment en collaboration, dans un partage de savoirs avec la psychomotricienne et les infirmières. Cela a favorisé mon autonomie d'action et de pensée. En outre, le titre de stagiaire et ma présence un jour par semaine induit un autre rapport aux patients. Je ne connais pas nécessairement toute leur histoire, ce qui leur permet de me « déposer » ce qu'ils ont envie pendant les temps d'accueil. Mes questionnements et observations apportent également un autre regard à l'équipe, et permet d'enrichir les réflexions.

M. Mi est la seule prise en charge individuelle que je mène dans ce stage. J'ai commencé dès le bilan. Cependant, la psychomotricienne, qui m'avait dit de faire à ma manière, est beaucoup intervenue au début. Ses interventions spontanées m'ont vite déstabilisée. J'ai donc ressenti une difficulté d'accordage avec la psychomotricienne au début de cette prise en charge. Elle est ensuite restée en posture d'observatrice.

Toutes ces conditions ont interrogé mes capacités d'adaptation. Néanmoins, depuis quelques semaines, nous retrouvons un équilibre à trois. La fin de mon stage approchant, je pense qu'il est plus cohérent de ne pas rester dans une relation trop duelle en séance, même si celle-ci a eu un effet bénéfique sur M. Mi.

En tant que stagiaire, il y a donc un juste milieu à trouver entre prendre sa place dans le dispositif thérapeutique et se soumettre à la manière d'exercer du maître de stage. Par ailleurs, il n'a pas été évident de faire le lien entre les séances avec M. Mi et le projet thérapeutique global. Cette difficulté dépend peut être du fait d'avoir été présente un seul jour par semaine.

2. Présentation de M. Mi

Le contexte thérapeutique étant bien défini, je continuerai avec un exposé de ma première rencontre avec M. Mi. Par la suite, je présenterai son anamnèse, l'historique de

ses symptômes et quelques éléments de réflexions en dehors de la maladie. Celle-ci fera l'objet de la partie suivante.

2.1. Première rencontre

Je rencontre M. Mi pour la première fois pendant le temps d'accueil. A son arrivée, ce patient vient toujours toquer à la porte du bureau pour nous dire bonjour. Il n'attend pas que nous venions à lui. Dans la salle d'accueil, M. Mi reste assis et parle peu spontanément, mais répond de manière adaptée aux sollicitations. M. Mi semble avoir besoin d'un espace relationnel privilégié pour s'exprimer. Il a une posture figée sur sa chaise, et reste attentif à ce qui se passe. Il montre un air sympathique et inspire la bienveillance des autres patients. L'équipe m'explique sa situation. Depuis son récent diagnostic de maladie de Huntington, il ne cherche pas à en connaître davantage sur sa maladie. Il fait des projets inappropriés à ses soins qui vont augmenter et manifeste une certaine « fièvre acheteuse » depuis son héritage, ce qui est source de conflits avec sa curatrice.

2.2. Quelle vie !

M. Mi, âgé de 39 ans, est célibataire et sans enfant. Il est suivi à l'hôpital de jour depuis janvier 2011, après deux hospitalisations consécutives en psychiatrie. La première fait suite à une tentative de suicide dans un contexte d'alcoolémie sévère. Un mois après sa sortie, M. Mi a demandé une hospitalisation de sa propre initiative. Après avoir fait l'objet de divers diagnostics, il apparaît que M. Mi est atteint de la maladie de Huntington, ce qui n'avait pu être anticipé car il a été adopté. J'arrive dans mon lieu de stage plus ou moins au moment de l'annonce de son diagnostic. Nous entamons alors une prise en charge en psychomotricité.

Si l'on reprend la biographie de M. Mi, celui-ci commence à travailler à 16 ans avec un BEP mécanicien. Sa mère décède à ses 17 ans, ce qui entraîne chez lui un premier traumatisme. Entre temps, M. Mi souffre d'alcoolisme chronique depuis ses 15

ans et commence à consommer de la cocaïne vers 20 ans, pour « mieux tenir l'alcool », en plus d'une consommation régulière de cannabis. A 31 ans, en 2007, il est mis à la porte de son domicile par son père qui l'accuse de lui avoir dérobé de l'argent. C'est à ce moment que M. Mi apprend qu'il a été adopté. Cet événement constitue un second traumatisme. Cette année-là, son permis de conduire lui est retiré pour cause de conduite en état d'ébriété. A noter que, dans sa famille adoptive, M. Mi a un frère aîné atteint d'une IMC. Celui-ci est placé dans une institution en Belgique. Son père lui apprend aussi qu'il aurait deux sœurs de sang. Néanmoins, les recherches ultérieures de M. Mi sur sa famille d'origine sont restées infructueuses.

Deux ans plus tard, M. Mi est sans emploi, il est retrouvé sur un pont avec l'intention de se suicider. Il se fait alors hospitaliser en psychiatrie pendant deux mois et demi. Un diagnostic de syndrome dépressif sévère est posé, s'ajoutant à une polyneuropathie⁷. Il manifeste des hallucinations qui régressent vite et semblent d'origine toxique. Sa situation sociale apparaît très précaire : dettes, factures impayées... A l'hôpital, il est sérieux et concentré dans les activités, mais demeure en retrait par rapport aux autres patients. Il montre cependant quelques difficultés avec le cadre, et s'organise pour continuer à fumer du cannabis. Moins d'un mois après sa sortie, M. Mi demande à être hospitalisé car il se sent menacé par des personnes avec qui il est « en affaires » – potentiellement liées à la drogue. Sont alors diagnostiqués une pharmaco-psychose et un trouble de la personnalité de type *border-line*. Quelques semaines plus tard, il fugue de l'hôpital pour rejoindre son amie dans le sud de la France. Leur relation se détériore et il revient en région parisienne.

A partir de là, M. Mi entame un suivi au CMP, puis à l'HDJ. Il est placé sous curatelle renforcée et vit en foyer. En 2012, son père décède des suites d'une maladie d'Alzheimer. Le patient n'avait jusque-là récupéré aucun effet personnel. La seule trace dans son dossier par rapport à son ressenti reste une interrogation sur « *le sens que ça a, d'adopter pour un tel résultat...* » En outre, M. Mi a plusieurs fois tenté de reprendre une activité professionnelle, notamment en ESAT. Néanmoins, depuis qu'il a hérité de son père, il n'a pas de nouveaux projets professionnels. M. Mi manifeste seulement des envies de vacances et d'achats immobiliers. Le foyer était source de nombreuses colères

⁷ La polyneuropathie axonale sensitivo-motrice de l'alcoolisme chronique est due à une carence nutritionnelle, notamment en vitamine B1. Elle associe des douleurs musculaires à des troubles sensitifs et moteurs distaux, liés à une atteinte de la myéline des nerfs périphériques. - site de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie

et disputes, il a donc pris un appartement seul et un système de repas à domicile est mis en place par la mairie depuis fin 2015.

Par ailleurs, un bilan neurologique est demandé en février 2015 sur insistance de l'équipe paramédicale à propos de mouvements choréiques associés à une dysarthrie et des troubles de l'équilibre. La neurologue révèle une maladie de Huntington et infirme la présence d'une polyneuropathie. Cependant, le diagnostique ne lui est révélé qu'en septembre 2015, c'est à dire plus de six mois après. En effet, M. Mi n'avait pas bien compris les raisons de l'inquiétude qui planait autour de lui. Il s'est senti persécuté et a pris des distances avec la structure pendant quelques mois. La neurologue, de son côté, ne lui a expliqué que partiellement les résultats des tests et a mis du temps à nommer réellement la maladie. Néanmoins, depuis l'annonce du diagnostic et avec le soutien de l'équipe, M. Mi semble avoir repris confiance et se montre réceptif aux propositions de soin. L'HDJ est un véritable repère pour lui. Il y investit beaucoup les activités. Il a fait partie du groupe cuisine, et continue de faire des recettes chez lui. Il dira d'ailleurs, pendant le bilan, qu'il apprécie la cuisine. Il mentionnera aussi l'activité tir à l'arc par rapport à sa latéralité. La psychomotricienne accompagnait ce groupe. Actuellement, il vient deux jours par semaines à l'HDJ. Pour finir, j'ajouterai que M. Mi a récemment changé de curatrice. Il nourrissait beaucoup de colère envers sa curatrice initiale. Ce changement paraît source d'apaisement.

Comme la maladie n'a été découverte que longtemps après l'apparition des premiers symptômes, j'ai recherché dans les différents comptes rendus les signes évocateurs, afin de pouvoir retracer un historique des symptômes propres à cette maladie.

2.3. Historique des symptômes

La maladie de Huntington (MH), développée ci-après, présente une symptomatologie en trois domaines : psychiatrique, cognitif et moteur. C'est donc à travers eux que j'exposerai les symptômes de M. Mi, en gardant à l'esprit qu'ils ne sont pas clivés. Certains symptômes peuvent en effet relever de différents domaines. De plus, il est important de souligner qu'on ne peut imputer l'ensemble de ces troubles à la MH. L'histoire de vie de ce patient, ainsi que d'autres facteurs génétiques,

environnementaux et épigénétiques⁸, demeurent non négligeables dans l'appréhension des symptômes.

La présence de troubles psychiatriques et de troubles du comportement a été l'élément déclencheur du parcours de soin de M. Mi. Nous pouvons noter la présence de trouble de l'humeur et particulièrement d'un syndrome dépressif, caractéristique de cette maladie⁹, s'accompagnant d'idées suicidaires et d'un délire de persécution. De plus, M. Mi manifeste une irritabilité avec des accès de colère, notamment lorsqu'il n'arrive pas à rouler sa cigarette. Il se montre impulsif et intolérant à la frustration. Dans ses antécédents, il a déjà menacé plusieurs fois des soignants avec un couteau lorsqu'il était alcoolisé, et il lui arrive régulièrement de casser son portable ou d'autres affaires sous l'énervement. Cependant, il se montre toujours calme lorsqu'il est à l'HDJ. De plus, il manifeste des troubles du sommeil depuis son arrivée, avec une difficulté à l'endormissement et des réveils nocturnes.

Au niveau moteur, M. Mi présente des difficultés à la marche depuis 2009. Il se plaint alors de crampes aux mollets et de douleurs sciatiques d'abord gauches, puis bilatérales. En 2012, il manifeste une aggravation motrice et signale plusieurs chutes chez lui – qui sont mises sur le compte des séquelles d'un alcoolisme chronique pendant 20 ans. A noter que M. Mi n'a jamais manifesté de symptôme de sevrage pendant ses hospitalisations. Des mouvements anormaux des doigts de type choréique¹⁰ sont observés, ainsi qu'une voix irrégulière et saccadée. Il présente aussi des douleurs thoraciques associées à une forte toux et une bronchite chronique. Ses troubles de l'équilibre semblent variables dans le temps. Progressivement, une perte de force musculaire, des chutes et des gestes moins précis sont constatés, ce qui affecte sa vie quotidienne : il fait tomber des objets chez lui, n'arrive pas à rouler ses cigarettes... La conclusion de la neurologue rapporte des mouvements choréiques actuellement très modérés. Il existe un trouble de l'équilibre modéré et une dysarthrie¹¹ stable.

D'un point de vue cognitif, un bilan neuropsychologique effectué en 2015 met en évidence un profil globalement déficitaire avec, au premier plan, des troubles

⁸ Changements dans l'activité des gènes, n'impliquant pas de modification de la séquence d'ADN et pouvant être transmis lors des divisions cellulaires.

⁹ Cf. *infra*. Première partie, « 3.4.3. Les troubles de l'humeur » p.29

¹⁰ Cf. *infra*. Première partie, « 3.4.1. Les symptômes moteurs » p.25

¹¹ « Difficulté de l'élocution non liée à une atteinte des organes de la phonation » (en l'occurrence, elle est due à une atteinte de l'encéphale) – Larousse médical (2012)

mnésiques touchant l'encodage – qui reste possible mais limité – le stockage et la récupération d'informations. A cela s'ajoute une certaine labilité attentionnelle, des troubles praxiques idéatoires¹² ainsi que des troubles neurovisuels évoquant un syndrome de Balint¹³. En outre, on remarque chez ce patient des difficultés d'autonomisation et d'organisation dans la vie quotidienne, notamment par rapport à l'argent et aux transports. Il présente aussi une anosognosie¹⁴ susceptible d'entraîner des comportements à risque.

La maladie de Huntington est une maladie de famille, elle est héréditaire et prévisible. Néanmoins, dans le cas de M. Mi, nul ne pouvait soupçonner l'implication de cette pathologie dans ses troubles. Ces derniers ont donné lieu à une panoplie de diagnostics, justifiés ou non¹⁵.

Avant de procéder à un exposé théorique sur la maladie de Huntington, je développerai succinctement les conséquences potentielles de l'adoption de M. Mi, ainsi que les spécificités de certains troubles en dehors de la chorée.

2.4. Avant la chorée : le mystère des origines, une panoplie de diagnostics

A travers son anamnèse et son comportement, M. Mi semble avoir manqué d'un étayage familial adéquat. Il a commencé à travailler tôt, à 16 ans, et tient à son autonomie. La mise en place de la curatelle a été difficile à concevoir, et il ne semble pas l'accepter totalement. Paradoxalement, il est resté longtemps chez son père, qui l'a mis à la porte à 31 ans. Il est aussi revenu de lui-même se faire hospitaliser, et montre un attachement fort à l'HDJ. Ces faits laissent entrevoir une certaine relation de dépendance aux autres.

¹² « *Perturbation de la réalisation de gestes complexes se manifestant dans l'utilisation d'objets réels.* » – Site de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie

¹³ Le syndrome de Balint associe une apraxie optique (motricité), une ataxie optique (coordination) et une simultagnosie (incapacité à voir deux choses à la fois)

¹⁴ « *Incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint.* » – Larousse médical (2012)

¹⁵ Par exemple, la polyneuropathie avait été diagnostiquée sans examen neurologique, puisqu'elle a été infirmée par la neurologue.

Pour en revenir à l'adoption, il est pensable que la séparation précoce avec sa mère biologique ait pu engendrer des troubles des interactions précoces chez M. Mi. Donald W. Winnicott décrit trois fonctions¹⁶ de la mère « suffisamment bonne » :

- Le *holding* (maintien) aussi bien physique que psychique, permet l'intégration du *self*, c'est à dire la conscience de soi.
- Le *handling* (maniement), c'est à dire les soins quotidiens, favorise l'impression de résidence de la psyché dans le corps.
- L'*object-presenting* est la manière dont la mère va présenter l'objet à son enfant, et instaure les prémices de l'établissement de la relation d'objet.

Tandis qu'un bon Holding est la base de la confiance en soi, du développement affectif et de la personnalité, un holding insuffisant est la source d'un sentiment d'insécurité et d'une interruption du sentiment de continuité d'existence¹⁷. Cette expérience traumatique que Winnicott nomme « l'agonie primitive »¹⁸ marquera l'individu tout au long de sa vie, notamment à travers l'expression d'une dépendance à l'autre.

Pour autant, ces troubles des interactions précoces ont pu entraîner chez M. Mi une réaction de défense sur le mode de l'hypertonie. Suzanne Robert-Ouvray suggère que cette défense remplit une fonction de pare-excitation tonique physiologique qui double la fonction maternelle relationnelle¹⁹. Mais l'hypertonie est aussi un frein à l'exploration sensorielle. Elle se couple avec la projection, c'est à dire l'attribution de nos propres ressentis à l'autre²⁰. La personne reste alors dans une assimilation périphérique, protégeant son centre des afférences extérieures par cette enveloppe hypertensive. Elle se sent persécutée, se clive de ses sensations corporelles internes, ce qui peut entraîner des difficultés d'adaptation. La pathologie neurologique de M. Mi implique d'importants troubles du tonus. Il est difficile de discerner ce qui est lié à la MH ou à son expérience de vie, mais nous pouvons supposer qu'une hypertonie physiologique peut aussi engendrer des mécanismes de défense sur le mode de la

¹⁶ Donald W. Winnicott, 1987, p.61-62

¹⁷ *Ibid.* p.93-94

¹⁸ *Ibid.* p.60

¹⁹ Robert-Ouvray, 2007, p.159

²⁰ *Ibid.* p.155

projection. Toujours est-il que M. Mi se met vite en colère lorsque quelque chose ne se passe pas comme il veut. Il est impulsif et son anamnèse fait part de plusieurs situations à risque – pour lui et pour les autres.

En plus des diagnostics de dépression et d'état limite, le parcours de vie de M. Mi est marqué par l'alcoolisme et la toxicomanie. L'addiction réfère aux pathologies de l'agir.

« Les conduites addictives sont centrées sur le corps propre. Ces pratiques ont en commun la répétition d'un acte où le corps est mis en jeu dans son intégrité, ses limites. Le sujet à travers son comportement, transgresse les lois, qu'elles soient civiles, religieuses, ou biologiques, pour en chercher les frontières. »²¹

L'alcoolisme modifie grandement les représentations du corps propre et du corps de l'autre. Par ailleurs, la toxicomanie est souvent liée à un dysfonctionnement interactionnel précoce. « L'attitude maternelle laisse le futur toxicomane dans une position empêchant un véritable négociation du processus de séparation-individuation. »²² Les effets du toxique sont alors vécus comme une « prothèse psychique » du lien maternel²³, tandis que l'implication vitale du corps représente une tentative d'exister, de se connaître et de se reconnaître²⁴.

Pour en revenir aux diagnostics, le ralentissement psychomoteur inhérent au syndrome dépressif fige le corps dans une inertie et une passivité. Cette affection est une attaque du lien somatopsychique. La relation à l'autre se construit sur une dévalorisation de soi et une neutralisation affective. « Le corps du déprimé est à la fois appel et mise à distance de l'autre. Le corps est vécu comme ayant perdu toute capacité d'être agréable, source de plaisir. »²⁵

Finalement, les symptômes des états limites regroupent entre autre la tendance à l'agir, la dépression et les conduites addictives²⁶. L'angoisse est au centre de la symptomatologie et le sujet tente par tous les moyens de combler sa sensation de vide. L'état limite est avant tout une pathologie de la relation à l'autre, qui s'établit sous le signe de la dépendance marquée d'agressivité.

²¹ Pierre André, Thierry Bénavidès & Françoise Giromini, 2004, p.93

²² *Ibid.* p.102

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.* p.93

²⁵ *Ibid.* p.84

²⁶ *Ibid.* p.118-121

Nous avons pu constater que M. Mi a été livré à lui-même et rejeté par sa famille adoptive. Il a vécu de multiples traumatismes. Ces divers diagnostics n'ont pas été posés sans raison. L'intrication de multiples troubles doit donc être prise en compte dans la manière de comprendre M. Mi. Néanmoins, il s'agit de limiter au maximum les *a priori*, notamment au cours du bilan psychomoteur.

Avant de décrire le déroulement de ce bilan en deuxième partie de mémoire, je définirai de manière précise son affection principale, encore mal connue : la maladie de Huntington.

3. La maladie de Huntington

En 1872, dans une petite ville des Etats-Unis nommée East Hampton, le médecin George Huntington décrit pour la première fois les signes d'une maladie qui portera son nom, faisant état de son caractère *héréditaire*²⁷. L'affection s'avère en effet autosomique dominante, c'est à dire qu'un parent atteint a une chance sur deux de la transmettre à son enfant, et que toute personne porteuse du gène muté finira par déclarer la maladie. Le gène fut localisé en 1983 sur le chromosome 4 et identifié précisément en 1993²⁸, ouvrant la voie aux diagnostics prédictif et prénatal. La maladie touche indifféremment les femmes et les hommes. C'est une maladie rare affectant environ une personne sur 10 000 dans les pays européens et de descendance européenne (Etats-Unis, Canada, Australie)²⁹. Elle semble moins répandue en Afrique et en Asie. On compte 6000 personnes atteintes de la MH en France, et 30 000 individus à risque³⁰.

La maladie de Huntington se déclare généralement chez des personnes âgées de 35 à 40 ans. Elle compte 10% de formes juvéniles (avant 20 ans) et 15% de formes tardives (après 60 ans). L'espérance de vie des personnes atteintes est de 15 à 20 ans en moyenne après l'apparition des premiers symptômes ; cette durée demeure très variable. Habituellement, le décès survient suite à une « fausse route », un trouble infectieux

²⁷ Pierre Krystkowiak & Christine Tranchant, 2013, p.26.

²⁸ Kathy Dujardin & Luc Defebvre, 2007, p.150

²⁹ Krystkowiak & Tranchant, *op. cit.* p.28-30

³⁰ *Ibid.*

(pneumopathie) ou cardiovasculaire, résultant de « l'affaiblissement de la gestion de l'organisme par le cerveau »³¹. Le risque de suicide est aussi important.

La MH est une maladie neurodégénérative affectant le système nerveux central, spécifiquement le striatum, structure appartenant aux noyaux gris centraux. Je continuerai avec une description fonctionnelle des structures cérébrales impliquées afin de comprendre les enjeux neurologiques de cette pathologie et de ses symptômes. J'exposerai ensuite les causes de la MH et ses manifestations cliniques.

3.1. Que sais-je sur les noyaux gris centraux ?

Les noyaux gris centraux (NGC), ou ganglions de la base, participent aux boucles cortico-sous-corticales afin d'ajuster au mieux le comportement de l'individu par rapport à son but à atteindre.

« Au niveau moteur, le rôle principal des noyaux gris centraux est d'exécuter des programmes moteurs élémentaires déjà acquis qui s'enchaînent ou s'associent correctement à la fois dans leur chronologie et leur expression (intensité de l'activité musculaire, amplitude et direction du mouvement). L'ensemble de cette stratégie constitue le plan moteur. »³²

Par ailleurs, les NGC exerceraient le même type de régulation au niveau cognitif. Ils ont aussi un rôle important dans l'acquisition de comportements nouveaux.

Deux grands systèmes de projections relient les composantes des NGC (*cf.* schéma annexe I, schéma 1) :

- 1) **la voie directe** : le striatum inhibe le GPi et la SNr, stoppant l'inhibition de ceux-ci sur le thalamus, il y a donc *une inhibition de l'inhibition* entraînant une **activation du thalamus et du cortex**.
- 2) **la voie indirecte** : le striatum inhibe le GPe qui, par conséquent, n'inhibe plus le NST. Celui-ci active le GPi et la SNr qui **inhibent le thalamus, et donc le cortex**.

³¹ *Ibid.* p.28

³² *Ibid.* p.6-7

Ces phénomènes d'activation, d'inhibition, et de rétroaction complexes permettent d'activer la commande motrice tout en réajustant la posture, l'équilibre, le tonus d'attitude et les composantes du projet moteur. En outre, ils sont impliqués dans les processus cognitifs et émotionnels du comportement. Les NGC se révèlent fondamentaux pour l'adaptation de l'individu à son environnement. Le striatum se trouve au cœur de ces mécanismes.

3.2. Zoom sur le striatum

Le striatum peut se diviser en deux parties, motrice et associative, chacune impliquée dans un circuit « en fourche »³³. D'une part, il reçoit des afférences du *cortex pré moteur* et de l'*aire motrice primaire*. Il leur renvoie alors des projections via les NGC et le thalamus : ce sont les étapes relatives à l'accomplissement du projet moteur.

D'autre part, le striatum reçoit des afférences du *cortex préfrontal dorsolatéral*, impliqué dans les contrôles cognitifs de l'action, mais aussi des *cortex associatifs* pariétal et temporal, des régions corticales impliquées dans le traitement des *informations sensorielles*, et participe en retour à la mémoire de travail, la sélection de plan d'action et l'attention. En outre, il reçoit des projections en provenance du *cortex limbique*, de l'*hippocampe* et de l'*amygdale*, qui lui fournissent des informations sur la signification sociale, émotionnelle et motivationnelle du but escompté, ainsi que sur la différence entre le résultat attendu et obtenu³⁴.

Le striatum a donc une influence bien plus large que le seul domaine de la motricité. Nous pouvons entrevoir tous les processus affectés par un dysfonctionnement de cette structure.

3.3. Huntingtine, Huntington et striatum

Le gène responsable de la MH code normalement pour une protéine appelée

³³ Cf. annexe I, schéma 2

³⁴ Dujardin & Defebvre, *op. cit.*, p.10

huntingtine. Celle-ci aurait un rôle protecteur sur le cerveau ; sa fonction précise demeure mal connue³⁵. Chez les sujets atteints, ce gène a subi une mutation : il y a une répétition anormale d'un triplet de nucléotides³⁶ CAG (cytosine-adénine-guanine) qui rend la protéine mutée toxique pour les cellules. Les mécanismes de cette toxicité ne sont pas encore bien élucidés (excitotoxicité des cellules, interférence avec d'autres protéines³⁷).

La dégénérescence cellulaire touche principalement les neurones striataux du noyau caudé et du putamen, affectant les mécanismes inhibiteurs de la voie indirecte. Ce phénomène amplifie l'action excitatrice du thalamus sur le cortex moteur et serait responsable des mouvements involontaires choréiques³⁸. Un schéma représentatif est disponible en annexe II.

Aussi, la perte neuronale progressive intéresse d'autres structures liées au striatum telles que le *globus pallidus*, la substance noire réticulée, le cervelet et le cortex préfrontal³⁹. Enfin, la MH entraîne petit à petit une atrophie de toutes les structures du cerveau⁴⁰.

3.4. Une triade symptomatique

Jimmy Pollard, éducateur spécialisé américain, s'impose comme une référence incontournable en matière de MH. Dans son *Manuel pour les aidants*, il écrit : « La notion d'une triade clinique est un prisme qui vous aide à voir toutes les couleurs et nuances de tous les facteurs contributifs : les troubles cognitifs, les troubles moteurs et les troubles de l'humeur. »⁴¹ En effet, trois types de symptômes sont dissociables, bien qu'ils demeurent intriqués les uns aux autres. Les manifestations cliniques se lisent couramment de différentes manières, à l'instar de l'*apathie*⁴², appréhendée à la fois comme un signe cognitif et/ou psychiatrique.

³⁵ Krystkowiak & Tranchant, *op. cit.*, p.26

³⁶ Élément de base de l'ADN

³⁷ Dujardin & Defebvre, *op. cit.*, p.150

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Krystkowiak & Tranchant, *op. cit.*, p.28

⁴¹ Jimmy Pollard, 2008, p.10.

⁴² Etat global d'inertie, d'indifférence émotionnelle, de perte de désir et d'absence de réaction aux stimulations.

Les signes annonciateurs de la maladie peuvent se manifester par un changement de personnalité, une irritabilité ou une apathie ; une maladresse gestuelle (fait tomber des objets), des petits mouvements incontrôlés des doigts ou des orteils, de légères pertes d'équilibre ; des étourderies, oublis ou troubles de l'attention affaiblissant les capacités de concentration, notamment au travail. Généralement, les symptômes prédominants au début resteront au devant de la scène tout au long de la maladie. Par ailleurs, chaque MH est unique⁴³ et varie considérablement d'un individu à l'autre, également au sein d'une même famille.

3.4.1. Les symptômes moteurs

Anne Catherine Bachoud-Levy, neurologue et coordinatrice du centre de référence de la MH, décrit trois principaux signes moteurs⁴⁴ :

- les mouvements anormaux de types choréiques, c'est à dire des gestes rapides, brusques, anarchiques et involontaires, qui se majorent dans un premier temps puis diminuent à un stade plus tardif, lorsque la rigidité s'amplifie⁴⁵.
- les dystonies, contractions musculaires anormalement longues qui confèrent aux patients des postures anormales, ainsi qu'un ralentissement de la motricité volontaire, ou bradykinésie, parfois masqué par les mouvements choréiques⁴⁶. Par exemple, chez M. Mi, on observe une inclinaison du corps avec une épaule plus haute que l'autre, typique de la MH⁴⁷.
- les troubles de l'équilibre entraînent une difficulté évoluant vers une impossibilité de marcher. Les personnes atteintes peuvent avoir une démarche ébrieuse. L'alcoolisme de M. Mi a donc pu couvrir ses symptômes pendant une certaine période.

De plus, les troubles moteurs touchent la face et sont responsables de ce que Pollard nomme « le masque Huntington »⁴⁸. Le patient montre un visage amimique, lié

⁴³ Pollard, *op. cit.*, p.9

⁴⁴ Anne Georget, 2006, troisième minute

⁴⁵ Dujardin & Defebvre, *op. cit.*, p.151 ; Krystkowiak & Tranchant, *op. cit.*, p.32

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Pollard, *op. cit.*, p.59

⁴⁸ Cf. annexe III

à une « impersistance motrice »⁴⁹, avec notamment des anomalies oculomotrices. En outre, il manifeste une dysarthrie, des troubles de la déglutition et une apraxie bucco-linguo-faciale⁵⁰, ainsi qu'une dysphagie. Le « masque Huntington » est une réelle entrave à la vie relationnelle, comme le montre cet extrait de *Dépêche-toi... et attends !*⁵¹ :

« Nous établissons un contact visuel quand nous parlons avec les gens. Lorsque c'est à notre tour d'écouter, de très petites contractions de nos muscles faciaux indiquent que nous portons attention à ce qui est dit. Ces contractions minuscules des muscles du front et des muscles situés autour de la bouche et des yeux sont maintenues jusqu'à ce que ce soit notre tour de reparler. [...] Nous rassurons ainsi nos interlocuteurs en montrant que nous sommes intéressés et participons pleinement aux conversations. 'L'impersistance motrice' est un trouble moteur de la MH. Au fur et à mesure qu'elle progresse, les gens peuvent avoir de la difficulté à maintenir leurs muscles contractés. [...] Ces signes physiques ne sont plus présents pour indiquer son intérêt face à votre conversation. »

La notion de masque fait écho aux incohérences que j'ai pu ressentir avec M. Mi. Par exemple, il peut montrer un visage crispé et dire que tout va bien. Cette métaphore me permet d'adapter ma perception à cette « carence de signaux expressifs » dont j'ai pris conscience, afin de voir la personne qui s'exprime *au-delà du masque*.

3.4.2. Les symptômes cognitifs

Bien que l'attention des chercheurs se soit longtemps focalisée sur les aspects moteurs de la MH, Pollard⁵² considère que les symptômes les plus invalidants sont les troubles cognitifs, souvent source de comportements difficiles.

L'auteur a une façon intéressante de classifier les troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives généralement décrits à propos de la MH⁵³. C'est une manière de représenter concrètement ces processus qui provoquent « une

⁴⁹ Pollard, *op. cit.*, p.60

⁵⁰ Dujardin & Defebvre, *op. cit.*, p.151 ; Krystkowiak & Tranchant, *op. cit.*, p.33

⁵¹ Pollard, *op. cit.*, p.60

⁵² Ibid. p.7

⁵³ Dujardin & Defebvre, *op. cit.*, p.152 - 154

modification de la façon de penser »⁵⁴ au quotidien. Ils sont synthétisés dans le tableau ci-dessous :

Les aspects cognitifs de la MH provoquentdes changements de la condition cognitive
<ul style="list-style-type: none"> • Ralentissement du processus de la pensée • Plus grande facilité à reconnaître plutôt qu'à se rappeler • Difficulté à alterner et à rester concentré • Difficulté à organiser et à planifier • Difficulté à patienter (ne peut attendre) 	<ul style="list-style-type: none"> • Attention portée exclusivement au moment présent • Apathie • Irritabilité

*Fig. 1 : aspects cognitifs de la MH et leurs répercussions sur le comportement.
Extrait de Jimmy Pollard, 2006, p.46*

La communication entre les cellules étant entravée, certains automatismes acquis nécessitent de plus en plus de concentration. Cela a deux conséquences : une augmentation du délai de réponse et une démotivation pour les activités quotidiennes, car elles mobilisent plus d'énergie qu'avant⁵⁵. Ainsi, les conversations sont moins fluides et il est nécessaire d'attendre un certain temps avant d'obtenir une réponse. A noter que les délais de réponse semblent réguliers pour chaque patient⁵⁶. Par ailleurs, la présence d'une impulsivité peut contraster avec ce ralentissement.

Les patients MH n'auraient pas véritablement de perte de souvenir. D'après Pollard, les troubles de la mémoire proviennent de la difficulté à y avoir accès efficacement, à organiser leurs idées, et à les exprimer⁵⁷. C'est pour cela qu'ils sont meilleurs dans la reconnaissance que dans le rappel.

La difficulté à alterner est liée à la flexibilité mentale. Les personnes atteintes de

⁵⁴ Jimmy Pollard, *op. cit.*, p.11

⁵⁵ *Ibid.* p.16

⁵⁶ *Ibid.* p.19

⁵⁷ *Ibid.* p.24

la MH ont peu accès à l'attention divisée. Il leur est laborieux d'inhiber une réponse en présence d'interférences cognitives⁵⁸, c'est à dire d'autres stimuli que celui sur lequel ils doivent se concentrer. Par conséquent, ils ont à la fois du mal à faire deux choses en même temps, et ont tendance à s'attarder constamment sur les mêmes choses. Il s'agit pour nous de tenir des propos structurés, et de réduire au maximum les distracteurs⁵⁹.

L'incapacité à mettre en ordre leurs idées est sans doute particulièrement épuisante pour les malades. Les difficultés à organiser, hiérarchiser, planifier sont d'autant plus perturbantes qu'elles demeurent invisibles à l'extérieur. Les patients manifestent alors un défaut de jugement et accordent une importance sélective aux évènements à court terme, sans considérer les conséquences ultérieures. Ce phénomène est à comprendre comme une manière de s'adapter et de repousser la surcharge cognitive⁶⁰.

De plus, une atteinte des aires prémotrices, où se situent entre autre les neurones miroirs, altère les capacités d'empathie⁶¹. Le patient ne reconnaît plus correctement les émotions d'autrui, ce qui donne lieu à des quiproquos. Par ailleurs, cela atteint aussi sa perception du mouvement de l'autre. Le malade n'arrive plus à anticiper correctement les comportements de son entourage.

Enfin, la difficulté à patienter provient d'un défaut d'inhibition et de contrôle des impulsions. La personne ne perçoit pas la globalité de la situation.

« Les éléments physiques créent un masque. Les éléments cognitifs mettent un voile sur ce masque, de sorte qu'il est encore plus difficile de reconnaître la personne qu'elle est. »⁶²

En outre, j'ajouterai que les patients manifestent une anosognosie : ils n'ont pas ou peu conscience de leurs troubles, y compris de leurs mouvements choréiques. Cela fait qu'ils ne cherchent pas forcément à consulter ou à en savoir davantage sur leur maladie. C'est le cas de M. Mi, qui pose peu de questions. Il parle de ses difficultés dans la vie quotidienne mais montre très peu de capacités d'introspection.

⁵⁸ *Ibid.* p.31

⁵⁹ *Ibid.* p.33

⁶⁰ *Ibid.* p.48

⁶¹ Anne Baudier, 2008, p.12-16

⁶² *Ibid.* p.61

3.4.3. Les troubles de l'humeur

Les classifications parlent de troubles du comportement, de symptômes psychiatriques, ou de troubles de l'humeur. Les principales affections relatives à la MH sont la dépression, l'apathie, l'anxiété, l'irritabilité voire l'agressivité, auxquels s'ajoutent des troubles du sommeil, une absence de sociabilité et une accentuation des conduites addictives⁶³.

Les patients peuvent parfois manifester des productions délirantes avec hallucinations, des états paranoïaques, et plus fréquemment des troubles obsessionnels compulsifs⁶⁴. Cependant, ces phénomènes restent liés au déclin cognitif⁶⁵.

Par ailleurs, les patients atteints de la MH ont généralement un très grand appétit, qui contraste avec un amaigrissement caractéristique dont les causes demeurent inconnues⁶⁶. On retrouve d'ailleurs cet intérêt pour la nourriture chez M. Mi.

3.5. Quel regard ?

Dans le cas de M. Mi, les symptômes psychiatriques ont commencé très tôt. Appartiennent-ils à la pathologie ou sont-ils le fruit de son histoire ? Prémices annonciateurs d'une maladie dite « de famille », en l'occurrence imprévisible, ou conséquences psychologiques de facteurs environnementaux et familiaux : ces symptômes font partie de sa vie. Sous un éclairage théorique, quel regard a-t-on sur une personne, sur ce qui lui appartient ou ce qui dépend de sa maladie ?

D'un côté nous avons Pollard pour qui le « déguisement Huntington » n'est qu'une illusion⁶⁷ qui masque la vérité des sentiments. Le caractère profond de la personne serait en réalité inchangé. De l'autre, nous entendons Alain, aidant familial, qui le contredit en affirmant : « Mais ce n'est plus seulement un masque pour Marie !

⁶³ Dujardin & Defebvre, *op. cit.*, p.156-158 ; Krystkowiak & Tranchant, *op. cit.*, p.33

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ Dujardin & Defebvre, *op. cit.*, p.157

⁶⁶ Chantal Dutems-Carpentier, 2015, *Cours de neuro-psychomotricité « La maladie de Huntington »*, Université Paris VI, notes personnelles

⁶⁷ Pollard, *op. cit.*, p.62

Ce n'est plus la même personne, ce n'est plus la même personne... »⁶⁸

Une autre question s'est posée pour moi lors du bilan psychomoteur. Je me suis rendue compte de toute la difficulté à déterminer ce qu'on doit dire ou pas de ce qu'on observe en tant que thérapeute, notamment lorsque le patient ne manifeste aucune curiosité et croit avoir tout réussi. En effet, la perte des capacités d'introspection, notamment due à l'implication du cortex préfrontal⁶⁹ dans sa pathologie, le coupe et le protège à la fois de ses propres difficultés.

Catherine, une aidante familiale ayant accompagné trois générations de personnes atteintes dans sa famille⁷⁰, exprime son opinion à propos de l'anosognosie et du fait de vouloir dire au patient ce qu'on perçoit de lui : « Ce qu'il faut se demander, insiste fortement Catherine, ce n'est pas comment ces personnes se regardent elles-mêmes mais comment nous les regardons. »⁷¹ Un texte disponible en annexe IV permet de situer sa manière d'aborder la pathologie.

3.6. Les traitements

Ceci nous amène à la question des traitements et de l'attitude à avoir face à cette affection. A ce jour, aucun traitement curatif n'a été trouvé contre la maladie de Huntington. Les espoirs s'orientent vers les recherches concernant la thérapie génique ou la greffe de neurones fœtaux. Autrement, la prise de neuroleptiques permet d'atténuer les mouvements choréiques lorsqu'ils sont invalidants. Les antidépresseurs et autres psychotropes agissent sur les symptômes psychiatriques et ont considérablement amélioré la qualité de vie des patients. Néanmoins, ces médicaments peuvent aussi avoir des effets indésirables à long terme, et aggraver les symptômes initiaux. En l'occurrence, M. Mi a trois médicaments à prendre : un antidépresseur – inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine – et deux antipsychotiques contenant respectivement de l'olanzapine et de la risperidone. Les effets secondaires de ces neuroleptiques ressemblent fortement aux troubles moteurs de la MH. Ils ont des effets

⁶⁸ Ding ding dong, 2015, p.37

⁶⁹ Bernard F. Michel, 2014, p.22

⁷⁰ Ding ding dong, *op. cit.*

⁷¹ *Ibid.* p.58

extra-pyramidaux évoquant le syndrome parkinsonien : bradykinésie, rigidité, tremblements, mais aussi mouvements involontaires répétitifs, anosognosie et impatience motrice⁷².

Outre les traitements médicamenteux, des prises en charge en orthophonie et en kinésithérapie sont préconisées, ainsi que le suivi par une assistante sociale. Par ailleurs, les patients ont la possibilité de passer des séjours thérapeutiques au Centre marin de Hendaye, spécialisé dans cette pathologie. De manière générale, les activités physiques ont une action bénéfique sur les patients.

« Comment expliquer un tel phénomène ? C'est pour l'instant une énigme, mais nous faisons l'hypothèse que, comme pour l'eau qui est également souvent mentionnée ou encore le vélo ou la vitesse impulsée par la course, le mouvement tiers apporté par ces pratiques incarne une sorte de partenaire stabilisant. Comme si le fait de devoir composer physiquement avec ce tiers – eau, vélo, cheval, danse, tai chi, déséquilibre apparent lié à la dynamique de la course, etc. – contraignait à fabriquer un nouvel équilibre. »⁷³

La psychomotricité, encore peu accessible à ces patients, faute d'indication et de recrutement, tend à se développer dans le monde Huntington. Ses effets bénéfiques sont mis en avant dans le *Rapport qualitatif* de l'Institut de coproduction de savoir sur la maladie de Huntington, autrement nommé « Ding ding dong »⁷⁴. A présent, je proposerai une lecture psychomotrice de la maladie de Huntington, suivie de la place de la psychomotricité dans la prise en charge.

3.7. Psychomotricité et MH

3.7.1. Une maladie psychomotrice

La maladie de Huntington touche à la fois le psychisme, les facultés cognitives et la motricité du sujet. C'est une atteinte globale de la psychomotricité du sujet, entravant son identité⁷⁵. Elle entraîne des modifications importantes du corps et de sa perception

⁷² André, Bénavidès & Giromini, *op. cit.*, p.137-138

⁷³ Ding ding dong, *op. cit.*, p.100

⁷⁴ *Ibid.* p.167

⁷⁵ Chantal Dutems-Carpentier in *Personne M.*, 2011, p.61-67

par le patient. Celui-ci perd progressivement le contrôle de sa motricité volontaire, notamment avec des manifestations involontaires importantes et une hypertonie de fond⁷⁶. Le dessin du bonhomme de M. Mi lors du bilan montre d'ailleurs une négation du corps qui fait écho à cette citation de Maëlle Faget :

« Le corps fait 'obstacle' il est comme un 'fardeau' car il n'est vécu que sur un registre de tensions [...]. Ce corps n'est plus que douleur comme s'il ne leur appartenait plus, s'il ne le maîtrisait plus. Ce vécu négatif du corps entraîne une perturbation du vécu corporel et une atteinte de l'identité. »⁷⁷

La frustration ressentie entraîne « une augmentation des tensions » qui ne peut s'extérioriser que par « le mouvement et le langage »⁷⁸, deux modalités perturbées dans la MH. Cette atteinte à l'expression psychomotrice du sujet est susceptible de majorer les tensions ne trouvant pas de résolution psychique. C'est un cercle vicieux dans lequel une thérapie à médiation corporelle s'avère primordiale. De plus, nous pouvons poser l'hypothèse que les mouvements involontaires, évoquant la motricité désorganisée du nourrisson, peuvent être ressentis comme une effraction de l'enveloppe corporelle. Les parties du corps ne sont plus solidement maintenues les unes avec les autres. Dans ce registre, la rigidité peut être perçue comme une tentative de contenance face à une enveloppe corporelle défaillante⁷⁹.

Le patient subit une triple perte de repères familiaux, spatio-temporels et psychocorporels⁸⁰. Il se retrouve souvent isolé ; sa famille peut avoir peur d'être confrontée à cette maladie qui représente une épée de Damoclès. Dans le cas de M. Mi, on peut se demander si cela a un rapport avec le fait qu'il ait été abandonné par ses géniteurs. Les mouvements désorganisés déstructurent l'esprit et provoquent une rupture du lien somato-psychique⁸¹. Les personnes atteintes de cette pathologie sont aussi très perméables à l'environnement. Les difficultés relationnelles engendrées sont une grande source de frustration qui aggrave les mouvements choréiques.

⁷⁶ Maëlle Faget, 2015, p.43

⁷⁷ *Ibid.* p.45

⁷⁸ Maëlle Faget citant Fradet-Vallée Y., 2015, p.44

⁷⁹ Chantal Dutems-Carpentier, 2015, *Cours de neuro-psychomotricité « La maladie de Huntington »*, Université Paris VI, notes personnelles

⁸⁰ Sophie Bednarek in Giromini F., Albaret J.-M. & Scialom P., 2015, p.304-305

⁸¹ *Ibid.*

3.7.2. Les axes thérapeutiques

« L'enjeu de la prise en soins va être de remettre le patient en cohérence avec lui-même en se basant sur ce qu'il aime. [...] Il s'agit d'un véritable temps privilégié de soins relationnels. Réciproquement, le corps relationnel devient source de bien-être psychocorporel. »⁸²

Les axes principaux mis en évidence par Sophie Bednarek se rapportent au corps en mouvement, au tonus, à l'unité corporelle, ainsi qu'au sentiment d'utilité et au travail de deuil.

Le suivi psychomoteur en tout début de maladie, permet de faire connaissance avec la personne autonome et d'accompagner l'évolution de son identité vers la dépendance⁸³. Il s'agit en première intention de restaurer les capacités d'échange avec le patient. Pour accompagner le deuil et la renarcissisation, il faut rester dans une écoute active et une validation de ses émotions et ressentis⁸⁴. La relaxation et le toucher thérapeutique sont conseillés pour améliorer la régulation tonique, la sensation de contenance, et le dialogue tonico-émotionnel. Ce travail d'entrée en relation corporelle favorise le recentrage de toutes les parties du corps afin d'en faire à nouveau un tout⁸⁵. Enfin, le corps dans l'espace, la sensorialité, la proprioception, l'axe corporel, l'équilibre et les coordinations sont des éléments à ne pas négliger. Ils peuvent être travaillés à travers des parcours moteurs, de la conscience corporelle autour des appuis, de la verticalité et de l'enroulement-redressement⁸⁶. Je développerai ultérieurement la pertinence du flamenco par rapport à ces axes, notamment par rapport à la structuration psychocorporelles. En outre, un étayage visuel, verbal, auditif et olfactif supplémentaire est conseillé⁸⁷.

Pour conclure, les séances de psychomotricité offrent « un espace privilégié de rencontre du corps abîmé mais accepté par l'autre »⁸⁸ susceptible d'améliorer la qualité de vie du patient.

⁸² *Ibid*, p. 308

⁸³ Dutems-Carpentier, *op. cit.*

⁸⁴ Bednarek, *op. cit.*

⁸⁵ Dutems-Carpentier, *op. cit.*

⁸⁶ Bednarek, *op. cit.*

⁸⁷ *Ibid*.

⁸⁸ Dutems-Carpentier, *op. cit.*, p.66

4. Retour sur les enjeux d'une rencontre thérapeutique

Quatre stagiaires en psychomotricité ont analysé le cheminement de la rencontre avec un patient⁸⁹. Il semble que celle-ci soit l'aboutissement aux termes de plusieurs rencontres : avec l'institution, avec la maladie, avec soi-même face à la maladie et enfin, avec le patient, porteur d'une histoire singulière.

Lorsque je vois M. Mi pour la première fois, je suis en pleine découverte de l'institution. A l'hôpital de jour, il y a rarement des états de crises tels qu'on peut en voir en intra-hospitalier. Les patients sont tous à peu près stabilisés et, lorsque nous ne connaissons pas cet environnement, la pathologie n'est pas toujours visible d'emblée. J'ai dû reconsidérer mes préjugés afin de me laisser imprégner par l'ambiance de l'institution, par sa temporalité, ses espaces, les patients et les professionnels qui l'animent.

Lorsqu'on m'a parlé du diagnostic de M. Mi, j'ai aussi développé tout un imaginaire sur cette pathologie. J'ai d'abord été surprise de me retrouver face à ce genre de maladie, dans cette institution, puis j'ai eu l'impression que ce n'était pas le lieu approprié pour lui fournir des soins.

La maladie de Huntington est une maladie impliquant un panel de troubles à la croisée de multiples disciplines médicales. Cela fait de cette maladie rare un véritable défi pour les services de santé. Après tout, pourquoi M. Mi ne serait-il pas bien dans cette structure ? Petit à petit, je suis sortie de ma dichotomie. J'ai compris à quel point l'HDJ est en réalité un socle fondamental pour l'accès aux soins de M. Mi.

Ainsi, j'ai dû prendre du recul sur ma manière de voir les choses, mes idées reçues sur les structures, et sur la pathologie de M. Mi, pour être disponible et enfin rencontrer réellement cette personne. Quand est-ce que cela s'est produit ? Je ne pourrais le dire exactement. Néanmoins, le bilan psychomoteur fut certainement le premier palier d'une nouvelle relation. C'est donc par cette seconde rencontre que je commencerai la partie suivante.

⁸⁹ Magali Barrou, Damien Doleux, Anne Métral, Sabrina Moulins & Sylvie Tissot, 2003, p.60.

DEUXIEME PARTIE

QUAND LE FLAMENCO S'EN MELE :

DES CORPS EN RELATION

« Alors je lui dis, oui, oui, oui ! (rires) Oui, oui parce que c'est de la vie. Bon peut-être qu'elle va tomber, peut-être qu'il va y avoir des problèmes (...) mais c'est la vie. La vie c'est le risque. »⁹⁰

⁹⁰ Catherine, aidante familiale, cf. annexe IV

1. Bilan de M. Mi et axes thérapeutiques

1.1. Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur de M. Mi se déroule sur quatre séances d'une demi-heure. Au début de mon stage, j'apprends tout juste les spécificités de la MH. Je ne m'attendais pas à rencontrer ce type de pathologie en psychiatrie adulte. J'entreprends alors un bilan complet pour explorer les capacités d'adaptation psychomotrice de ce patient.

Par ailleurs, il existe une échelle complète adaptée à la MH : l'*Unified Huntington's Disease Rating Scale* (UHDRS). Celle-ci évalue quatre domaines : les fonctions motrices, les fonctions cognitives, les anomalies du comportement et les capacités fonctionnelles⁹¹. Certains items, notamment de la section motrice, seraient intéressants à intégrer dans le bilan psychomoteur ; par exemple, afin d'améliorer le suivi évolutif des troubles.

Lors de la première séance, M. Mi exprime sa colère contre un conducteur de bus qui l'avait interpellé la veille. Il a alors fini dehors avec son sac de nourriture KFC percé à cause de la pluie. Il répète cela plusieurs fois dans la matinée. Il ajoute « c'était mieux avant la chorée ». M. Mi a déjà pratiqué plusieurs sports : foot, karaté, ping-pong, vélo, bien qu'il n'exerce actuellement aucune activité extérieure à l'HDJ. Il évoque des douleurs au mollet gauche et aux genoux lorsqu'il marche beaucoup. Il a tendance à mettre tous ses troubles sur le compte de la chorée. Il exprime ses ressentis généralement avec le mot « mieux » (avant, après, avec). Il dit qu'avant il pouvait décider de l'heure à laquelle il se réveillait, sans mettre de réveil. M. Mi est gourmand et apprécie la cuisine – il a d'ailleurs fait partie de l'activité cuisine à l'HDJ. De plus, il dit avoir été souvent en vacances en Espagne et affectionne particulièrement ce pays. Il a aussi pratiqué la batterie dans un groupe quand il était jeune.

Au niveau des épreuves, M. Mi est attentif à ce qu'on lui demande. Il participe volontiers. Il ne perçoit pas ses erreurs aux tests et assure qu'ils sont faciles. En outre, M. Mi se montre suggestible et il est difficile de savoir ce qu'il ressent vraiment. Je suis

⁹¹ Huntington Study Group, 1996, p.136

en difficulté pour bien le comprendre, à cause de sa dysarthrie d'une part, et parce qu'il s'exprime sans contextualiser ses propos d'autre part.

De plus, il mentionne une fracture à la malléole et à la clavicule, mais omet une fracture aux côtes que je découvrirai beaucoup plus tard. On peut supposer que les premières ont été plus traumatisantes en termes d'immobilisation, de contrainte motrice, que la blessure aux côtes qui reste une expérience de douleur.

M. Mi montre un déficit de proprioception lors de l'épreuve du sens musculaire⁹² et reproduit la posture de manière très approximative. Son dessin d'un personnage représente un grand visage sur l'espace d'une demi-feuille⁹³. Cette sur-représentation de la tête au détriment du corps pose question. De plus, les yeux et les oreilles sont des rectangles, évoquant quelque chose de rigide, à l'inverse du rond de l'enroulement. Le tout est assez schématique. Il finit par rayer une partie du contour en disant « j'ai raté le crâne ». Il ne rebouche pas ce « trou » sur sa tête. La rature reste telle quelle, évoquant des cheveux. M. Mi montre une bonne connaissance des parties du corps à l'épreuve des somatognosies. Son désinvestissement corporel est cependant inquiétant ; cela risque de précipiter la désorganisation de sa motricité. On note aussi un trouble de l'image du corps : le « crâne raté » peut être perçu comme une référence à sa pathologie neurologique, tout comme l'absence de corps à son personnage. Son corps qui fait défaut se retrouve ignoré, voire rejeté.

A l'examen du tonus, M. Mi montre une rigidité posturale, des paratonies et un ancrage au sol précaire. Son hémicorps gauche est particulièrement tonique, et son épaule demeure en élévation de ce côté-là. C'est aussi le côté où il a eu ses blessures à la malléole et à la clavicule, ce qui peut expliquer une certaine raideur. L'équilibre statique est précaire mais il réussit à s'organiser pour tenir 10 secondes sur chaque pied, les yeux ouverts. Il pourra exprimer que c'était plus difficile « dans le noir ».

Il a une absence de ballant à la marche. Cependant, il esquisse un mouvement d'équilibration avec ses bras lors du déplacement talons-pointes. M. Mi se tient les épaules rentrées et le haut du corps porté vers l'arrière. Il est très en difficulté pour s'organiser dans des coordinations plus complexes.

⁹² L'épreuve consiste à imprimer un geste au sujet, et lui demander de le reproduire les yeux ouverts, puis les yeux fermés.

⁹³ Cf. annexe V

Lors de l'EMG, M. Mi effectue les gestes en pièce à pièce. Il les reproduit spontanément en miroir, mais lorsqu'il rencontre une difficulté avec la main gauche, il essaye avec la main droite. On observe un manque de dextérité et un déficit de perception visuo-spatiale, ainsi que des difficultés de déliement digital – retrouvées lors du pianotage – et une fragilité du schéma corporel.

A l'épreuve de motricité faciale de Kwint, M. Mi présente une motricité faciale très limitée. Il reproduit souvent la même expression avec un œil qui se ferme à moitié et la bouche sur le côté. Il ne regarde pas spontanément dans le miroir pour se corriger. Malgré cela, le miroir l'aide un peu lorsqu'on l'incite à s'en servir. En outre, M. Mi est en difficulté pour décrire ce qu'est une émotion, ainsi que pour la nommer et la discriminer sur le visage d'autrui.

M. Mi présente une latéralité gestuelle innée à droite au test de Bergès. Il a une dominance latérale à droite pour les membres supérieurs et les yeux, mais à gauche pour les membres inférieurs dans le test de Zazzo. Il dira d'ailleurs qu'il avait déjà remarqué ça pendant l'activité « Tir à l'arc ». Pendant l'épreuve de Piaget-Head, M. Mi montre une bonne maîtrise de la réversibilité, avec cependant un besoin de rappel régulier des consignes.

Au niveau spatial, la figure de Rey met en évidence un déficit franc des habiletés visuo-constructives. M. Mi a du mal à compter ses pas en même temps qu'il marche lors de l'épreuve de Marthe Vyl, bien qu'il tente d'adapter la longueur de ses pas. L'épreuve de rythme de Mira Stambak est échouée. Il réussit mieux à taper un nombre de coups qu'on lui dicte plutôt que de reproduire une séquence frappée. Cela signe une désorganisation de la fonction perceptivo-motrice. Quand nous lui présentons les cartes séquentielles, il ne perçoit pas l'ensemble des éléments. Il s'imagine une scène à partir de quelques détails, et se retrouve en difficulté pour nous raconter l'histoire. Cependant, il ne semble pas perturbé par les incohérences chronologiques de la scène. En d'autres termes, M. Mi présente des difficultés de structuration temporelle.

1.2. Conclusion et projet thérapeutique

Lors du bilan, M. Mi reste volontaire et très réceptif à ce qu'on lui propose. Les mouvements choréiques demeurent discrets. Nous pouvons observer une désorganisation des fonctions cognitives et une difficulté à gérer différentes entrées sensorielles en même temps. Ses compétences sont irrégulières. M. Mi présente des difficultés de régulation et d'adaptation tonico-posturale. Il semble avoir une mauvaise intégration des afférences proprioceptives qui retentit sur sa motricité et son équilibre. Il présente un risque de chute modéré. De plus, le bilan met en évidence des troubles d'ordre visuo-spatiaux, des difficultés d'organisation spatio-temporelle, ainsi qu'une confusion dans la reconnaissance des émotions sur autrui, et une hypomimie avec des mouvements faciaux involontaires.

Au premier abord, M. Mi manifeste un grand désinvestissement corporel. Il est en difficulté avec son corps, éprouve de la colère face à ses maladresses. Il a une altération du schéma corporel. Pourtant, le fait même de participer au bilan a déjà un impact. Il a rapidement l'initiative de reprendre chez lui des étirements qu'il faisait avant. Nous les utiliserons d'ailleurs en séance lors de nos échauffements.

Une prise en charge en psychomotricité est suggérée. D'une part, pour limiter les risques de chutes liés aux pertes d'équilibre et entretenir les acquis moteurs, par un travail axé sur la prise de conscience corporelle et la mobilisation corporelle globale. D'autre part, pour permettre un abaissement du niveau tonique et une meilleure gestion de sa colère par des séances de relaxation et de mobilisations passives.

Après le bilan, il a été décidé que M. Mi ferait une séance plutôt portée sur la relaxation avec la psychomotricienne le mardi, tandis que je mènerai la séance du mercredi, étendue à 45min et consacrée à la motricité, l'équilibre et l'investissement du corps dans l'espace.

Ce bilan a été une seconde rencontre avec ce patient : la perspective d'une prise en charge hebdomadaire a modifié nos enjeux relationnels. Au début, j'ai eu des difficultés à trouver ma place dans sa relation avec la psychomotricienne. J'avais la sensation de n'être là que pour les « tests », et

d'être sans cesse obligée de « rappeler à l'ordre ». Finalement, j'en ai retenu le côté positif : au fil des séances, cela m'a permis de prendre une distance avec le discours et d'être plus dans le corporel, dans ses ressentis, sans être parasitée par des questions extérieures aux séances. Etant donnée ma place de stagiaire, qui plus est, présente un seul jour par semaine, je me dissocie du reste de l'équipe vis-à-vis des patients. Même si je me tiens constamment informée des éléments de vie de M. Mi, l'espace-temps de la séance est une coupure avec le quotidien. Ce qui importe le plus se situe dans l'ici et le maintenant, afin qu'il soit dans une présence maximale à lui-même.

Je continuerai cette partie en développant le déroulement des séances, entrecoupé de parties de discussion. Par souci de clarté, j'exposerai la composition des séances dans un premier paragraphe, qui sera suivi de mes observations et hypothèses, excepté pour les mois de février-mars où une sous-partie entière sera consacrée à la composition, puis aux observations. Enfin, j'encadrerai certains passages comme ci-dessus afin d'isoler mes réflexions personnelles.

2. Décembre : d'un commun à-corps

2.1. Première séance

Sentir ses pieds est à la marche ce que les appuis sont à l'équilibre, c'est à dire indispensable. J'axe donc la première séance sur la perception des pieds, dans l'idée de fluidifier la marche. Je propose à M. Mi un premier temps debout, pour sentir les appuis plantaires et leurs variations lorsqu'on déplace notre poids dans différentes directions. Je passe ensuite la balle à picots sur ses pieds, il est allongé, puis je lui suggère plusieurs mouvements actifs avec ceux-ci. Enfin, nous reproduisons les mouvements du début de séance afin de percevoir ce qui a changé dans nos sensations. Nous finissons par faire quelques pas en prêtant attention au déroulé du pied.

M. Mi arrive préoccupé par son réfrigérateur qui ne fonctionne pas et sa nouvelle curatrice qu'il n'arrive pas à joindre. Il se rend néanmoins disponible pour la séance. Il

verbalise une difficulté à mettre son poids sur le côté. Il sent « mieux » l'intérieur de ses pieds. M. Mi se met vite en déséquilibre lorsqu'il déplace son poids vers l'arrière. Il n'utilise pas du tout son bassin dans cet exercice, comme si le mouvement partait essentiellement de la tête. Il apprécie le passage de la balle à picots et peut facilement la situer. Un moment, il m'interroge : « Vous allez faire un seul pied ? Ça fait du bien ». Peut-être qu'à ce moment, M. Mi était dans l'attente ou l'appréhension que ça s'arrête, c'était quelque chose de nouveau pour lui et il avait hypothétiquement besoin de reprendre un certain contrôle. Il dit aussi qu'il a encore l'impression de sentir la balle à picots même quand elle n'est plus en contact. Il a du mal à enruler ses pieds seuls. Il est plus précis lorsque je pose mes mains en résistance. Cela lui permet de mieux orienter la direction du geste. Quand nous revenons debout, M. Mi dit « c'est mieux », et ajoute qu'il sent d'avantage l'extérieur du pied. Il est très appliqué par rapport au déroulé du pied et lorsque nous nous quittons, je remarque qu'il continue à faire cet effort le reste de la matinée.

Cette séance nous a permis de faire connaissance « corporellement parlant ». M. Mi a pu s'exprimer de manière cohérente par rapport à ses ressentis en général, excepté en ce qui concerne le déséquilibre arrière. J'ai organisé la séance pour qu'il puisse se représenter l'utilité de la psychomotricité de manière concrète dans un premier temps – par rapport à son risque de chute. Mon positionnement était parallèle afin d'éviter le face à face et le risque de paraître persécutante. Nous avons eu un premier contact corporel par ses pieds, qui sont d'ailleurs souples et mobiles. M. Mi a un vocabulaire limité pour parler de ses sensations et ne peut se concentrer sur plusieurs consignes à la fois. Il convient d'être clair et simple dans les propositions.

2.2. Séances suivantes

Les séances suivantes, nous continuons sur les stimulations plantaires. Il est assis et bouge lui-même avec son pied différentes balles, ou un bâton qu'il essaye de faire rouler en symétrie d'avant en arrière sous ses deux pieds. Nous explorons aussi plusieurs manières de marcher qui mobilisent particulièrement certaines parties du pied plus que d'autre. Nous entamons par ailleurs un travail sur l'espace avec un bâton que nous essayons d'aller mettre le plus loin possible dans différentes directions autour du

corps, explorant ainsi notre kinesphère⁹⁴. En outre, nous procédons à un échauffement construit ensemble à chaque début de séance, en partant des étirements qu'il avait repris chez lui. Les expériences de déséquilibres l'amènent à mieux gérer son poids, sa réorganisation posturale, et à prendre conscience de ses appuis.

M. Mi a une bonne mobilité des pieds. Cependant, il manifeste une rigidité posturale qui cristallise ses mouvements. Son côté gauche hypertonique vient perturber sa colonne vertébrale qui dévie, engendrant une instabilité de l'axe corporel et vice-versa. Malgré une fluidité gestuelle entravée, M. Mi conserve une étonnante souplesse articulaire, probablement liée à ses activités antérieures. Il évoque certaines douleurs au mollet et nous prenons bien soin de les étirer à chaque fin de séance. Cette douleur représente aussi l'existence du corps, auquel nous portons attention. M. Mi cherche sans cesse des appuis avec ses yeux, qu'il ferme difficilement. Néanmoins, sa motricité oculaire est désorganisée et il a du mal à stabiliser son regard.

On sait que celui-ci est lié au système vestibulaire dans la fonction d'équilibration. Pour la suite, il serait donc intéressant d'une part de l'amener à penser son regard comme une aide dans le mouvement. D'autre part, travailler les yeux fermés permettrait de limiter les interférences dans une écoute d'avantage kinesthésique et proprioceptive. En outre, les transferts de poids restent compliqués et ne permettent pas un déplacement harmonieux.

Le contexte de prise en charge est particulier car ma maitre de stage et moi-même n'avons aucune expérience par rapport à la MH. Je m'interroge beaucoup et suis envahie par une image morbide de cette pathologie. J'ai l'impression qu'il ne devrait pas être ici, que ce n'est pas adapté. Puis, en discutant avec l'équipe, je comprends que l'HDJ est un lieu de repère pour lui. Il n'a aucun entourage sur qui compter excepté ces personnes qu'il côtoie depuis cinq ans. Par rapport aux séances, j'ai du mal à trouver un retour sur ce que je lui propose. Il verbalise peu et déchiffrer ses dires reste laborieux. Je me trouve trop directive, bien que j'essaye toujours de le rendre acteur des propositions. J'ai peur que ça ne fasse pas sens pour lui. Il y a tellement de

⁹⁴ Cf. *infra*. Troisième partie, « 1.3.3. Les qualités gestuelles » p.70

choses à investir d'un point de vue psychomoteur, que je me questionne régulièrement sur mes choix thérapeutiques. Parallèlement, la relation s'installe et je me détache de mes attentes pour être à son écoute. Je perçois de mieux en mieux son humeur, par ses yeux et sa manière d'être. Je m'adapte à sa temporalité et les éclairages théoriques sur la MH me permettent d'envisager autrement la prise en charge.

2.3. L'expérience du dialogue tonique

Le dialogue tonique est un concept issu des travaux de Henri Wallon et repris par Julian de Ajuriaguerra. En tant qu'être de relation, notre première expérience de ce dialogue se fait dans la fusion affective primitive avec la mère ou son équivalent. C'est « le prélude du dialogue verbal ultérieur »⁹⁵. Cette expérience affective projette la globalité du corps dans la communication, mettant en jeu « la perception interne du monde postural de l'autre »⁹⁶. Les échanges toniques avec un autre donnent lieu à des interprétations, conscientes ou inconscientes, qui nous font réagir. Les réactions de l'autre en retour de nos manifestations sont perçues et participent à la mise en sens de nos propres tensions corporelles.

« Nous devons admettre que, face à autrui, notre personnalité s'exprime par des attitudes particulières. L'attitude représente déjà un genre de contact avec le monde, une certaine façon de s'offrir ou de se refuser. C'est une forme d'adhésion ou de crainte. Le refus ou l'acceptation ne sont jamais des processus purement verbaux ou purement idéiques. Ce sont aussi des réactions toniques d'un 'corps donnant' ou d'un 'corps refusant'. Lors de la phase du dialogue, l'action propre et celle d'autre sont vécues, ainsi que le montre Wallon, comme des attitudes interchangeables. Ces attitudes font vivre dans le corps propre la parole développée d'autrui et l'enrichissent. »⁹⁷

Le dialogue tonique est un constituant fondamental de la thérapie psychomotrice, à l'instar du tonus lui-même. Du fait de ses troubles de l'élocution, M. Mi ne peut

⁹⁵ Julian de Ajuriaguerra, 1962, p.171

⁹⁶ *Ibid.* p.173

⁹⁷ *Ibid.* p.171-172

s'exprimer librement par voix verbale. La dimension corporelle prend alors toute sa place. Néanmoins, sa motricité entravée est aussi un frein à son expressivité corporelle. Il nous a donc fallu un certain temps pour « s'appriivoiser », apprendre à se connaître. De plus, il y a parfois une contradiction entre ce qu'il dit, et ce qu'il donne à voir. Un extrait de Jimmy Pollard expliquant ce phénomène, le « déguisement Huntington », est disponible en annexe II.

Wallon décrit les liens entre les émotions et la fonction posturale. Celle-ci est liée à l'extériorisation de l'affectivité. Elle est action sur autrui en même temps qu'assimilation d'autrui⁹⁸. Or, dans le cas de M. Mi, la maladie de Huntington engendre un trouble de la fonction tonique, notamment au travers de dystonies qui confèrent des postures anormales⁹⁹. L'intrication entre les troubles neurologiques et psychiques inhérents à la MH, intensifiés par le parcours de vie tumultueux de M. Mi, complexifie la mise en jeu d'un accordage tonique.

Le travail s'amorce entre nous à partir des pieds, zone la plus distale, mais aussi zone d'ancrage au sol – et à la relation dans le cas présent. En outre, le regard devient de plus en plus présent en séance, soutenant. Il y a une confiance qui s'instaure dans la proximité des corps. Nous sommes généralement à une distance personnelle, correspondant à l'affectivité et la proximité dans la vie publique. Cette distance personnelle, décrite par E. T. Hall¹⁰⁰, forme une sorte de bulle protectrice qui nous entoure. Elle est déterminée par chacun, principalement selon sa culture. Toute intrusion à l'intérieur de cet espace modifie notre comportement. En France elle correspond à la « distance d'un bras », ce qui évoque le mouvement et la kinesphère¹⁰¹. Bien que distance personnelle et kinesphère aient des sens différents, ces deux termes m'évoquent la liberté de se mouvoir dans notre espace corporel. En psychomotricité, il s'agit de négocier entre le soutien physique par le contact ou la proximité intime ; et le soutien « à distance », faisant émerger chez l'autre le désir d'explorer cet espace autour de son corps.

Au début, je vais rarement au contact avec M. Mi. Pourtant, notre attention mutuelle me permet de ressentir ses modulations toniques et de m'y adapter. La sphère

⁹⁸ *Ibid.* p.190

⁹⁹ *Cf. supra.* Première partie, « 3.4.1. Les symptômes moteurs » p.25

¹⁰⁰ Edward T. Hall, 1966, p.150

¹⁰¹ *Cf. infra.* Troisième partie, « 1.3.3. Les qualités gestuelles » p.70

émotionnelle aussi est très présente. M. Mi se trouve en difficulté pour gérer ses émotions. Il arrive parfois de bonne humeur, parfois en colère. Le dialogue tonique permet aussi une régulation émotionnelle pendant la séance, qui apaise les tensions et leurs affects associés. Ajuriaguerra a d'ailleurs fait évoluer ce concept en « dialogue tonico-émotionnel ». Petit à petit, je me sens plus à l'aise pour aller au contact avec M. Mi. Petit à petit, un accordage tonique se fait entre nous, dans le calme et la sérénité des séances.

3. Janvier : de l'illumination flamenca

3.1. De nouveaux projets pour une nouvelle année

Lorsque je retrouve M. Mi début janvier, c'est la première séance où je suis seule avec le patient – la psychomotricienne avait une réunion importante. Je lui propose un petit temps allongé avec des mobilisations passives et le passage d'une balle à picots stimulante, afin de se remettre en douceur dans le bain des séances. Puis, nous procédons à l'échauffement. Je suggère ensuite quelques pas de salsa et nous dansons sur de la musique.

M. Mi investit peu l'espace avant, et ne garde jamais longtemps une position où il a le buste plié. Cela vient peut-être d'une appréhension de la chute, qu'il ne verbalise pas. Il a gagné en mobilité du cou – en s'aidant du regard – et des épaules lors de l'échauffement. M. Mi est en décalage par rapport au rythme. En fait, je remarque qu'il lève ses pieds au moment où il s'agit de les reposer. Il y a donc quand même une résonance entre la musique et ses gestes. Je le sens en confiance et tente le face à face pour me placer en support d'imitation. Un réel dialogue tonique s'installe dans cet échange. A la fin de la séance, M. Mi semble content, il parle de l'Espagne. Il apprécie les danses espagnoles mais n'a jamais eu l'occasion d'en pratiquer. Il souhaite partir en vacances là-bas cette année.

Cette séance marque un réel tournant dans la prise en charge. M. Mi dégage quelque chose de très positif, avec des projets « réalistes », et ma vision de sa maladie change complètement. Je me dis qu'il a plein de choses

à vivre, qu'il a des projets et de l'espoir. Je perçois pour la première fois un véritable changement d'émotion sur son visage. Il semble avoir pris du plaisir à bouger son corps, ainsi que du plaisir dans la relation. Le fait d'avoir été seule m'a aussi permis de me positionner différemment. A partir de là, je me sens doublement investie dans cette prise en charge, d'autant plus que je décide d'en faire mon sujet de mémoire. Ayant une pratique de flamenco depuis cinq ans, je lui propose cette médiation qui fait parfaitement écho à son affinité pour la culture espagnole. M. Mi semble ravi, et moi aussi !

L'intégration de la danse flamenca en séance prend parfaitement sens par rapport à la maladie de Huntington. D'un côté, elle met en jeu le « corps relationnel source de bien-être psychocorporel » décrit par Sophie Bednarek¹⁰², en allant stimuler le « corps plaisir » du patient à travers quelque chose qu'il aime, l'Espagne. D'un autre côté, elle mobilise l'appareil locomoteur et favorise la constitution « d'un nouvel équilibre » – en référence à la citation du *rapport qualitatif* de Ding, ding, dong¹⁰³.

3.2. Premiers pas de *seguiriya*

Les séances suivantes, je suggère à M. Mi quelques pas sur un rythme de *seguiriya*, un des nombreux *palos*¹⁰⁴ de flamenco. Cette danse masculine, d'un tempo plutôt lent, en appelle à l'expressivité du corps dans un esprit solennel et profond. Je souhaite amener M. Mi à un réinvestissement libidinal de son corps, à l'habiter jusqu'au bout des ongles. Je m'inspire du flamenco dans trois types de mouvements, mettant l'accent sur :

- les pieds, par des frappes – à plat, avec le talon ou la pointe – et des glissés ;
- les bras, dans différentes directions et plans de l'espace ;

¹⁰² Cf. *supra*. Première partie « 3.7.2. Les axes thérapeutiques » p.33

¹⁰³ Cf. *supra*. Première partie « 3.6. Les traitements » p.30

¹⁰⁴ Cf. *infra*. Troisième partie, « 1.1. Éléments fondamentaux » p.64

- les déplacements, qui mobilisent l'ensemble du corps dans l'espace, marqués d'une intention particulière.

De cette manière, nous travaillons la posture, le maintien de l'axe corporel, l'équilibre, les coordinations, la gestion du poids et l'investissement de l'espace. A chaque fin de séance, je lui propose un temps allongé avec des étirements / mobilisations passives afin de permettre un relâchement musculaire tout en entretenant une certaine amplitude articulaire.

M. Mi a un nouveau mot d'ordre lorsqu'il arrive en séance : « je n'ai mal nul part ». Il dit cependant moins bien dormir qu'« avant » [la chorée]. Il fait le lien avec les saisons : « quand il faisait doux, c'était la merde [...] décembre / janvier, ça va mieux ». Il semble mettre beaucoup d'espoir dans sa nouvelle curatrice. Celle-ci est beaucoup moins disponible que la précédente, néanmoins, il a des repères plus stables pour s'organiser – selon les jours d'ouverture. Il structure donc différemment son temps d'attente. M. Mi se saisit des gestes que je suggère. Cependant, il se meut souvent tout d'un bloc. En partant d'un mouvement qu'il propose, nous voyons comment l'étirer d'avantage et lui donner une expressivité. L'investissement de l'avant est toujours délicat mais j'observe tout de même un déliement du bassin et des membres par rapport au tronc. Ce n'est pas encore la capacité qui lui manque, c'est le fait de penser son corps. M. Mi est réceptif. Il apprécie beaucoup le moment de détente à la fin. Il présente des paratonies, surtout aux membres supérieurs, mais peut s'aider de la respiration pour résoudre ces contractions musculaires. Il est parfois dans une confusion entre le fait de relâcher et de pousser contre ma main. J'emploie alors des termes plus imagés tels que « mou », « reposé ».

Nous sommes souvent en miroir dans les séances. Je nourris un répertoire de gestes qui permettent une exploration de l'espace rythmée par la musique. Je suis un support d'imitation dans ces moments, même si l'important n'est pas la précision des gestes mais le fait de les ressentir. En effet, les neurones miroirs impliqués dans les processus d'imitation sont potentiellement affectés par la MH. Au cours des séances, j'ai l'impression de constituer une sorte d'enveloppe autour de lui avec mon propre corps, le soutenant par mon regard, ma posture et parfois mon contact. Je remplis une

fonction de pare-excitation qui le rend disponible à lui-même. Par ailleurs, je valorise ses initiatives et l'invite de plus en plus à la création. Je m'interroge aussi sur la place de la douleur dans ses verbalisations. Il ne parle plus du tout de son mollet. Il semble que les personnes atteintes de la MH ne ressentent pas la douleur de la même manière. La plainte est en quelque sorte « déposée dans la relation »¹⁰⁵ ; elle peut être à distance de la douleur manifeste, et porte souvent un message sous-jacent. Par exemple, si c'est une demande d'attention, la plainte peut disparaître par le seul fait de montrer notre préoccupation à ce sujet. Chez M. Mi, la douleur signe aussi l'existence de son corps. La reprise de conscience du corps s'accompagne alors d'un réinvestissement du soin.

3.3. De l'imitation au *holding*

A travers les expériences d'imitation, M. Mi éprouve son corps par le dialogue tonique qui s'installe entre nous. L'imitation est le moteur de base du mouvement, nous rappelle Véronique Desfiolles-Peltier. Elle met en jeu le passage par une position « fusionnelle » pour chercher le « différencié »¹⁰⁶. Au début, la personne fait le mouvement « sans le vivre », mais s'imprègne du désir porté par l'autre ; puis la personne s'approprie le mouvement pour elle-même, et peut retrouver du plaisir à le faire, plaisir qu'elle percevait avant chez l'autre.

Pour Henri Wallon, la symbiose affective, liée au dialogue tonique, succède à la symbiose physiologique, en rapport avec les soins matériels dont l'enfant a besoin¹⁰⁷.

« C'est dans cette participation affective que va se dégager le processus d'imitation qui s'inscrit en deux termes : fusion, aliénation de soi dans la chose [...] et dédoublement de l'acte à exécuter du modèle. C'est à partir de l'indistinction de la conscience du moi de celle d'autrui que se préparent les bases de l'affirmation véritable du moi. [...] L'imitation d'autrui peut être envisagée sous l'angle d'une

¹⁰⁵ Chantal Dutems-Carpentier, 2015, *Cours de neuro-psychomotricité « La maladie de Huntington »*, Université Paris VI, notes personnelles

¹⁰⁶ Véronique Desfiolles-Peltier, 2015, *Cours de psychiatrie « Spécificités de la psychomotricité en psychiatrie adulte »*, Université Paris VI, non publié à ce jour

¹⁰⁷ Ajuriaguerra, *op. cit.*, p.171

véritable imprégnation posturale et la relation tonique n'est qu'expérience du corps ;
à l'inverse, le corps est le produit vécu de cette expérience tonique. »¹⁰⁸

Tout comme la réalisation de soi vient en dernier dans la pyramide de Maslow – après les besoins physiologique, de sécurité, d'appartenance et d'estime – il est nécessaire de répondre aux besoins de sécurité interne et de reconnaissance pour permettre l'émergence de désirs plus élaborés, et rendre disponible la personne à une écoute de son corps.

L'attention portée au corps de M. Mi et mon adaptation « suffisamment bonne », pour reprendre les termes de Winnicott, remplissent une fonction de *holding*. Le *holding* est l'une des trois fonctions de la « théorie du développement affectif de l'être humain en tant qu'individu » établie par Winnicott¹⁰⁹. Ce terme, traduit en français par « maintien », fait référence à « la préoccupation maternelle primaire ». La mère développe une capacité étonnante d'identification à son bébé, lui permettant de « répondre à ses besoins fondamentaux comme aucune machine ne peut le faire »¹¹⁰. Des processus similaires sont à l'œuvre en thérapie psychomotrice. Il faut noter que la dimension humaine est primordiale, car elle met en jeu la relation intersubjective et les capacités d'empathie. Comme nous le verrons dans la partie sur la médiation¹¹¹, ce n'est pas l'objet ou l'activité qui est thérapeutique, mais l'attitude du thérapeute et son adaptation aux besoins du patient.

L'imitation des gestes de flamenco a été pertinente pour instaurer un *holding*, permettant à M. Mi de se sentir en confiance, protégé. Il formule ce bien-être dans sa phrase « je n'ai mal nul part ». Cette pare-excitation thérapeutique – représentée par mon corps, mon regard, le son de ma voix, ainsi que le contexte spatio-temporel des séances – laisse place au relâchement tonique et à l'intégration sensorielle. M. Mi expérimente différents gestes, différentes tonalités toniques. Il peut se servir de l'intention mise dans un geste pour le déployer. Comment l'aider alors à se reconnecter à ses sensations corporelles ? Une fois éprouvé, comment le corps en relation peut-il se représenter ?

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ Cf. *supra*. Première partie, « 2.4. Avant la chorée : le mystère des origines, une panoplie de diagnostics » p.19

¹¹⁰ Winnicott, *op. cit.*, p.59

¹¹¹ Cf. *infra*. Troisième partie, « 3.2. Une médiation psychomotrice » p.78

3.4. Nourrir l'image du corps

Eric W. Pireyre réunit dans le concept d'*image composite du corps* un ensemble de théories allant des sensations du corps propre aux représentations d'un soi individué. Il reprend ainsi :

- les notions d'image de base, fonctionnelle et érogène du corps de Françoise Dolto (1984) en les nommant respectivement la **continuité d'existence**, l'**identité** et l'**identité sexuée** ;
- le Moi-peau de Didier Anzieu (1985). La **peau** est à la fois physique, c'est une interface entre le soi et le non-soi, et psychique, comme contenant de pensées ;
- les représentations de l'**intérieur du corps**, notamment à travers le processus d'ossification¹¹² ;
- le **tonus**, support de l'être ;
- la **sensibilité somato-viscérale** ou inter-sensorialité, terme qui se veut plus approprié que « schéma corporel » et qui intègre l'ensemble des sens dans une perception globale du corps ;
- les **compétences communicationnelles du corps** à travers le dialogue tonico-émotionnel et les canaux des communications corporelles de Ajuriaguerra : modifications toniques, réactions de prestance, attitudes corporelles, mimiques et activité gestuelle. Pireyre ajoute le regard comme sixième canal ;
- les **angoisses corporelles archaïques** – de morcellement, de chute, de dévoration et de liquéfaction.

L'auteur expose l'image composite du corps en tant que concept et outil psychomoteur. En effet, cette notion est constamment mise en jeu dans les séances de psychomotricité, et de manière plus générale dès qu'il s'agit de relation humaine. Wallon situe l'image du corps dans l'assimilation de l'expérience vécue du corps en relation avec autrui¹¹³. Prendre conscience de son corps, par la proprioception, la

¹¹² Eric Pireyre, 2011, p.87-95

¹¹³ Ajuriaguerra, *op. cit.*, p.172

respiration, le toucher, mais aussi par le regard de l'autre qui lui porte une attention, voilà ce que j'entends par « nourrir l'image du corps ».

Dans le cadre d'une atteinte neurologique telle que la MH, « l'irruption de défaillances physiques, fonctionnelles, s'articule aux atteintes de la pensée et remet en cause les liens psyché-soma. »¹¹⁴ L'aspect relationnel est alors primordial ; nous prêtons notre corps et nos désirs pour soutenir le corps et le désir du patient, et faire exister ces deux entités dans un réinvestissement libidinal du corps.

« Les soignants interviennent tout autant avec leur schéma corporel qu'avec leur image inconsciente du corps, et c'est la manière dont celles-ci seront structurées qui leur fournira les instruments (gestes, rythmes par exemple) adaptés aux patients. Leurs propres représentations du corps leur serviront de support 'interprétatif' favorisant ou non la compréhension et le repérage des tensions, des douleurs ou des plaisirs éprouvés. »¹¹⁵

Les représentations circulent donc à double sens dans la relation. D'une part, nos représentations nous permettent de comprendre ce que ressent le patient, tels que les processus d'empathie. D'autre part, le patient peut s'appuyer sur nos représentations corporelles pour construire les siennes, tant à travers le langage qu'à travers notre attitude corporelle. Vincent Bréjard ajoute qu'il s'agira de transformer le réel du corps en réalité psychique. Néanmoins, la réalité a sa part de subjectivité, et le psychisme peut faire éprouver au corps des sensations non moins réelles que la chair et les os.

Lors des séances avec M. Mi, j'ai la conviction que mon attention portée à son corps stimule la perception qu'il en a. J'exploite les différents canaux des communications corporelles, par mon tonus, mon attitude, mes gestes, mes mimiques et mon regard, afin de favoriser ses capacités d'accordage. M. Mi vit seul, n'a pas de famille, parle d'un ami lointain qui ne lui répond plus. L'équipe de l'HDJ est une référence pour lui et un soutien au quotidien. Le plaisir qu'il a à être en relation autorise alors un réinvestissement de son corps.

L'image composite du corps est nourrie par ces expériences qui amènent M. Mi à mieux accepter sa condition corporelle. La confiance et le lien tissé en imitation autorisent alors plus de créativité.

¹¹⁴ Vincent Bréjard in Michel B. F. & Bastien C., 2014, p.108

¹¹⁵ *Ibid.* p.110

4. Février - mars : du réinvestissement de soi

4.1. Composition des séances

En février, M. Mi m'annonce qu'il part en vacances tout le mois de mars, ce qui ne cessera d'être reporté faute d'organisation. Cependant, c'est un projet qui lui tient à cœur et auquel il s'accroche. C'est un comportement typique de la MH. Ces personnes ne vont pas au bout de leur projet car l'atteinte neurologique trouble leur capacité à effectuer les démarches correctement. Néanmoins, du moment que le projet est reporté, et donc continue d'exister, M. Mi reste dans une attitude positive.

J'oriente les premières séances sur les déplacements initiés par différentes parties du corps, en traversant la pièce ou sur place, en tournant etc. Je garde aussi présente la question du regard et de l'utilisation de repères visuels pour se situer. Puis, nous construisons une chorégraphie ensemble en ajoutant des gestes chacun à notre tour. L'enchaînement final est constitué de quatre séquences :

- deux *marquages* mettant en jeu la coordination des membres homolatéraux (bras et jambes) d'un côté puis de l'autre ;
- un tour avec le regard qui reste fixe le plus longtemps possible, faisant travailler la rotation de la colonne sur le plan transversal, l'équilibre et le contrôle oculomoteur ;
- quatre *golpes*, c'est à dire des frappes de pieds à plat, qui stimulent d'une part la plante des pieds, le réflexe de redressement et la résonance osseuse dans l'ensemble du squelette, en référence à la solidité interne du corps. D'autre part, ils nécessitent un lâcher du poids de la jambe vers le sol permettant une certaine expulsion des tensions ;
- un *marquage* des deux bras en avant, qui ressemble au geste « d'attraper » ou de « creuser », de l'ordre du « ramener vers soi ». C'est une coordination homologue des bras et des doigts.

Nous le pratiquons sur une musique de *tangos*¹¹⁶, en essayant de trouver plus d'appuis sur le rythme. Je tente de faire passer la musique de simple enveloppe sonore à un élément plus structurant. Nous reprenons régulièrement cet enchaînement en travaillant sur l'expressivité de chaque geste, parfois en s'accompagnant d'objet (comme « attraper un tissu »), et en le faisant chacun son tour.

J'étoffe parfois les étirements passifs de fin de séance avec le passage d'une balle à picot sur tout le corps. J'essaye alors de le faire verbaliser sur les différentes parties de son corps, situer la balle etc. Ce passage de balle permet aussi de faire le contour du corps et de favoriser la perception de son enveloppe peau. Cette dernière est fondamentale dans la représentation d'un corps unifié.

4.2. Observations

M. Mi est égal à lui-même, réceptif et actif dans les propositions. Il se montre inspiré, du moment que je m'adapte à sa temporalité. Il a moins de mouvements involontaires de la face, et son visage est plus détendu en fin de séance qu'au début. M. Mi a un regard brillant : je le trouve de plus en plus expressif ! Cette impression est également liée au développement de ma capacité à « lire » ses émotions sur son visage. Il s'exprime encore en terme « d'agréable », ou de « mieux ».

Lors des échauffements, il accepte de plus en plus d'investir l'espace avant. Il a toujours beaucoup de tensions au niveau de la nuque. Nonobstant, il réussit à se détendre efficacement lors des mobilisations passives en fin de séances. Il s'aide beaucoup de sa respiration. Il est très intéressant de faire l'enchaînement seul, travaillant ainsi la mémoire, l'attention et la planification. Au début, M. Mi omet un des mouvements et se focalise souvent sur une seule partie du corps, oubliant les autres. Cependant, il montre rapidement une meilleure coordination que lorsque nous bougeons tous les deux ; ce phénomène peut s'expliquer par les troubles visuo-spatiaux¹¹⁷. M. Mi

¹¹⁶ Le *tango* flamenco est un rythme binaire à huit temps, plus régulier que la *seguriya* – qui est en douze temps et alterne un rythme binaire et ternaire.

¹¹⁷ En effet, la présence d'un modèle entraîne une coordination et une dissociation oculomotrice qui rend plus complexe le déroulement du geste.

montre quelques fois de belles coordinations et une présence de plus en plus globale à son corps. Je remarque aussi que cela semble lui demander moins d'effort.

Par ailleurs, lors du passage de balle en fin de séance, ses verbalisations sont parfois étonnantes. Il est très précis sur certaines parties du corps, telles que le tibia, les parties du pied, et les épaules. Il m'indique même spontanément le mouvement de la balle. En revanche, il peut aussi me dire « je ne sais pas » comment s'appelle les côtes, le bassin, les genoux. Contrairement au test des somatognosies qu'il avait assez bien réussi, M. Mi est en difficulté pour nommer les touchées.

Je lui propose de dessiner un personnage à la fin du mois de février, qu'il semble faire à contre cœur, mais avec un corps – à la différence du bonhomme produit lors du bilan. Ces dessins sont disponibles en annexe V.

J'ai vraiment la sensation que M. Mi se réapproprie quelque chose de son corps. Petit à petit, il réinvestit ses bras, ses jambes, l'espace. Même si les contractions sont toujours là, il peut trouver du plaisir dans l'action. En revanche, la rythmicité fait grandement défaut à M. Mi. Il y a néanmoins une élaboration autour du geste, par le ressenti, qui consolide le schéma corporel. Cela s'associe à un nouveau rapport à sa pathologie.

En effet, lors de son premier rendez-vous dans le centre de référence de la maladie de Huntington qui eut lieu mi-février, M. Mi a posé plusieurs questions. Il a pu entendre qu'il serait délicat de repasser son permis. En revanche, il souhaite toujours partir vivre en Espagne. Il a demandé si son espérance de vie était la même que celle des autres, et s'il existait des traitements pour cette maladie. Cela montre un investissement totalement nouveau de son affection. L'équipe appréhendait ce rendez-vous car M. Mi ne montrait pas de curiosité envers la MH.

De plus, le contexte du diagnostique soulève d'importantes questions éthiques. La MH est une maladie de famille où les enfants, voyant leur père ou mère aux prises avec cette affection, décident ou non de passer l'examen diagnostique. Celui-ci est associé à un travail psychothérapeutique en amont et en aval, et nous savons que parfois les patients font le test et ne viennent pas

chercher les résultats¹¹⁸. C'est une décision lourde dont M. Mi a été privé. A partir de là, une des questions qui se pose demeure : a-t-on le droit de lui fournir des informations malgré l'absence de demande de sa part ?

M. Mi est donc dans une démarche de réinvestissement de son corps et de sa pathologie, peut être même d'acceptation et de deuil, bien que ces notions soient compliquées à appréhender aux vues de ses difficultés cognitives.

Comme il a été dit dans la partie sur le *holding*, la thérapie psychomotrice peut mettre en jeu certains aspects de la fonction maternelle. Sans affirmer que ce fut le cas dans ma relation avec M. Mi, ce réinvestissement de lui-même qu'il semble manifester rappelle une citation de Catherine Potel sur l'efficacité des soins maternels :

« Par le biais de cet autre, la conscience de soi est advenue, le soin de soi a pris le relais de cette attention de l'autre. Il y a eu intégration de la fonction maternelle. »

4.3. Des corps au corps

Je commencerai cette sous-partie par un exposé théorique sur les quelques notions qui entourent le mot corps ; ceci afin d'analyser ce qui apparaît de ces concepts dans les séances avec M. Mi.

André Bullinger fait la différence entre corps et organisme. Il considère que « l'organisme » désigne un objet matériel du milieu, tandis que le « corps » réfère aux représentations psychiques relatives à l'organisme¹¹⁹. Le corps se construit et se transforme continuellement, au cours des interactions entre l'organisme et l'environnement. L'auteur distingue trois niveaux d'organisation psychique qui permettent le passage de l'organisme-objet au corps-représenté, conscient et acteur sur son milieu :

¹¹⁸ Georget, 2006, trentième minute

¹¹⁹ André Bullinger, 2004, p.144

- Dans le premier niveau, la régularité des interactions entre l'organisme et le milieu alimentent l'activité psychique.
- Dans le second niveau, correspondant au stade sensori-moteur de Piaget, la connaissance du geste et des boucles sensori-motrices autorise l'*anticipation*.
- Enfin, le troisième niveau implique la connaissance de l'effet spatial des gestes, de leur trace. Le psychisme développe des représentations stables relatives à l'organisme, aux objets et à l'espace qui les contient. « La représentation se détache de l'action en cours et peut être évoquée en l'absence de mouvement »¹²⁰.

Ce troisième niveau fait référence à « l'instanciation corporelle » analysée par Nathalie Schmid Nichols à travers les travaux de Ajuriaguerra¹²¹. Celui-ci affirme que le « passage du signe à une signification par le geste » nécessite que l'enfant « ne reste plus exclusivement centré sur lui et ses sensations ; mais qu'il développe une capacité à reporter son attention vers l'effet de ses actions et attitudes sur son environnement physique et relationnel. »¹²² Néanmoins, le corps propre demeure un repère fondamental à construire avant de pouvoir se rendre disponible à l'environnement.

« Ce report d'attention [...] requiert que l'enfant investisse son corps comme source de satisfaction et de plaisir : cette première forme de lien, de nature autoérotique, signale que l'enfant noue quelque chose avec lui-même au travers de la recherche du plaisir qu'il a préalablement éprouvé dans le rapport corporel avec l'autre. La compréhension du lien de causalité geste-effet et de la dimension communicationnelle du mouvement, requière donc l'établissement préalable d'un lien à soi et avec l'autre. »¹²³

Dans leur livre pédagogique sur la psychomotricité, Bruno De Lièvre et Lucie Staes ont repris ces théories et bien d'autres en distinguant six étapes du développement du schéma corporel chez l'enfant. J'ajouterai que ces étapes sont surtout des états de relation entre l'individu et son corps, susceptibles d'être ré-éprouvés tout au long de la vie.

¹²⁰ *Ibid.* p.146

¹²¹ Nathalie Schmid Nichols, 2011, p.5

¹²² *Ibid.* p.6-7

¹²³ *Ibid.* p. 7

Le schéma corporel apparaît alors comme la connaissance que l'on a de nos limites dans l'espace, de nos possibilités motrices, de nos possibilités d'expression corporelle, des perceptions des différentes parties de notre corps, de la verbalisation de ces parties, et des possibilités de représentations qu'on en a, au niveau mental ou graphique¹²⁴.

Voici un schéma intégrant les étapes de développement du schéma corporel :

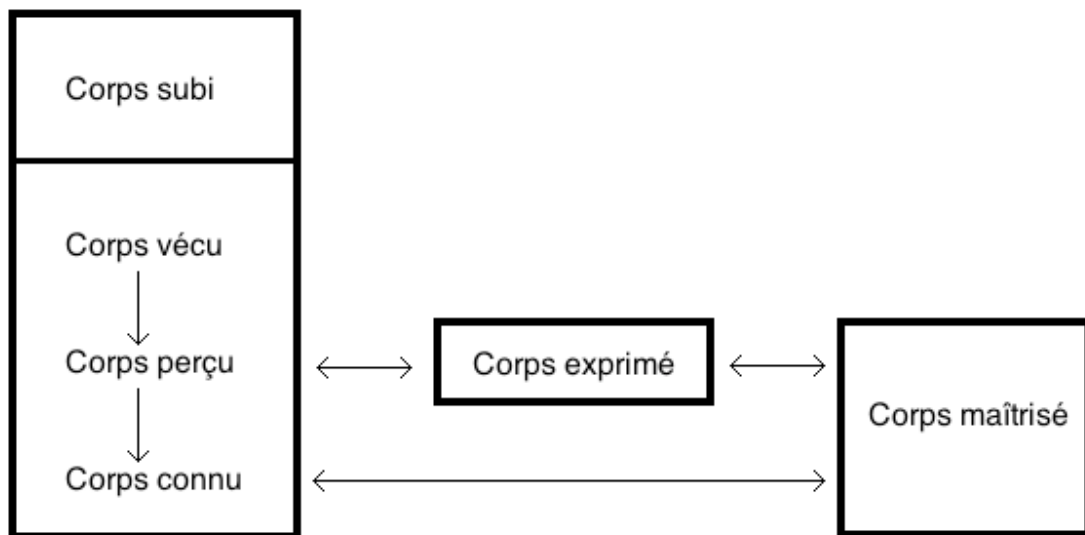


Fig. 2 : Les différentes étapes du développement du schéma corporel, d'après De Lièvre B. & Staes L., 2012, p.18.

De leur point de vue, le *corps subi* fait référence au tous premiers temps de la vie, lorsque le nourrisson n'a aucune maîtrise sur ses besoins ou ses réponses. Le corps n'existe pas encore au sens de Bullinger, l'organisme vit sans représentation de lui-même.

Les *corps vécu*, *perçu* et *connu* sont les trois étapes d'apprentissage d'une connaissance corporelle. Le *corps vécu* implique une réaction motrice stimulée par un but à atteindre. Il y a un enrichissement moteur et sensoriel, qui correspond à l'étape sensori-motrice de Piaget¹²⁵. Le sujet commence à anticiper les conséquences de ses actes. On retrouve ici le second niveau d'organisation du psychisme de Bullinger. Ensuite, le *corps perçu* réfère à la conscience des sensations corporelles, ainsi qu'à

¹²⁴ Bruno De Lièvre & Lucie Staes, 2012, p.17

¹²⁵ *Ibid.* p.20

l'ajustement postural, la latéralité et l'accès au symbolisme. Quant au *corps connu*, ou « corps représenté », il regroupe trois dimensions :

- la connaissance des parties du corps : topologie et verbalisations, somatognosies
- l'orientation corporelle : discrimination perceptive
- et l'organisation corporelle : adaptation spatiale et temporelle du geste, décrite dans le troisième niveau de Bullinger.

Par ailleurs, le *corps exprimé* est transcendant. C'est la dimension relationnelle et communicative du corps, par ses mimiques, ses attitudes etc. Cette notion rejoint l'idée de Ajuriaguerra que la qualité gestuelle est liée à la qualité du dialogue tonique antérieur. Toute relation implique une résonance tonique et nous engage corporellement¹²⁶.

Enfin, dans le *corps maîtrisé*, pourrait-on dire « opératoire », l'adaptation au milieu est optimale. C'est l'étape la plus élaborée. Sont alors mises en jeu :

- la fonction posturale, tonique et l'équilibration qui préparent le corps à l'action ;
- les coordinations et associations entre les différentes parties du corps ;
- la respiration, soutien de l'adaptation physique, rythmique et de l'oxygénation du corps ainsi que de la conscience corporelle ;
- et la sensibilité qui permet la prise d'information sur l'environnement et la réadaptation du projet moteur au besoin.

Dans la MH, les mouvements choréiques ne sont pas perçus par la personne. Cette maladie implique des réactions motrices incontrôlées et met à mal la cohérence des réponses à l'environnement. Elle perturbe l'équilibre sensori-tonique, condition fondamentale de l'organisation du psychisme – et donc du corps – pour Bullinger¹²⁷. D'une part, la sensibilité aux flux sensoriels est potentiellement modifiée ; d'autre part, la capacité à pouvoir réagir toniquement aux stimulations de l'environnement de manière adaptée est affectée. On peut supposer que M. Mi se retrouve dans des états de *corps subi*, et que le défaut de stabilité de ses réactions toniques entrave son schéma corporel. Cette instabilité se ressent dans les séances. Ses compétences psychomotrices

¹²⁶ Schmid Nichols, *loc. cit.*, p.6

¹²⁷ Bullinger, *op. cit.*, p.147

fluctuent dans le temps, et il n'y a pas d'acquis permanent. C'est aussi une caractéristique des maladies neurodégénératives.

M. Mi n'est pas avare en gestes. Le corps est vécu dans la volonté d'agir sur l'environnement. Néanmoins, le défaut d'ajustement postural montre une carence du *corps perçu*. Les éléments de flamenco lui permettent d'intégrer des éléments d'orientation et d'organisation corporelle qui viennent nourrir sa connaissance du corps – le *corps connu* / représenté. Les pieds sont particulièrement bien intégrés. Or, nous avons commencé nos séances en investissant cette zone du corps. Il est donc possible qu'il reste des traces de ce travail. En outre, les pieds ont été notre première zone de contact, investis directement dans la relation. Il est aussi surprenant qu'il ne nomme pas les côtes. J'avais d'ailleurs lu dans son dossier qu'il s'était fracturé les côtes, sans qu'il ne l'ait jamais mentionné. La partie moyenne du corps, comprenant le bassin et les côtes, pourrait faire l'objet d'un travail plus approfondi en séance. Par ailleurs, les côtes et les abdominaux soutiennent l'axe corporel.

A propos de relation, j'ai vraiment perçu une évolution dans le *corps exprimé* de M. Mi. Certes, ma perception a pu s'affiner au cours du temps passé à le côtoyer. Néanmoins, une présence et des émotions se dans ses mouvements, au delà des troubles moteurs, et lui confèrent une posture plus affirmée au sein du groupe. En effet, j'observe aussi cela pendant les temps d'accueil.

Le *corps maîtrisé* de M. Mi reste très entravé. Il manifeste certaines maladroitures, fait tomber des objets. La fonction posturale, la régulation tonique, l'équilibre et les coordinations nécessitent un étayage permanent. Dans l'enchaînement, M. Mi s'approprie les gestes qui lui apportent petit à petit une rythmicité. Il montre aussi des ressources internes, telle que sa manière d'utiliser la respiration. Même si je l'induis parfois, il la reprend spontanément lorsqu'il cherche à se détendre, à l'instar du déroulé du pied (*cf.* première séance).

Au terme de cette analyse clinique et théorique, je me pose souvent la question de savoir ce qui vient de moi, de mes perceptions ou de ce que je veux percevoir, et ce qui se passe réellement pour M. Mi. Nonobstant cette distinction, je pense que mon engagement corporel dans la relation thérapeutique, projetant son corps au premier plan dans cette relation, est non sans conséquence sur son réinvestissement corporel. Dès le début de la prise en charge, M. Mi reprend des étirements chez lui. Il est impressionnant de voir comment le fait de prêter attention au corps de l'autre le fait exister

instantanément. La médiation flamenco a pris sens au cours de ces séances. D'un côté, elle offrait une référence à l'Espagne, pays favori de M. Mi, en faisant un élément de motivation. D'un autre côté, elle donnait du sens aux gestes, tout en permettant un travail sur les différents axes psychomoteurs. Avant de tenter une analyse globale du flamenco et de sa place en psychomotricité, au cours d'une troisième partie, je terminerai la présente par un court exposé sur l'empathie, le contre-transfert corporel et ce que j'en ai perçu.

5. Empathie et contre-transfert corporel

En séance de psychomotricité, il s'agit de bien faire la différence entre nos propres mouvements internes et ceux qui animent le patient. Nous avons une formation qui nous aide à bien nous connaître. Néanmoins, prendre du recul semble nécessaire pour ne pas se laisser aller à nos propres projections. Ceci risquerait de nous faire basculer du côté de la sympathie, qui relève de la confusion entre soi et l'autre, contrairement à l'empathie, qui se réfère davantage à un changement de référentiel : se mettre à la place de l'autre tout en sachant que l'on n'est pas l'autre¹²⁸. Jocelyne Vaysse fait le lien entre empathie et contre-transfert en danse-thérapie :

« Le transfert et le contre-transfert existent en DT, comme dans toute thérapie ; mais ces processus s'exercent avant tout de manière corporalisée, le va-et-vient introjectif et projectif empruntant les chemins de l'empathie. »¹²⁹

« Il s'agit de capter leur regard, de mettre en place une relation transférentielle qui motive le regard... et la relation d'objet. »¹³⁰

Bien que ma prise en charge avec M. Mi ne relève pas de la danse-thérapie, mais bien de l'utilisation de la danse flamenca en psychomotricité, la place du regard a une grande importance dans la revalorisation de l'image du corps. Pour autant, le corps tout entier du thérapeute doit être engagé afin d'engendrer une mobilisation du patient dans

¹²⁸ Alain Berthoz, 2015, *Bases neurales des changements de point de vue dans la sympathie et dans l'empathie : développement et pathologie. Etat de la recherche actuelle*. 14^{ème} journée scientifique de l'AFPUP, notes personnelles.

¹²⁹ Jocelyne Vaysse, 1997, p.143

¹³⁰ *Ibid.* p.145

sa globalité. A travers la citation de Vaysse sur l'empathie, disponible en annexe VII, on peut sentir l'impact des manifestations corporelles de l'autre sur nos propres mouvements psychiques et moteurs.

Ainsi, l'empathie est la base du contre-transfert corporel. Sans développer les concepts de transfert et contre-transfert en psychanalyse, je souhaiterais revenir sur cette première notion illustrée par Catherine Potel dans son ouvrage¹³¹.

« Se faire confiance, faire confiance aux idées qui nous viennent, qui ne sont ni techniques ni applications toutes faites des idées reçues. Intégrer les modèles, mais refuser que ceux-ci deviennent stériles à force de convention et d'obéissance. Et penser que tout est toujours à construire, avec le patient, dans son histoire comme dans la notre. »¹³²

Au-delà du processus d'empathie, le psychomotricien réagit face au patient en fonction de ce que celui-ci « dépose » dans la relation. Ces gestes répondent à une expression brute, non symbolisée et tentent de renvoyer au patient quelque chose de plus nuancé, qui relève d'un langage à la fois implicite et symbolique. C'est ce que Potel appelle les gestes « à valeur interprétative »¹³³. Cette dimension est présente dans toutes les prises en charge en général. Néanmoins, la notion de contre-transfert corporel est plus évidente à percevoir avec des patients qui ont des troubles d'origine psychogène, auprès desquels j'ai davantage d'expérience.

L'implication majeure de troubles neurologiques chez M. Mi a été source de difficultés pour moi. Le cadre et les axes thérapeutiques développés à travers la danse flamenco ont apporté une contenance et une cohérence à nos rencontres. Cela m'a permis d'avoir une liberté d'adaptation tout en gardant une orientation thérapeutique stable. Les mouvements contre-transférentiels corporels se retrouvent de différentes manières, dans mes propositions de gestes, dans ma position – qui, de parallèle, est rapidement passée en face à face, ce qui a vraiment permis un soutien dans l'organisation gestuelle, en miroir. J'étais comme un miroir positif de lui-même¹³⁴. Néanmoins, j'ai toujours gardé une certaine distance, notamment physique, et des propos clairs et ciblés. Ce besoin de clarté et de cohérence de mes actes a peut être été

¹³¹ Catherine Potel, 2015

¹³² *Ibid.*, p.78

¹³³ *Ibid.*, p.131

¹³⁴ Cf. *infra*. Citation de Jolcelyne Vaysse dans la troisième partie, « 3.4. Structuration psychocorporelle » p.84

un frein à certaines idées qui me sont venues pour cette prise en charge. Pour autant, j'éprouvais le besoin d'être à l'aise et de ne pas prendre le risque de perdre le sens de mes actes. Le fait d'être observée par la psychomotricienne a aussi eu une influence sur mes réactions. Je sentais d'ailleurs une grande différence dans les quelques séances que j'ai effectuée seule avec M. Mi.

Pour finir, cette notion de contre-transfert corporel suscite beaucoup mon intérêt car l'adaptation – quasi instantanée – est au cœur de notre profession, et cette adaptation relève d'interprétations inconscientes dont nous prenons plus ou moins conscience. Cependant, nous ne devons pas nécessairement nous laisser aller à toutes nos inspirations, au risque de troubler le cadre et le patient lui-même. En effet, les capacités d'adaptation des patients sont bien différentes des nôtres. Le flamenco s'est intégré comme médiation dans cette prise en charge. Il s'est inscrit dans un cadre thérapeutique défini et fut le support de la relation thérapeutique établie entre M. Mi et moi, permettant de répondre à des axes thérapeutiques bien formels.

TROISIEME PARTIE

LE FLAMENCO, UNE MEDIATION EN PSYCHOMOTRICITE

« Il n'est pas juste de dire que l'homme pense avec son cerveau, dit Janet, ce n'est pas avec son cerveau qu'il pense, c'est avec son corps tout entier, il pense avec ses doigts, il pense avec ses pieds, avec son ventre, comme il pense avec son cerveau ; il pense avec l'ensemble. »¹³⁵

¹³⁵ Julian de Ajuriaguerra citant Janet, 1962, p.164

1. Le flamenco et sa danse

Le flamenco est à la fois un art du spectacle et un univers culturel espagnol fondé sur l'union de la guitare, du chant et de la danse¹³⁶. Les *flamencos* furent appelés ainsi pour la première fois à la fin du XVIII^{ème} siècle, se distinguant par leur remarquable pratique du *Cante* [le chant] et par leurs *fiestas*¹³⁷. Les gitans, arrivés en Andalousie depuis le XV^{ème} siècle, ont incorporé et réinterprété le folklore local jusqu'à former ce nouvel art, symbole de leur identité¹³⁸. Les grands thèmes traditionnels demeurent l'amour, la passion, la famille et la mort¹³⁹ incarnés par les différents *palos* [styles musico-chorégraphiques]. Au-delà des mots, c'est une émotion, un sentiment que les acteurs essaient de transmettre, jouant du rythme, de l'intonation de la voix, des mouvements dansés¹⁴⁰ etc. Cela a tout à voir avec l'expressivité du corps. Je continuerai en précisant les différents éléments qui composent cet art, avant de me consacrer à l'étude du *baile* [la danse] et de ses rapports avec la psychomotricité.

1.1. Éléments fondamentaux

Alexandra Arnaud-Bestieu et Gilles Arnaud ont écrit en 2013 un livre inédit sur l'analyse de la danse flamenca. Les informations qui vont suivre sont principalement issues de la seconde partie de leur ouvrage : « Éléments essentiels de flamencologie »¹⁴¹, ainsi que de ma pratique personnelle.

Le flamenco comporte une multitude de *palos* [styles musico-chorégraphiques], déterminés par le *compas* [structure rythmique] et la tonalité du chant. Le **palos** est le caractère de la musique. Il lui donne sa couleur et conditionne la communication entre les acteurs, facilitant les moments d'improvisation. Le **compas** est une composante primordiale du flamenco. Le rythme peut être ternaire, binaire, ou mixte.

¹³⁶ Gabriel Sandoval, 2003, p.32

¹³⁷ Alexandra Arnaud-Bestieu & Gilles Arnaud, 2013, p.25

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ Sandoval, *op. cit.*, p.67

¹⁴⁰ Arnaud-Bestieu & Arnaud, *op. cit.*, p. 39-45

¹⁴¹ *Ibid.* p.49-70

Le **chant** est le centre de gravité du flamenco. Long ou mesuré, il reste insoumis aux règles lexicales. Le chanteur transforme les mots, use de tout son appareil vocal et produit des sons qui touchent notre monde émotionnel. La **danse** vient illustrer les propos du chanteur par de beaux ports de bras, soutenir et accentuer certains passages des *letras* [lorsque le chant est au centre]. Elle a aussi des moments privilégiés de *zapateado* [technique percussive des pieds], les *escobillas*, où la complexité et la rapidité d'exécution révèlent le talent du danseur. Enfin, la **guitare** est longtemps restée un instrument d'accompagnement. Le guitariste a cependant l'occasion de dévoiler ses prouesses lors des *falsetas* [solo de guitare]. En plus du trio traditionnel, le *cajón* est fréquemment présent sur scène. C'est un instrument formé d'une boîte en bois sur laquelle le percussionniste s'assoit pour jouer. Des cordes intérieures vibrent et améliorent sa résonance sonore.

Voix, percussions, musique, danse, autant d'éléments qui font du flamenco un art pluriel et envoûtant. A la fois dans le symbolisme, l'imaginaire, et la communication, il convoque nos émotions en alliant rythmicité et exploration gestuelle. Réunissant de multiples modes d'expression, le flamenco a toute sa place dans une approche psychocorporelle. C'est pour cela que j'ai voulu apporter quelques informations d'ordre général avant de me consacrer à l'objet de ma prise en charge avec M. Mi, la danse.

1.2. Le *baile* flamenco

La danse flamenca accorde une grande importance à la justesse du rythme. Elle doit être « à compas » avant tout. C'est une pratique à la fois drastique et porteuse de liberté. En thérapie, ce sont ses aspects expressifs et ses résonances psychocorporelles qui m'intéressent. Je développerai à présent les constituants principaux de la danse.

L'interprète est à la fois danseur et musicien, développant une qualité sonore autant que visuelle. En effet, la dimension percussive est fondamentale. Celle-ci comporte les *palmas* [frappes de mains l'une dans l'autre], les *pitos* [claquements de doigts], les frappes de mains sur d'autres parties du corps (zone pectorale, cuisses, fesses) et le *zapateado* [technique percussive des pieds]. Ces gestes frappés utilisent le pied soit à plat dans son ensemble, soit en distinguant la pointe, la plante ou le talon.

Enfin, les marquages sont des mouvements qui figurent le rythme avec des gestes amples et des percussions légères, souvent accompagnés de déplacements dans l'espace.

« Les préoccupations anatomiques restent fondamentales, tels la gestion du poids du corps, la position du bassin ou le degré de flexion des genoux. Taper des pieds [...] implique de parvenir à gérer la position de sa masse corporelle dans l'espace, une localisation en relation directe avec la zone d'appui, et donc le passage rapide d'un appui à l'autre. »¹⁴²

Le danseur de flamenco cherche à dissocier le haut du bas de son corps. Les bras appellent à la légèreté tandis que les pieds s'ancrent solidement au sol. Le bassin demeure le centre garant de la stabilité des appuis du bas du corps ; et support de la gestuelle plus souple du haut. Les mouvements des bras se déclinent en diverses combinaisons explorant les espaces haut, bas, avant et arrière. Les changements de posture s'effectuent par le dehors ou le dedans, ce qui participe au caractère de la danse. La mobilisation des poignets et des doigts en rotation accompagne les ports de bras. Elle reste néanmoins indépendante dans son rythme et sa direction. Cette danse réunit beaucoup de dissociations complexes, sans que rien ne soit laissé au hasard. Le danseur manifeste une attitude fière et affirmée qui nourrit l'estime de soi.

Par ailleurs, l'esthétique du flamenco réside dans les mobilisations des jambes, du bassin, de la cage thoracique, des bras, des épaules et de la tête qui offrent une myriade de possibilités gestuelles. Nonobstant, celles-ci ne provoqueraient pas tant d'émotion sans l'expression du sujet qui les déploie. Entre conscience corporelle et expressivité du corps, la danse flamenca pousse à se sentir exister au plus profond de soi-même. Pour introduire simplement la partie suivante, j'ajouterai que depuis mon entrée à l'IFP, je n'ai jamais pris un cours de flamenco sans penser à la psychomotricité.

1.3. D'un point de vue psychocorporel

Benoit Lesage a remarquablement réuni un ensemble de théories, créant deux ouvrages¹⁴³ précis et harmonieux sur les intrications entre corps et psyché. Sans jamais

¹⁴² *Ibid.* p.63

¹⁴³ Benoit Lesage, 2006 et 2012

s'éloigner du corps réel et anatomique, il nous fournit des outils de travail concrets pour notre pratique.

Je retiens de son enseignement les liens entre (1) les **systèmes du corps** : peau, muscles, os, organes, fascias ; (2) les typologies des **chaines musculaires** de Godelieve Denys-Struyf : selon les dialectiques antérieur/postérieur et médiane/latérale ; (3) les **qualités gestuelles** à la lumière des quatre fondamentaux labaniens : temps, espace, poids et flux ; et (4) leurs connotations émotionnelles et cognitives : l'étayage entre corps et psychisme intégrant les **représentation de soi**, de l'espace, du temps et les modalités de **relation** à l'autre. C'est à partir de ces différents items que je tenterai une analyse du flamenco d'un point de vue psychocorporel.

1.3.1. Les systèmes du corps

Le système locomoteur, évoqué devant tout mouvement, met en jeu un ensemble de muscles, de tendons et de ligaments qui utilisent les os comme points d'appui ou leviers¹⁴⁴. Les afférences cutanées jouent aussi un rôle important dans la perception et l'organisation du mouvement¹⁴⁵. En effet, les variations de la peau sont directement transmises aux centres cérébraux sensoriels. Le système nerveux intègre les différents aspects de notre proprioception. C'est sur la base des afférences constantes du corps que peut se construire le sentiment de soi¹⁴⁶. La danse vient naturellement stimuler ces différents systèmes.

En flamenco, les percussions corporelles nous amènent à contacter principalement le système osseux. L'os est l'instance solide du corps, qui lui confère sa densité et son intériorité. Il conduit la vibration et se place ainsi en support d'une perception de soi unifiée¹⁴⁷. Tandis que le *zapateado* fait ressentir la solidité du squelette, le jeu postural des marquages nécessite une gestion des appuis sur le sol, intégrant le repousser et la dialectique poids/soutien/appuis, essentielle à la verticalisation de l'axe corporel¹⁴⁸.

¹⁴⁴ Lesage, 2006, p.32

¹⁴⁵ *Ibid.*

¹⁴⁶ Lesage, 2012, p.24

¹⁴⁷ Lesage, 2006, p.34

¹⁴⁸ *Ibid.* p.53

La danse flamenco mobilise une régulation tonique constante par les jeux musculaires d'agonistes et d'antagonistes. Elle entretient une dialectique des deux extrêmes – hypertonicité et hypotonicité – et favorise l'intégration de l'ambivalence dans les quatre paliers de représentation : tonus, sensorialité, affectivité et représentation¹⁴⁹. Le tonus, activité musculaire de base, trame de fond du mouvement et des émotions, est sollicité à tout moment de la vie. C'est un outil thérapeutique fondamental en psychomotricité. Les affinités spatiales et les chaînes musculaires traduisent une activité tonique relative aux flux de tension et de forme¹⁵⁰. Ces flux représentent les micro-mouvements intra-musculaires à l'origine des macro-mouvements observables de l'extérieur. En outre, Lesage introduit les muscles comme le support de l'expressivité du sujet, tandis que le jeu articulaire se réfère à la dynamique relationnelle.

Bien que la peau et les organes passent au second plan dans la pratique du flamenco, ils demeurent actifs et participent à la régulation tonico-posturale. Tandis que l'os représente le dur du corps, les organes en sont la partie molle, plus fragile mais essentielle à l'expérience du plein et du vide¹⁵¹. Les organes sont aussi la base des rythmes internes, prémices de la temporalité. Ils structurent notre vie affective et nos échanges avec le monde¹⁵².

1.3.2. Les chaînes musculaires

La relation entre les affinités spatiales et les chaînes musculaires développées par Struyf permet une lecture de la structure psychocorporelle des personnes¹⁵³. Cela traduit un mode d'être au monde. Nous pouvons ainsi voir les éléments à réinvestir en fonction des besoins de l'individu.

¹⁴⁹ Robert-Ouvray, *op. cit.*, p.84-85 ; *cf. infra*. Troisième partie « 3.3. Intégration psychomotrice » p.81

¹⁵⁰ Lesage, 2012, p.77

¹⁵¹ Lesage, 2006, p.41

¹⁵² *Ibid.*

¹⁵³ *Ibid.* p.45

Les chaînes musculaires renvoient à la notion de solidarité neuro-musculaire, illustrée par les réflexes archaïques du nourrisson¹⁵⁴. Les fascias portent le cheminement des tensions et relient les différentes parties du corps, de telle sorte qu'un mouvement ne se passe jamais sans répercussion psycho-physiologique. Les muscles font aussi référence au tonus et à la valeur communicative des attitudes, décrite par Ajuriaguerra¹⁵⁵.

G. Struyf décrit six typologies reprises par Lesage (schéma en annexe VI)¹⁵⁶ :

- L'affinité spatiale postérieure mène à la **chaîne antéro-médiane (AM)**, qui active l'enroulement. C'est le régime de rassemblement et d'ancrage, de sécurité et d'intériorité, favorisant l'évitement de l'agitation extérieure au profit de l'intégration sensoriel. Elle se réfère au poids, à la sensorialité et au tonus digestif.
- L'affinité antérieure mène à la **chaîne postéro-médiane (PM)** permet l'extension dorsale. Elle suppose la différenciation, la confrontation voire l'opposition. Elle concerne avant tout les systèmes osseux et nerveux central, ramenant à la direction et la prise de décision.
- Par son affinité vers le haut, la **chaîne postéro-antérieure (PA)** instaure l'extension axiale. Elle génère l'équilibre, et est organisée dans un premier temps à partir de l'oralité jusqu'à ce que l'axe vertébral puisse construire l'extension axiale vraie. Dans la maladie de Huntington, les troubles de la déglutition peuvent perturber cette sensation d'axe intérieur, s'ajoutant aux dystonies qui entraînent des postures anormales déséquilibrées. C'est la sphère du sensitif-intuitif, de la conscience d'être et de l'imaginaire. Elle instaure un juste milieu entre présence à soi et présence au dehors. Elle nécessite de bons appuis de la tête et s'organise grâce au travail vestibulaire.
- La **chaîne antéro-postérieure (AP)** représente l'affinité d'appui sur la terre. Elle gère l'ajustement gravitaire des masses et le repousser. C'est le lieu du rythme, de la mobilité et de la fluidité. Les genoux déverrouillés, elle prépare à l'impulsion/réaction. Elle se réfère aux systèmes neuro-

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ Cf. *supra*. Deuxième partie, « 2.3. L'expérience du dialogue tonique » p.43

¹⁵⁶ Lesage, *op. cit.*, p.46-58

végétatif et endocrinien, par leurs actions immédiates et pulsatiles. Les activités sportives nécessitent souvent une maîtrise des nuances entre PA et AP.

- Favorisant la densification du corps, la **chaîne antéro-latérale (AL)** met en jeu l'adduction et la rotation interne des membres. C'est une structure de préservation, d'intériorisation. Elle favorise les schèmes de « ramener vers soi », dans une fermeture défensive et une rétention physiologique. AL convoque le système immunitaire et la peau en tant que limite protectrice.
- Au contraire, dans l'expansion et le contact, **chaîne postéro-latérale (PL)** déploie l'abduction et la rotation externe des membres. Il s'agit de prendre l'espace, d'être dans la communication et l'ouverture au monde. Elle correspond aux muscles, organes de l'action sur le milieu. Dans PL et AL, c'est la connotation relationnelle qui prédomine.

Au cours de mon expérience, j'ai pu observer que ces différentes chaînes étaient sollicitées en flamenco. Selon l'attitude de base de la personne, il est donc possible d'utiliser cette médiation pour l'amener à moduler ses affinités spatiales et son adaptation au monde. Ce sont les qualités posturales qui sont travaillées là. Celles-ci modifient notre disponibilité corporelle et psychique, et donc nos perceptions de l'environnement. Au delà de la posture, l'intention du geste a une place très importante en flamenco. C'est une danse qui se veut expressive, vectrice d'émotions. Elle met en jeu une communication infra-verbale faisant primer le caractère sur l'esthétique, ce qui la rend encore plus belle car touchant à la réalité de l'être.

Outre les expériences d'expansion, de densification, d'extension axiale, de repousser, et de confrontation qu'elle nous fait vivre – j'extrait ici le schème d'enroulement qui est peu présent de base en flamenco, sauf pour créer un effet « explosif » – cette danse appelle à une présence et une qualité gestuelle indispensable.

1.3.3. Les qualités gestuelles

Rudolf von Laban analyse le mouvement à travers ses rapports au Temps, à l'Espace, au Poids et au Flux (ou Energie), et dégage ainsi « les fondamentaux du

mouvement ». Arnaud-Bestieu et Arnaud ont repris ces fondamentaux à la lumière de la danse flamenco¹⁵⁷. C'est à nouveau sur leur ouvrage que je m'appuierai dans cette sous-partie.

Entre rythme, vitesse et durée, tout mouvement se déploie dans **le temps**. Il peut aller de l'infiniment lent à l'infiniment rapide, développant une infinité de possibles. Par ailleurs, il n'est pas uniforme. Le danseur utilise l'accélération ou le ralenti, jouant de la progressivité ou de la soudaineté du changement. La configuration traditionnelle de la danse flamenco explore ces différentes potentialités. A temps ou contre-temps, le corps mène la mélodie autant qu'il s'accorde à la musique. Tout est une histoire de communication en flamenco. Dans ses « Efforts de bases »¹⁵⁸, Laban qualifie les mouvements de soudains et de soutenus.

L'espace se distingue en deux parties indissociables : l'espace du corps et l'espace environnant. Le premier est représenté par la kinesphère, autre concept de Laban.

« La kinésphère est donc le volume sphérique imaginaire qui entoure le corps, et dont l'étendue se limite à la portée maximale des membres, sans que la personne ne change de place. [Elle permet] de démarquer l'espace individuel du mouvement de l'espace général alentour dans lequel s'inscrit le déplacement. [...] Le centre du corps est localisé dans la partie abdominale basse. A partir de ce centre, tout mouvement s'inscrit dans la kinésphère selon des directions distinctes pour chaque partie du corps. Ainsi, les directions du corps de chacune des parties du corps pourront être symétriques, parallèles, opposées. Le mouvement sera central ou périphérique, centripète ou centrifuge [et il] pourra s'effectuer selon différentes trajectoires. »¹⁵⁹

Le bassin est un élément central en flamenco. Les abdominaux sont sollicités afin de maintenir l'axe vertical dissociant la droite et la gauche. La ceinture pelvienne est aussi à la jonction entre le haut et le bas du corps. Elle a un rôle fondamental dans la gestion du poids et la stabilisation des appuis au sol, permettant aussi de libérer les

¹⁵⁷ Arnaud-Bestieu & Arnaud, *op. cit.*, p.74-83

¹⁵⁸ Ensemble de combinaisons élémentaires des quatre fondamentaux du mouvement que Laban synthétise en huit actions, nommées « Efforts de base ».

¹⁵⁹ *Ibid.* p.77

membres supérieurs pour leurs mouvements plus aériens¹⁶⁰. Les mouvements sont qualifiés de directs ou de flexibles/indirects.

L'inscription du corps dans l'espace environnant se traduit par les déplacements, décrits en terme :

- de direction : avant, arrière, côté, haut, bas ;
- d'orientation : selon un point d'observation ;
- de niveaux : bas, moyen, haut ;
- et de trajectoire : droite, zigzag, spirale, courbe etc.

La danse flamenca investit principalement le niveau moyen. Le niveau haut, celui des sauts, est surtout présent dans la danse masculine. Le niveau bas fait l'objet d'innovation dans le flamenco contemporain. Cependant, les parties du corps correspondantes à chaque niveau¹⁶¹ sont mobilisées : le bassin et les jambes pour le bas, le tronc et les bras pour le moyen, ainsi que la tête et la mâchoire (expression faciale) pour le haut. Par ailleurs, les mouvements viennent se déployer dans les trois plans de l'espace : sagittal lors des flexions-extensions ; frontal dans les inclinaisons latérales de la colonne, abductions-adductions des membres ; et horizontal pour les rotations¹⁶². « La danse est bien une sculpture de et dans l'espace. Aucun mouvement n'est anodin [...] chaque déplacement d'un élément corporel signifie, définissant un mode d'expressivité »¹⁶³.

Le poids représente la force de la pesanteur. Le corps oscille entre soumission ou lutte contre celle-ci. Le poids implique la gestion des appuis et le rapport au sol, soit dans la fermeté et la résistance, soit dans la douceur et l'abandon. Il est qualifié de lourd ou de léger. La dialectique des appuis est constamment sollicitée dans la danse flamenca, par rapport au sol mais aussi par les appuis internes des parties du corps entre elles.

Le flux, quant à lui, peut être libre ou contrôlé. Dans un flux libre, le mouvement est projeté par le corps sans retenue, tandis que le flux contrôlé donne une sensation de prudence, de tension. Le mouvement semble pouvoir s'arrêter à tout moment. En flamenco, l'enchaînement des mouvements peut donner l'impression d'un lâcher prise

¹⁶⁰ Cf. *supra*. Troisième partie, « 1.2. Le baile flamenco » p.65

¹⁶¹ Lesage, 2006, p.76

¹⁶² Agnès Servant, 2013, *Cours théorique-pratique d'anatomie fonctionnelle*, Université Paris VI, non publié à ce jour

¹⁶³ Arnaud-Bestieu & Arnaud, *op. cit.*, p.79

incontrôlable, évoquant presque la transe. Néanmoins, les gestes se doivent d'être subtiles et précis. Le danseur compétent sait garder la maîtrise de son corps, en même temps qu'il doit avoir conscience de l'espace qui l'entoure.

Dans le vaste monde de la danse flamenca, des qualités distinctes d'expression se dessinent, en fonction des différents *compas* et *palos* [style musico-chorégraphique]. Elles reposent sur les qualités de mouvements citées précédemment. Ces innombrables explorations gestuelles demeurent un soutien à l'expressivité du corps.

1.3.4. De la représentation de soi à la relation à l'autre

Les afférences sensorielles unifiées par le système nerveux développent une conscience du corps, un sentiment de soi possible uniquement par le mouvement. Didier Anzieu l'exprime en ces termes : « Le moi étant à la fois corporel et psychique, il transpose dans l'esprit les dimensions spatio-temporelles du corps [...]. Il n'y a rien dans l'esprit qui ne soit passé par les sens et la motricité. »¹⁶⁴ L'ensemble des expériences d'un soi identifié dans ses contours et sa densité ouvre la voie aux représentations du corps, passant par différents niveaux d'intégration.¹⁶⁵ Le flamenco sollicite d'une part les différents systèmes du corps, participant au sentiment de soi par le mouvement. D'autre part, cette pratique exige une présence au corps, une conscience des gestes dans leur dimension affective et relationnelle. Elle vient ainsi nourrir les représentations corporelles.

Par ailleurs, la mobilisation des parties du corps à travers les chaînes musculaires et les fondamentaux labaniens favorise la construction d'une stabilité intérieure. L'intégration de l'axe du corps permet de relier les polarités de l'espace – mouvements droite-gauche, torsion, avant-arrière, enroulement-déroulement. Cette spatialisation est fondamentale d'un point de vue relationnel. Elle conditionne la différenciation dedans/dehors, et par conséquent, celle du soi/non-soi¹⁶⁶. Cette différenciation qui

¹⁶⁴ Didier Anzieu, 1994, p.12

¹⁶⁵ Lesage, 2012, p.60

¹⁶⁶ *Ibid.* p.44

distingue une entité corps se réfère aussi à la temporalisation¹⁶⁷. L'expérience du corps limité et situé amène à la question du devenir, de son inscription dans une histoire à travers la relation. Le rythme, vécu à la fois dans l'espace et dans le temps, est présent dans toutes les sphères de la vie. Il est la base pulsatile de notre cœur, et de celui de notre mère avant nous. Il réside dans la dialectique tension-détente, mais aussi dans l'alternance présence-absence, premier mode de relation à l'autre. Le flamenco met en jeu une communication entre ses différents acteurs, autant qu'il s'expose au regard du public. Le dialogue tonique et le regard sont donc très présents. Cette pratique vient alors soutenir et développer les capacités relationnelles de la personne.

Après avoir détaillé les différents aspects psychocorporels impliqués dans la pratique du flamenco, il me semble important d'effectuer un bref rappel sur la place de la danse en thérapie, avant de proposer une adaptation du flamenco en psychomotricité par rapport à mon expérience avec M. Mi.

2. De l'art à la danse en thérapie

La thérapie par la danse se situe dans le même registre que d'autres médiations artistiques comme le dessin, la poterie, la peinture etc. « L'art thérapie réside dans l'utilisation de l'art comme moyen d'expression et de communication »¹⁶⁸. La danse privilégie un mode d'expression non verbale destinée, dans ce cadre, à faire « surgir les images intérieures »¹⁶⁹ des patients, avec la particularité de permettre une prise en charge globale de l'individu – corps et esprit.

En effet, Diane Jean-Sloninski affirme que la danse vient contacter le cerveau émotionnel à travers le ressenti corporel, et en améliore la régulation. Ce phénomène rend cette médiation pertinente pour traiter les troubles d'origine anxieuse. La danse est donc une médiation corporelle, qui sollicite les émotions et permet l'expression des affects et des représentations, qui ne sont pas toujours accessibles à la parole. C'est un

¹⁶⁷ *Ibid.* p.45-46

¹⁶⁸ Diane Jean-Sloninski, 2011, p.20

¹⁶⁹ *Ibid.* p.21

autre langage qui entre en jeu dans le processus thérapeutique. Lesage résume ainsi la profondeur de l'approche thérapeutique par la danse :

« La danse est création d'un corps, beaucoup plus que l'utilisation du corps ; elle met au jour son expressivité par une définition de ses qualités spatiales, temporelles et énergétiques. Même si l'outil du peintre, du musicien, du sculpteur doit s'incorporer à l'artiste, le processus d'investissement du corps dans la danse renvoie le sujet à son être, à son individuation, sur un mode plus archaïque, plus fondamental. »¹⁷⁰

Au delà d'être un art, la danse s'inscrit aussi dans une dynamique sportive¹⁷¹. D'un point de vue physique, elle favorise un raffermissement des abdominaux, conduisant à une meilleure stabilité. Elle développe les coordinations des bras et des jambes, muscle et assouplit en agissant sur toutes les parties du corps. Chacune de ces parties a un rôle à jouer et améliore la conscience corporelle. D'un point de vue psychologique, la danse stimule la confiance en soi, libère l'agressivité et permet l'expression des émotions et des ressentis par la voie du corps. Elle favorise la libération d'endorphines dans le cerveau, source du sentiment de plaisir. Ainsi, elle a une action bénéfique sur le stress et l'anxiété¹⁷². En outre, elle inculque l'acceptation de l'échec temporaire et la persévérance. En tant que sport sollicitant l'endurance, elle agit et renforce les systèmes cardiovasculaire, respiratoire, ostéo-articulaire et la circulation sanguine.¹⁷³

La danse en thérapie est donc une médiation au même titre que les autres dans l'art thérapie, avec ceci qu'elle présente les vertus thérapeutiques inhérentes aux autres activités sportives. Cette dernière dimension a d'ailleurs une efficacité reconnue dans le traitement de la maladie de Huntington¹⁷⁴.

¹⁷⁰ Lesage, 2006, p.98

¹⁷¹ Jean-Sloninski, *op. cit.*, p.33-34

¹⁷² *Ibid.* p.35-39

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ Cf. *supra*. Première partie, « 3.6. Les traitements » p.30

3. Le flamenco adapté à la psychomotricité – un parcours d’expérience

Je commencerai cette dernière partie avec une citation de Catherine Potel, qui représente bien l’enjeu majeur de l’incorporation du flamenco dans les soins psychomoteurs.

« Dans le choix des objets de médiation, le thérapeute engage toujours une partie de lui-même, en s’appuyant sur des moyens d’expression qui lui sont personnels, comme la danse, la musique ou le sport. En choisissant de ‘prêter’ cet objet précieux qui a à voir avec son intimité psychique, pour en faire un objet de médiation thérapeutique, en même temps qu’il va s’appuyer sur la connaissance qu’il a de cette ‘matière’, le thérapeute se dégage d’une finalité de transmission de connaissance. Si ce n’est pas le cas, il devient alors professeur ou pédagogue, dont la fonction est bien différente de celle d’un thérapeute. Partager avec son ou ses patients le plaisir et la créativité à s’exprimer dans une médiation qu’il connaît bien – mais qui trouve ici un autre bénéfice que sa propre expression personnelle – lui demande une vraie opération de détachement. C’est à ce titre seulement que l’objet choisi peut devenir une zone intermédiaire de rencontre. »¹⁷⁵

3.1. Pratiques psychomotrices : entre thérapie et rééducation

Dans le monde des psychomotriciens, on entend souvent s’opposer les termes « thérapie » et « rééducation psychomotrice ». Dans le premier cas, on entend l’orientation psychanalytique d’une pratique héritée des fondateurs de la psychomotricité, dans un contexte très emprunt des théories freudiennes. Le second terme réfère davantage aux neurosciences et à l’application de méthodes spécifiques en réponse à un symptôme, dont l’efficacité est vérifiée à l’aide d’évaluations standardisées.

¹⁷⁵ Catherine Potel in Albaret J.-M., Giromini F. & Scialom P., 2015, p.20

Selon Ajuriaguerra, le soin psychomoteur développe avant tout un mode de relation corporel avec l'environnement, au-delà des compétences motrices¹⁷⁶. Dans la même lignée, Potel affirme que la thérapie psychomotrice « vise plus particulièrement la construction ou le renforcement d'une unité somatopsychique par un travail sur l'image du corps, soutenu par la relation qui s'instaure dans l'espace thérapeutique. »¹⁷⁷ A travers ma clinique, vous avez pu constater que c'est principalement dans cet axe que je situe ma pratique de la psychomotricité avec M. Mi. La mise en jeu du dialogue tonique, du *holding* et de la corporéisation de l'organisme dans la relation, vient nourrir l'image du corps, à la croisée du psychisme et du corporel.

Néanmoins, l'approche rééducative de Jean-Michel Albaret est tout aussi pertinente :

« La psychomotricité cherche par des méthodes originales à améliorer l'adaptation perceptivo-motrice de l'individu au milieu. Elle étudie donc à la fois, les mécanismes perceptifs, c'est-à-dire comment et avec quelle efficacité le sujet extrait du milieu les informations pertinentes pour la réalisation de son projet moteur et, par ailleurs, le comportement moteur lui-même et ses caractéristiques. »¹⁷⁸

« La rééducation psychomotrice est un des moyens qui permettent de restaurer l'adaptation de l'individu au milieu par le biais d'apprentissages psycho-perceptivo-moteurs. A côté de l'aspect purement instrumental de la thérapie, portant sur la réorganisation du geste par exemple, les mécanismes cognitifs sont pris en compte et jouent un rôle important dans la recherche de l'amélioration symptomatique. »¹⁷⁹

Bien que mes affinités pour les processus psychologiques me portent à avoir une lecture davantage psychodynamique que fonctionnelle – notamment pour donner du sens à mes propres actes – je garde à l'esprit que l'axe rééducatif a une grande importance dans le soin des personnes atteintes de la maladie de Huntington. C'est particulièrement le cas avec M. Mi, où les prises en charges orthophonique et kinésithérapique tardent à être mises en place. Il s'agit de permettre au patient de maintenir le plus longtemps possible son indépendance, et d'améliorer ou d'entretenir sa qualité de vie.

¹⁷⁶ Schmid Nichols, *loc. cit.*, p.7

¹⁷⁷ Potel, *op. cit.*, p.16

¹⁷⁸ Jean-Michel Albaret, 1991, p.45

¹⁷⁹ *Ibid.* p.44

Dans cette optique, le flamenco m'a aidée à garder le cap. En plus de l'investissement relationnel, les mouvements dansés n'étaient pas totalement libres, ils nécessitaient une réflexion sur l'organisation dans l'espace et la conscience des différentes parties du corps. Cela faisait sens pour M. Mi. Je me souviens d'une séance où il a dit « ça fait travailler les doigts », le visage illuminé. Constatation, en effet, mais aussi référence au fait qu'en arrivant en psychomotricité, il avait parlé de ses difficultés à rouler ses cigarettes. Il appréciait donc le fait que ce travail puisse l'aider dans ses difficultés quotidiennes de manière « concrète ».

Thérapie psychomotrice et rééducation sont deux approches divergentes, certes, mais parfois conciliables en pratique. Cette diversification théorique et clinique permet une adaptation plus large des professionnels face aux troubles psychomoteurs. Entre le « trop dirigé » et le « pas assez guidé », la réflexion sur ce que doit être un soin psychomoteur m'a préoccupée tout au long des séances avec M. Mi, et d'autres patients. La définition de médiation prête elle aussi à confusion et nous ramène une fois de plus à l'essence de notre travail.

3.2. Une médiation psychomotrice

Etymologiquement, le terme médiation désigne quelque chose qui vient « se mettre entre », « s'interposer ». Dans le domaine du soin, la médiation se définit comme un objet ou une activité « extérieure » qui vient se mettre entre le thérapeute et le patient pour permettre la relation thérapeutique¹⁸⁰. La médiation est le témoin de la rencontre entre le thérapeute et son patient¹⁸¹.

Je proposerai ici quelques éléments développés par Potel¹⁸², choisis au regard de ma courte expérience clinique, pour situer le flamenco en tant que médiation psychomotrice.

¹⁸⁰ Blandine Maliaud, 1997, p.32.

¹⁸¹ Catherine Potel, 2015, *Cours de psychiatrie « L'adolescence du point de vue de la psychomotricité »*, Université Paris VI, non publié à ce jour

¹⁸² Potel, *op. cit.*, p.16

1) Les médiations corporelles mettent à l'œuvre une mise en activité du corps au service d'une forme d'expression. L'objet proposé doit donc convenir à l'expression des patients pour qu'ils puissent l'investir et se l'approprier.

L'aventure flamenco fut lancée par M. Mi lorsqu'il exprima son appétence pour les danses espagnoles. C'est donc lui qui m'a amenée à lui proposer cette médiation. Néanmoins, nous sommes resté à des gestes très basiques, loin d'une idée de performance. Entre guider et diriger, la limite est mince. La position était difficile à tenir face au peu de créativité de M. Mi. J'essayais de me saisir de chaque geste qu'il esquissait pour qu'on le développe ensemble, le déroule dans l'espace et le temps. Je n'avais pas l'impression de pouvoir laisser M. Mi seul dans une démarche d'improvisation, nous devions tout construire ensemble. C'est vraiment l'aspect relationnel qui soutenait son désir de se mouvoir.

Le flamenco et la référence à l'Espagne n'auraient peut-être pas motivé un autre patient. De plus, les capacités de symbolisation et d'élaboration diffèrent selon les personnes et les pathologies. Cependant, les multiples composants de cet art permettent de le décliner dans différents domaines : musique, rythme, percussions, mise en scène « théâtrale ». En outre, cette médiation aurait tout son intérêt dans une pratique en groupe – que je développerai ci-après. Cela enrichirait et soutiendrait l'aspect créatif des improvisations.

2) L'aspect thérapeutique dépend avant tout de l'investissement du thérapeute et de son adaptation aux besoins du patient. Le thérapeute doit rester dans une « attention empathique »¹⁸³ en limitant le plus possible ses projections sur le patient.

Thierry Bénavidès expose trois contraintes en jeu dans le cadre thérapeutique¹⁸⁴ : la *contrainte d'expérimentation* suppose que le thérapeute ait déjà expérimenté le dispositif qu'il propose au patient ; la *contrainte d'implication* signifie que le thérapeute participe et reste dans une semi-directivité afin de permettre une co-construction du dispositif thérapeutique avec le patient ; enfin, la *contrainte d'élaboration* oblige le

¹⁸³ Anne Delege, 1997, p.24

¹⁸⁴ Thierry Bénavidès in Giromini F., Albaret J.-M., & Scialom P., 2015, p.10-11

thérapeute à élaborer ce qui est vécu et perçu pendant la séance. C'est mettre des mots sur les éprouvés corporels.

Au-delà de la médiation, il s'agit donc des capacités de réceptivité et d'adaptation de la personne qui incarne le rôle de thérapeute. Cela signifie que le flamenco ne peut pas être utilisé comme médiation thérapeutique par n'importe quel danseur, mais que celui-ci nécessite d'avoir une formation dans le domaine du soin. A *contrario*, n'importe quel thérapeute ne peut pas utiliser le flamenco en tant que médiation thérapeutique. Cela implique qu'il ait lui-même une pratique de cette danse.

Concernant le risque de projeter ses propres mouvements internes sur le patient, personne n'en est totalement protégé. C'est pour ça que l'élaboration est fondamentale, ainsi que le retour aux manifestations corporelles concrètes. Néanmoins, nos actes sont motivés par des interprétations sous-jacentes, conscientes ou non, en fonction de ce que l'on perçoit chez le patient¹⁸⁵. Ces interprétations et façons de réagir sont empruntées de notre personnalité. L'ensemble de ce mémoire et de ma clinique avec M. Mi est issu d'une « direction » que j'ai prise pour analyser nos séances. Par conséquent, je ne présume en aucun cas d'avoir eu la meilleure manière d'orienter cette prise en charge, et je ne considère pas non plus que ma compréhension des phénomènes relationnels relève d'une réalité effective. En revanche, j'ai agi du mieux que je pouvais et mes écrits sont une tentative de mise en sens des comportements observés et surtout vécus.

4) L'expérience vécue n'a de valeur que si elle est partagée. La médiation est un support et un adossement à la relation. La médiation corporelle induit des mécanismes d'identification, d'imitation et de résonances relationnelles, corporelles et émotionnelles.

Cela apparaît à plusieurs reprises dans ce travail et, de manière générale, la relation est le ciment de la psychomotricité. Dans mon travail avec M. Mi, la médiation flamenco fut le fil conducteur de la relation thérapeutique.

Tout comme l'expressivité et la connaissance de moi-même que la pratique du flamenco m'a apportée, l'aspect communicatif et l'énergie de groupe ont fini de conquérir mon cœur. Chacun est à l'écoute de l'autre, et c'est la capacité à être

¹⁸⁵ Cf. *supra*. Deuxième partie, « 5. Empathie et contre-transfert corporel » p.60

ensemble qui fait vivre le flamenco. Où que l'on se situe, acteur ou spectateur, l'énergie qui circule est presque palpable. Celle-ci fait que cette pratique, qui impose maîtrise et performance, se transforme en objet de transe, faisant ressortir le côté sauvage et indompté de l'être.

5) L'enjeu des médiations thérapeutiques est de générer un changement global plutôt qu'une amélioration de performance. L'aspect de contrôle et de maîtrise inhérente à ces disciplines ne doit en aucun cas supplanter l'aspect de valorisation et de connaissance de soi qui peut s'épanouir au sein de ces activités du corps.

Le flamenco est un art complexe. Sa danse est à la fois souple et rigide. En psychomotricité, c'est le côté souple, énergétique, dont il faut se saisir. Le flamenco met en jeu une écoute des sens et une résonance intérieure, osseuse. C'est une découverte de l'espace. La danse flamenca est apparue en tant qu'illustration des chants gitans, elle était donc immédiatement liée à une représentation de la pensée par le corps. En psychomotricité, du moins de la manière dont j'ai tenté de l'amener avec M. Mi, il s'agit de revenir aux composantes basiques de cette danse : frappe de pieds, ancrage au sol, mouvements des bras, des mains, de la tête, du buste etc. Proposer ces expériences permet d'une part de faire ressentir aux patients les différents éléments de la structuration psychocorporelle, et d'autre part de les outiller pour pouvoir les réutiliser de manière plus libre, dans des enchaînements et improvisations. Dans cette recherche créative, l'expression personnelle peut faire apparaître d'autres types de mouvements qui seront toujours les bienvenus. C'est une base d'exploration qui vise à amener la personne vers une découverte d'elle-même, en même temps qu'elle acquière ou découvre de nouvelles possibilités motrices.

3.3. Intégration psychomotrice

Maurice Merleau-Ponty affirme que le schéma corporel, au-delà d'une expérience du corps propre, demeure une expérience du corps propre dans le monde, et que c'est ce

monde qui donne un sens moteur au signe verbal¹⁸⁶. Il ajoute que le corps est indissociable de l'espace et du temps. On note aussi l'importance du langage dans la mise en sens des vécus corporels. L'intégration psychomotrice est liée à la structuration du schéma corporel. Tout comme le corps vécu est le socle du corps perçu et représenté, le corps propre est la base de notre relation au monde, de notre capacité d'agir et d'interagir.

L'intégration psychomotrice implique un étayage de quatre niveaux de connaissance de soi et d'autrui – le TSAR : tonus, sensation, affect, représentation – auxquels s'ajoute le langage en ultime système d'intégration¹⁸⁷. Suzanne Robert-Ouvray propose de mettre en rapport les pôles opposés de chaque palier pour permettre l'accès à l'ambivalence et à la nuance. En effet, tout n'est pas « noir » ou « blanc », et reconnaître le « gris » a une importance capitale pour la perception de l'objet dans son entièreté. En d'autres termes, il faut savoir composer entre soi et l'autre, être suffisamment confiant pour accepter la frustration. A ce propos, on se souvient de l'importance de *l'air intermédiaire d'expérience* de Winnicott. Cette zone de partage entre réalités intérieure et extérieure¹⁸⁸, permet le passage progressif de l'illusion (qu'à l'enfant d'être le créateur du sein) à la désillusion (l'autre existe en dehors de lui) vers une perception objective basée sur l'épreuve de réalité¹⁸⁹. Le rôle d'une médiation réside aussi dans la possibilité de former un espace transitionnel, permettant au patient de s'approprier un espace de création fantasmatique. Ce dispositif thérapeutique implique une totale liberté du patient, dans une visée de psychothérapie. Néanmoins, en psychomotricité, il faut savoir orienter et mener le patient vers ce qui pourra l'aider à évoluer de manière globale, et surtout dans sa relation avec son corps. Une fois encore, l'élaboration autour du dispositif et de nos propres actes, couplée à une connaissance de soi-même suffisamment développée et entretenue, est la clef d'une position thérapeutique juste.

Pour en revenir aux paliers d'intégration psychomotrice, je partirai du principe que le flamenco adapté à la psychomotricité permet l'intégration de positions intermédiaires grâce à la dialectique des deux extrêmes. Certes, le côté dur hypertonique est facile à percevoir. Les percussions corporelles, les frappes de pieds au sol, donnent

¹⁸⁶ Ajuriaguerra, 1962, p.173

¹⁸⁷ Robert-Ouvray, *op. cit.* p.78

¹⁸⁸ Donald W. Winnicott, 1971, p.25

¹⁸⁹ *Ibid.* p.21

une tonalité vibratoire aux expériences sensorielles. Mais le passage d'une position à une autre nécessite un lâcher prise, relâchement tonique qui peut être travaillé en psychomotricité. Le dur du corps – sensation osseuse – se confronte au mou des organes, de la peau.

Je me souviens d'un adolescent en groupe de capoeira qui me dit « Aïe j'ai mal, j'ai mal » en se tenant les cuisses. Nous venions de faire un exercice les genoux pliés, qui sollicitait particulièrement les quadriceps. Je lui ai expliqué que c'était peut-être ses muscles qu'il sentait se contracter. Nous avons pu discuter, sentir la différence entre contraction et détente, mettre un sens sur ce qu'il avait perçu dans son corps. Cela l'a beaucoup rassuré et il a pu continuer à participer à la séance.

L'exploration du poids et des flux – libre ou contrôlé – diversifie les sensations d'un corps dur ou mou, potentiellement à l'aide d'objets et de matières différentes qui aident à la représentation. A ce propos, je n'ai pas mentionné les accessoires de flamenco (châle, robe, gilet d'homme, cape, chaussures à clous, éventails) qui sont autant d'outils pour une exploration sensorielle, agréable ou désagréable. On retrouve le niveau affectif dans ce qui va être associé à la sensation perçue dans le mouvement. Le couple affectif d'opposition satisfaisant-insatisfaisant est le soubassement de la représentation que l'on va se faire de soi en tant qu'acteur. Je n'ai pas été jusqu'à de telles élaborations avec M. Mi, tout ceci reste donc au stade de la théorie et mériterait une mise en pratique pour être mieux développé. Néanmoins, j'ai tenu à évoquer les quatre niveaux TSAR car cette théorie fut une révélation pour moi. En deuxième année d'étude, celle-ci a vraiment donné du sens à ma future profession. Ce fut aussi une manière de mieux me percevoir moi-même, notamment en flamenco.

Lorsque je danse, les mouvements mettent en jeu un ensemble de contractions/relâchements, une régulation tonique qui nécessite une écoute fine des sensations. A leur tour, ces contractions induisent des sensations qui résonnent dans tout mon corps. Si je suis trop contractée, mes écouteilles se ferment, je ne suis plus à l'écoute du groupe. C'est le propre de l'hypertonie et de la projection. Mais si je suis trop relâchée, dans le mou, le corps coule, s'échappe dans l'espace, et nécessite un rassemblement. Ces sensations s'accompagnent d'un état émotionnel particulier. Je me sens heureuse, joyeuse, excitée, nerveuse, amoureuse, en colère, confuse, surprise, frustrée... et cela s'intègre dans un personnage. J'en joue par mon regard, ma posture, fière, assumée. Lorsque je suis fatiguée, je me saisis alors de cette posture et du groupe pour retrouver l'énergie flamenca. Je suis souvent

impressionnée de constater à quel point je peux arriver à un cours complètement épuisée et en ressortir totalement revigorée. Il y a une interrelation entre les différents niveaux du TSAR que j'éprouve à ce moment. Outre la contagion énergétique entre les danseurs, il y a une contagion et une correspondance entre les différents niveaux d'étayage, qui en font un outil précieux en psychomotricité.

Pour finir, on retiendra l'importance accordée par Robert-Ouvray au rythme relationnel, initiateur de la dialectique hyper-hypotonie, correspondant à l'absence-présence de la mère. Ce rythme devient un rythme intégratif de la dialectique des pôles opposés. Le rythme est la mise en relations de l'espace et du temps dans une dialectique plein-vide, présence-absence, dedans-dehors. Il permet l'accordage des différents *flamencos* entre eux. C'est un élément de structuration fondamentale pour la danse, le déroulement d'une chorégraphie dans le temps, et du « fil de la pensée ».

3.4. Structuration psychocorporelle

Souvent en dansant, je me suis retrouvée essoufflée, rigidifiée, douloureuse à cause des contractions musculaires trop fortes, qui finalement affectent mes gestes. Or, c'est en laissant au corps une souplesse, en utilisant son poids et la gestion des appuis, dans un certain relâchement, que la danse peut se déployer. L'économie de l'effort n'est autre qu'un équilibre entre les contractions minimales nécessaires à la posture, et le relâchement maximal des autres parties du corps. « Trouver la détente dans la posture » : je me rappelle cette injonction en cours de yoga. Il faut faire l'expérience de l'hyper et de l'hypo afin de pouvoir intégrer cette ambivalence dans son propre corps. Toutes ces régulations montrent l'importance d'une bonne structuration psychocorporelle.

Lesage développe sept piliers de la structuration psychocorporelle dans son ouvrage de 2012¹⁹⁰. Ainsi, la dynamique des flux, le dedans-dehors, le poids / les appuis, l'axialité, l'usage / organisation du corps, l'expressivité du geste, et la symbolisation sont considérés notamment à travers les différentes structures du corps exposées précédemment¹⁹¹.

¹⁹⁰ Lesage, 2012, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Toulouse, Erès.

¹⁹¹ Cf. *supra*. Troisième partie, « 1.3. D'un point de vue psychocorporel » p.66

Tous ces éléments sont très présents en flamenco, et se retrouvent à différents niveaux de ma clinique avec M. Mi. Comme j'ai déjà exposé un certain nombre de théories à ce sujet, je reviendrai simplement sur notre fameux enchaînement pour analyser comment ces gestes impactent sur la structuration psychocorporelle.

« Puis, nous construisons une chorégraphie ensemble en ajoutant des gestes chacun à notre tour. L'enchaînement final est constitué de quatre séquences :

- deux marquages mettant en jeu la coordination des membres homolatéraux (bras et jambes) d'un côté puis de l'autre ;

- un tour avec le regard qui reste fixe le plus longtemps possible, faisant travailler la rotation de la colonne sur le plan transversal, l'équilibre et le contrôle oculomoteur ;

- quatre golpes, c'est à dire des frappes de pieds à plat, qui stimulent d'une part la plante des pieds, le réflexe de redressement et la résonance osseuse dans l'ensemble du squelette, en référence à la solidité interne du corps. D'autre part, ils nécessitent un lâcher du poids de la jambe vers le sol permettant une certaine expulsion des tensions ;

- un marquage des deux bras en avant, qui ressemble au geste « d'attraper » ou de « creuser », de l'ordre du « ramener vers soi ». C'est une coordination homologue des bras et des doigts. »¹⁹²

J'ai commencé par proposer les deux *marquages* qui mettent en jeu les chaînes latérales antérieure et postérieure, significatives sur le plan relationnel. Ils investissent d'une part le plan horizontal, symbolisant l'ouverture et la fermeture à l'autre, mais aussi l'exploration spatiale. D'autre part, les *marquages* se déploient dans le plan frontal, plan de l'inclinaison et de l'évaluation / prise de décision. Ils permettent une intégration de l'axe corporel par la connexion aux différents plans de l'espace. En effet, AL et PL transmettent un flux tonique et s'organisent avec les schèmes de connexions haut-bas de Bartenieff. Ce mouvement implique aussi le réflexe tonique asymétrique du cou et fait appel à l'intégration de la motricité précablée, qui évoque le geste du tir à l'arc – activité proposée par l'HDJ, à laquelle M. Mi a participé. Pour finir, le déplacement du poids de chaque côté entraîne un réajustement prolongé des appuis, qui se termine par un repoussé, réaction au support favorisant le redressement du corps et l'ancrage au sol, sollicité à partir du bassin jusqu'aux pieds.

M. Mi suggère alors un tour, geste qu'il avait bien investi auparavant. Le tour s'effectue sur le plan horizontal, plan de l'exploration. Il met en jeu une rotation de la colonne et stimule la sensation de l'axe corporel, activant la chaîne postéro-médiane.

¹⁹² Cf. *supra*. Deuxième partie, « 4. Février-mars : du réinvestissement de soi » p.52

C'est un geste soutenu dans le temps. De plus, il y a un jeu de regard intégré à ce mouvement. Il s'agit de se regarder le plus longtemps possible tandis que le corps tourne, et une fois que l'on ne se voit plus, de se retrouver par le regard avant que le corps ne finisse de tourner. La tête part la dernière et arrive la première, tel un double effet tire-bouchon. La synchronisation implique un accordage tonique, c'est un mouvement de relation.

J'invite ensuite à effectuer quatre *golpes*, frappes de pieds au sol, associés à un rassemblement des bras autour de l'axe. D'une part, il s'agit d'un rapport rebondi au sol, le centre de gravité doit rester fixe. C'est un mouvement soudain, direct et lourd selon la grille d'effort de Laban. La résonance squelettique se diffuse dans le corps. D'autre part, le geste de rassemblement des bras met en jeu la connexion droite-gauche, le schème d'enroulement et de densification, mobilisant les chaînes antéro-latérale et antéro-médiane. Cette dernière représente la sensorialité, au-delà de la dialectique dedans-dehors inhérente à l'enroulement et stimulée par la rythmicité de ce pas.

Enfin, M. Mi propose un ultime *marquajes* mobilisant les deux bras sur le plan sagittal. Ce geste qui avance et recule s'effectue sur le plan de la projection, de l'aller-retour entre soi et l'autre. C'est un mouvement direct mais articulé, encore une fois très relationnel. On observe alors que les propositions de M. Mi sont très axées sur la relation.

Sans être exhaustifs, ces éléments montrent comment ces mouvements, issus de la danse flamenco, peuvent être le support d'une intégration des piliers de la structuration psychocorporelle. On remarque aussi que M. Mi se saisit de certains gestes en fonction de ses propres besoins et affinités, ce qui constitue un début de symbolisation. En outre, l'investissement du thérapeute, qui doit s'appuyer et rebondir sur l'énergie du patient, demeure fondamental pour l'accès à la conscience de soi. Je finirai par une citation de Jocelyne Vaysse à propos de la réappropriation du corps en danse-thérapie grâce à l'engagement corporel du thérapeute. Il convient néanmoins de garder à l'esprit que le flamenco en psychomotricité tel que je l'ai pratiqué n'est en aucun cas de la danse-thérapie, cette appellation faisant référence à un registre assurément psychodynamique.

« Il y a replacement du sujet dans son corps par un travail qui renvoie au Moi et à l'Image du corps, le corps du thérapeute pouvant servir de plus (cela dépend de la pathologie présentée) de Moi auxiliaire, voire de Moi social. [Le patient] 'se voit' »

dans le regard accueillant, encourageant, approbateur du thérapeute en réponse à une certaine quête – identificatoire. »¹⁹³

Après avoir défini la thérapie psychomotrice et la médiation thérapeutique, j'ai tenté d'éclaircir la mise en jeu de l'intégration psychomotrice et de la structuration psychocorporelle en danse flamenca. A présent et avant de conclure ce mémoire, je terminerai avec deux sous-parties qui concernent respectivement le cadre et les indications thérapeutiques.

3.5. De l'individuel au groupe, à propos du cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique réfère à une action thérapeutique située dans un lieu, un temps et des postulats théoriques définis¹⁹⁴. En psychomotricité, l'organisation de l'espace, les conditions matérielles, la durée et la fréquence – régulière ! – des séances sont réfléchies en fonction du cadre institutionnel et des hypothèses cliniques relatives au patient¹⁹⁵. En outre, ces hypothèses donnent lieu à des conditions d'encadrement – psychomotricien seul, co-animation entre psychomotriciens, travail pluridisciplinaire – et au choix d'une médiation, qui s'intègrent dans le projet global de l'institution. Le cadre thérapeutique relève donc d'un ensemble de choix réfléchis, et met en jeu l'adaptation des professionnels dans un cadre plus grand régi par l'institution. Le cadre interroge donc un élément fondamental : dans quel cas va-t-on mettre en place une prise en charge individuelle ou en groupe ? A partir de là, de quelle manière la médiation flamenco s'inscrit-elle dans ces dispositifs ?

Les prises en charge individuelles permettent au thérapeute de « maintenir un haut niveau d'adaptation au patient et développer des stratégies complexes qui vont suivre la progression des acquisitions. »¹⁹⁶

C'est ce choix qui a été pris avec M. Mi. En effet, au vu de la complexité de sa pathologie et du contexte de prise en charge, il semble approprié d'avoir ce temps

¹⁹³ Jocelyne Vaysse, 1997, p.144-145

¹⁹⁴ Catherine Potel, 2010, p.321-323

¹⁹⁵ *Ibid.*

¹⁹⁶ Bénavidès, *op. cit.*, p.11

thérapeutique privilégié. Nous étions 45 minutes par semaine dans la salle de psychomotricité, M. Mi, la psychomotricienne, en position d'observation, et moi-même. Nous avons donc construit cette médiation flamenco surtout à deux. Au niveau de l'accordage et des progrès moteurs, cela a beaucoup apporté. M. Mi a pu se sentir soutenu et profiter de cette sécurité pour réinvestir son corps et concevoir différemment sa pathologie. Néanmoins, le groupe apporte généralement plus de créativité et une énergie qui pourrait avoir comme objet commun de rencontre la médiation flamenco.

L'indication principale d'une prise en charge en groupe repose sur l'interactivité entre les participants¹⁹⁷. Celle-ci favorise l'ajustement comportemental relationnel et contextuel. Elle implique une confrontation entre les représentations individuelles, ouvrant à de nouvelles possibilités de raisonnement. De plus, le sentiment d'appartenance au groupe et la contenance ressentie ont une portée thérapeutique très forte. Ainsi, les thérapeutes accompagnent le patient dans sa manière de prendre sa place parmi les autres.

Qui plus est, le groupe demeure une alternative lorsqu'une prise en charge individuelle semble impossible ou inefficace ; quand elle risque de conforter la personne dans une illusion de fusion et de toute puissance par exemple¹⁹⁸.

Il est facile d'imaginer un groupe thérapeutique à médiation flamenco. La base de cet art étant le partage et la communication, il serait intéressant de développer cette médiation en thérapie psychomotrice. A l'instar de la danse-thérapie, le groupe engendre une empathie intercorporelle qui potentialise l'expression psychomotrice des patients¹⁹⁹. De plus, l'effet « spectateurs » répond au besoin de reconnaissance et de renarcissisation de certains patients. En flamenco, les spectateurs ne sont pas neutres. Ils encouragent les acteurs, en frappant des mains, des pieds, en émettant des *jaleos* [encouragements] tels que « Olé ! Guapa ! ». C'est tout un univers qui permet de mettre du sens sur la danse, l'observation, l'importance des uns pour les autres, tout en laissant place à la créativité.

¹⁹⁷ *Ibid.*

¹⁹⁸ Potel, *op. cit.*, p.382

¹⁹⁹ Vaysse, *op. cit.*, p.142

3.6. Quelques mots sur les indications

Pour finir, il m'a semblé important de dégager quelques indications et contre-indications potentielles de la médiation flamenco. A l'instar de la danse, le flamenco peut être envisagé pour toute sorte de pathologies, pourvu que les propositions soient adaptées aux besoins du patient, et que la médiation fasse sens pour celui-ci.

Néanmoins, nous pouvons extraire de notre décret de compétence²⁰⁰ certains désordres psychomoteurs pour lesquels la médiation flamenco semble davantage adaptée que pour d'autres :

- troubles de la régulation tonique ;
- troubles du schéma corporel ;
- troubles de la latéralité ;
- trouble de l'organisation spatio-temporelle ;
- maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
- troubles tonico-émotionnels ;
- inhibition psychomotrice ;
- instabilité psychomotrice ;
- troubles des régulations émotionnelles et relationnelles ;
- troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Afin de répondre à ces troubles, et forts de toutes les analyses antérieures sur cette danse, nous pouvons dégager quatre axes principaux de prise en soins.

L'axe relationnel qui se situe aussi bien dans les mouvements d'aller vers, de recentrage sur soi, que dans les relations d'imitation ou de différenciation. Cela permet d'appréhender la distance relationnelle, l'agir sous le regard de l'autre, l'altérité, l'écoute de l'autre, etc. notamment en ce qui concerne les troubles relationnels et émotionnels.

L'expression personnelle et la créativité, favorisées par la contenance du cadre sécurisant, qui autorise l'évolution d'un mode directif vers une autonomisation. Le rythme est aussi un mode d'expression qui peut raconter une histoire, par la répétition,

²⁰⁰ Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, version consolidée au 7 août 2004

les variations, l'intensité du geste²⁰¹. De plus, il met en jeu les capacités d'attention et de mémorisation.

La stimulation proprioceptive inhérente aux mouvements, ainsi que la résonance osseuse des percussions et le contact tactile, favorisent la construction du schéma corporel, la conscience du poids, des appuis, et de l'axe corporel, l'équilibre, la régulation tonique, les coordinations, la représentation du corps etc.

La mise en relation de l'espace et du temps par le rythme et les mouvements touche l'orientation, l'organisation et la structuration spatio-temporelle, la latéralité, l'axe corporel, les coordinations et plus largement l'ensemble du corps. En effet, Ajuriaguerra nous le rappelle avec cette citation de Merleau-Ponty :

*« Je ne suis pas dans l'espace et dans le temps, je ne pense l'espace et le temps, je suis à l'espace et au temps. Mon corps s'applique à eux et les embrasse. »*²⁰²

Quant aux contre-indications, elles relèvent plus de propositions inadaptées que de la médiation en soi, qui reste très malléable. Par exemple, il convient d'être prudent avec les percussions corporelles, qui peuvent être perçues comme un acte agressif par certaines personnes.

Il y aurait encore beaucoup à dire et surtout à faire par rapport à cette médiation. La danse flamenca m'a apporté énormément dans la connaissance de moi-même, et a été un fil rouge durant mes études en psychomotricité. J'ai compris beaucoup de notions théoriques à travers ces expériences. La prise en charge avec M. Mi m'a ouvert à l'adaptation de cette pratique en séance de psychomotricité. Il s'agissait d'apporter les éléments à juste dose, enrichis d'autres éléments plus purement psychomoteurs. A travers cette expérience, j'ai progressivement appréhendé les trois axes essentiels de la fonction thérapeutique selon Potel : « protection, pare-excitation, appuis. »²⁰³ Pour autant, ce vécu clinique associé à l'écriture du mémoire m'a ouvert à toute une réflexion qu'il me tarde de continuer et de développer au cours de mon parcours professionnel.

²⁰¹ Véronique Desfiolles-Peltier, 2015, *Cours de psychiatrie « Spécificités de la psychomotricité en psychiatrie adulte »*, Université Paris VI, non publié à ce jour

²⁰² Julian de Ajuriaguerra citant Merleau-Ponty M., 1962, p.173

²⁰³ Potel, 2015, p.112

CONCLUSION

Le flamenco m'a toujours intéressée par rapport à la psychomotricité. Néanmoins, n'ayant pas de possibilité initiale de l'utiliser en stage, j'avais tiré un trait dessus concernant le mémoire. Ceci jusqu'au jour où M. Mi l'a amené en séance, et où nos affinités pour la culture espagnole se sont rencontrées.

Ainsi, deux axes ont guidé ma réflexion. La découverte et l'analyse d'une pathologie complexe, encore mal connue, à travers la connaissance de M. Mi d'une part, et l'ouverture sur la médiation flamenco d'autre part.

La maladie de Huntington se répercute sur la psychomotricité globale du sujet, entravant les sphères motrice, psychique et cognitive. Le psychomotricien a donc un rôle immense à jouer dans l'accompagnement des personnes atteintes. Par ailleurs, ces personnes ont une histoire et des capacités singulières à prendre en compte au-delà de leur pathologie.

Le flamenco est une pratique complexe, parfois élitiste, qui mérite d'être déconstruite pour en revenir à sa base : l'énergie, l'écoute, la communication à travers le mouvement, la voix et la musique. J'ai tenté de montrer l'importance de ce type de médiation à travers ce travail. Je suis alors restée dans le registre de la danse flamenca. Pour autant, ce qui s'applique pour le flamenco est aussi valable dans d'autres activités, à l'instar de la capoeira, qui mêle musique, danse et jeu d'acteur.

De plus, nous avons pu constater au cours de ce travail, que l'importance des médiations se situe dans la relation dont elles témoignent. Elles doivent avant tout faire sens pour les patients. Le thérapeute puise à travers ses connaissances personnelles et professionnelles afin de répondre aux besoins du patient, de s'y adapter, d'être « suffisamment bon ».

Pour finir, j'aime à penser que cet écrit peut être une ouverture, un prélude au développement de la médiation flamenco, qui m'accompagnera sans doute dans mes futurs projets professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA J. de (1962), « Le corps comme relation », in JOLY F. & LABES G. (dir.) (2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Volume 1 : corps, tonus et psychomotricité*. Montreuil, Papyrus, p.163-183.
- ALBARET J.-M. (1991), « Rééducation psychomotrice : vers une approche pragmatique des pratiques corporelles » in *ANAE – Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, volume 3, n°1, p.44-49.
- ARNAUD-BESTIEU A. & ARNAUD G. (2013), *La danse flamenco. Techniques et esthétiques*. Paris, L'Harmattan.p
- BARROU M., DOLEUX D., METRAL A., MOULINS S., TISSOT S. (2003), « Psychiatrie adulte : du stagiaire au patient, une rencontre sidérante » in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°133, p.54-61.
- BASTIEN C. & MICHEL B. F. (dir.) (2014), *Représentations et maladies neurodégénératives*. Louvain-la-Neuve, De Boreck-Solal.
- BAUDIER A. (2008), « Les neurones miroirs » in *Evolutions psychomotrices*, volume 20, n°79, p.12-16
- BEDNAREK S. (2015), « Maladie de Huntington (MH) » in Giromini F., Albaret J.-M., Scialom P. (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3 : Clinique et thérapeutique*. Louvain-la-Neuve, De Boeck supérieur SA, p.303-309.
- DEFEBVRE L. & DUJARDIN K. (2007), *Neuropsychologue de la maladie de Parkinson et des syndromes apparentés. 2^{ème} édition*. Issy-les-Moulineaux, Masson.
- DELEGUE A. (1997), « Les qualité d'observation et d'attention : une médiation ? » in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°112, p.24-30.
- Ding, ding, dong. Institut de coproduction de savoir sur la maladie de Huntington. (2015), *Composer avec Huntington. La maladie de Huntington au soin des usagers. Rapport qualitatif*. Fondation de France.
- DUTEMS-CARPENTIER C. (2011), « Identité et mouvement » in Personne M., *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*. Toulouse, Erès, p.61-67.
- FAGET M. (2015), *Quand le corps n'en fait qu'à sa tête... Réflexions sur la place du tonus dans la prise en soins de patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington*. Mémoire de DE psychomotricité, Université de Bordeaux, Collège sciences de la santé.
- GIROMINI F., ALBARET J.-M., & SCIALOM P. (dir.) (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2 : Méthodes et techniques*. Louvain-la-Neuve. De Boreck

supérieur SA

- HUNTINGTON STUDY GROUP (1996), « Unified Huntington's Disease Rating Scale : reliability and consistency » in *Movement Disorders*, volume 11, n°2, p.136-142.
- JEAN-SLONINSKI D. (2011), *Utilisation de la danse dans le processus thérapeutique*. Paris, L'Harmattan.
- KINOO P. (2006), « Psychothérapie institutionnelle : le paradigme multifonctionnel interactif » in *Thérapie Familiale*, volume 27, n°1, p. 47-59.
- KRYSTKOWIAK P. & TRANCHANT, C. (2013), « Mieux comprendre la maladie de Huntington » in Association de Préfiguration de la Fondation Denise Picard, *La maladie de Huntington. Questions Réponses*. Thiolière, Chirat, p.25-55
- LESAGE B. (2006), *La danse dans le processus thérapeutique, Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Toulouse, Erès.
- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle, Structure, étayage, mouvement et relation*. Toulouse, Erès.
- DE LIEVRE B. & STAES L. (2012), « A. Le schéma corporel » in *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*. Bruxelles, De Boeck, p.16-51.
- MALIAUD B. (1997), « 'La médiation corporelle' en psychomotricité ? » in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°112, p.32-36.
- OURY J. (2007), « Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles », in *VST - Vie sociale et traitements*, volume 3, n° 95, p. 110-125.
- PIREYRE E. (2011), *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*. Paris, Dunod.
- POLLARD J. (2008), *Dépêche toi... et attends ! Faire face aux troubles cognitifs de la maladie de Huntington dans les stades intermédiaires et avancés – Manuel pour les aidants*. James.
- POTEL C. (2010), *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, Erès, 2012.
- POTEL C. (2015), *Du contre-transfert corporel. Une clinique psychothérapeutique du corps*. Toulouse, Erès.
- ROBERT-OUVRAY S. (2002), *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*. Paris, Desclée de Brouwer, 2007.
- SANDOVAL G. (2003), *Flamenco attitudes*. Pollina, Solar.

SCHMID NICHOLS N. (2011), « La référence à De Ajuriaguerra pour aborder la question de l'instanciation corporelle. Le corps qui est et devient 'en tant qu'étant' » in *Evolutions psychomotrices*, volume 23, n°91, p.5-10

VAYSSE J. (1997), *La danse-thérapie. Histoire, techniques, théorie*. Paris, Desclée de Brouwer.

WINNICOTT D. W. (1971), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris, Gallimard, 1975.

WINNICOTT D.W. (1987), *Le bébé et sa mère*. Paris, Payot, 1992.

AUTRES SOURCES

Film

Georget A. (2006), *Maudit gène*, Arté France Quark Productions.

Site web

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie – résumés des cours de neurologie, consultés le 20 février 2016 aux URL suivantes :

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/neuro/pathoneuro/POLY.Chp.2.4.4.2.html>

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/neuro/semioneuro/POLY.Chp.4.4.html>

Illustration de couverture

Claire Gauchet-Deherripon

ANNEXES

Table des annexes

I – Interactions entre noyaux gris centraux, striatum et cortex	p.96
II – Perturbation de la voie indirecte dans la MH	p.98
III – Le déguisement Huntington	p.99
IV – Les « oui » de Catherine.....	p.100
V – Les dessins de M. Mi.....	p.102
VI – Les chaines musculaires.....	p.103
VII – A propos de l’empathie gestuelle.....	p.106

ANNEXE I

Interactions entre noyaux gris centraux, striatum et cortex

1. Situés dans l'encéphale, les noyaux gris centraux sont une formation de substance grise – corps cellulaires des neurones – au sein de la substance blanche hémisphérique²⁰⁴. Ils comportent principalement le *globus pallidus* externe (GPe) et interne (GPi), le noyau subthalamique (NST), la substance noire compacte (SNc) et réticulée (SNr), ainsi que le noyau caudé et le putamen qui forment le **striatum**. Les voici représentés avec leurs projections synaptiques excitatrices (+) ou inhibitrices (-) :

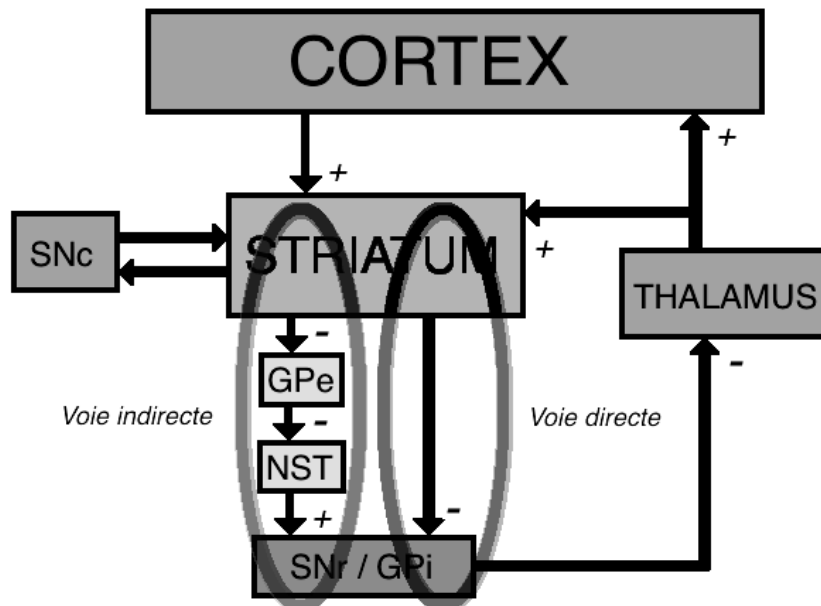


Schéma simplifié de l'organisation des noyaux gris centraux

²⁰⁴ DEFEBVRE L. & DUJARDIN K. (2007), *Neuropsychologie de la maladie de Parkinson et des syndromes apparentés*. 2^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux, Masson, p.4.

2. Le striatum comporte une partie motrice et associative, en relation avec des zones du cortex différentes. Ceci explique la complexité des symptômes de la maladie de Huntington.

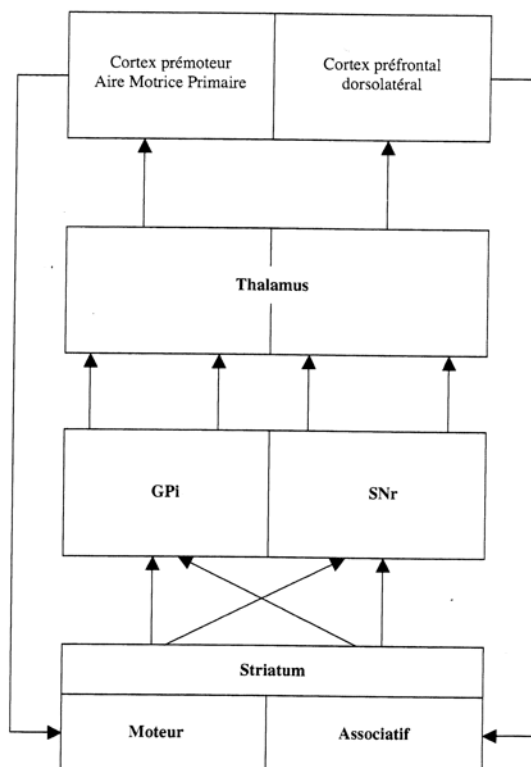


FIG. 2.5. — Illustration de la notion de circuit « en fourche » proposée par Joël et Weiner [3,4].

Extrait de Kathy Dujardin & Luc Defebvre, 2007, p.9

Annexe II

Perturbation de la voix indirecte dans la MH

Dans la maladie de Huntington, l'atteinte du striatum entraîne une majoration de l'activité excitatrice du thalamus sur le cortex moteur, comme le montre le schéma ci-dessous :

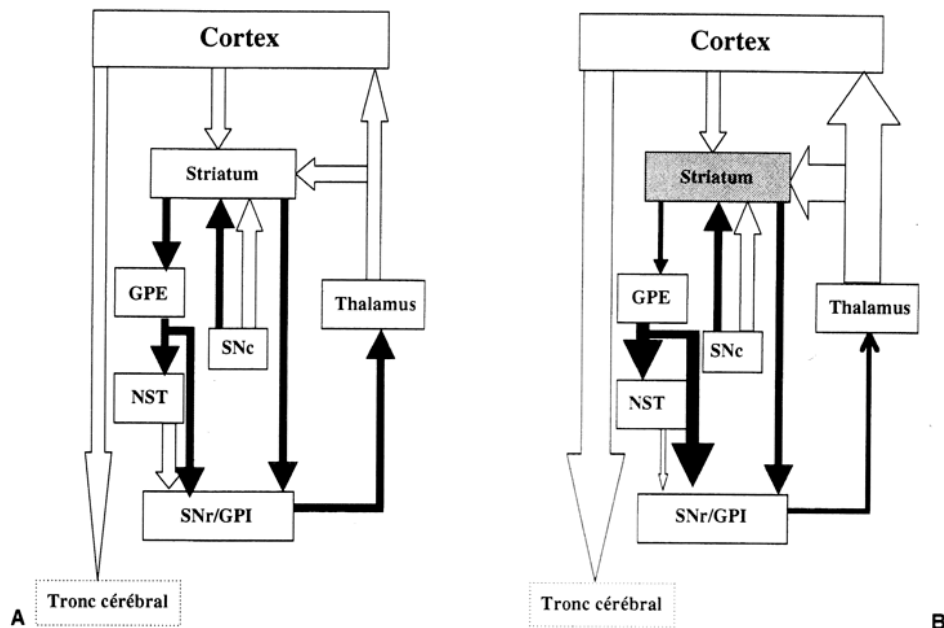


FIG. 8.1. — Schéma de l'organisation fonctionnelle du circuit moteur des noyaux gris centraux.

A : Dans la situation normale.

B : Dans la maladie de Huntington (lésions du striatum).

Voir le détail des explications dans le texte.

GPE : globus pallidus externe ; GPI : globus pallidus interne ; NST : noyau sous-thalamique ;
SNc : *substantia nigra pars compacta* ; SNr : *substantia nigra pars reticulata* ; NPP : noyau
pédonculo-pontin. *En blanc* : liaison excitatrice ; *en noir* : liaison inhibitrice.

Extrait de Kathy Dujardin & Luc Defebvre, 2007, p.151

ANNEXE III

Le déguisement Huntington²⁰⁵



Mai 2001

Jim Pollard/Laurel Lake Center

« Les deux masques bien connus de gauche, celui de la comédie et celui de la tragédie, représentent l'ancien théâtre grecque. [...] La simplicité des traits transmet rapidement les émotions humaines les plus fondamentales : le bonheur, la joie et le plaisir ou la tristesse, la peine et la douleur. Nous décodons facilement les sentiments grâce aux traits du visage représentés sur les masques.

La MH met un autre masque sur le visage de la personne atteinte. Elle modifie les traits qui nous sont familiers. Il devient difficile de savoir comment la personne se sent réellement ou encore ce qu'elle pense. Parfois, la maladie la déguise si bien que nous nous demandons si la personne atteinte a encore des sentiments. Cela ressemble au masque de droite. Ce masque constitue le 'déguisement de Huntington'.

En raison des changements musculaires et du manque de tonus des muscles faciaux, la personne atteinte de la MH a l'air de s'ennuyer ou de ne pas être intéressée par ce qui se passe. Cependant, même si elle semble ne pas être contente de revoir un ami de longue date, elle peut 'sourire à l'intérieur'. Quand celui-ci la salue et s'informe de sa famille, il peut s'écouler quelques secondes avant d'obtenir une réponse. Les gens peuvent donc penser que la personne n'est pas intéressée par ces brèves retrouvailles. »

²⁰⁵ POLLARD J. (2008), *Dépêche toi... et attends ! Faire face aux troubles cognitifs de la maladie de Huntington dans les stades intermédiaires et avancés – Manuel pour les aidants*. James, p.56-57.

ANNEXE IV

Les « oui » de Catherine²⁰⁶

Catherine travaille à déployer son accompagnement sous les auspices d'une éthique très exigeante qui a comme point de départ la responsabilisation de ses proches malades. Nous pouvons également comprendre cet engagement comme une entreprise de révélation et de prolifération de ce que ces situations contiennent d'intelligence. Pour y parvenir, Catherine fait d'abord, comme dirais le philosophe William James, le pari que cette intelligence existe. Puis, pour gagner son pari, elle est contrainte de trouver le moyen d'instaurer les bonnes conditions d'émergence d'une telle intelligence.

Catherine raconte une histoire intéressante à ce sujet : l'année dernière, sa nièce lui a dit qu'elle souhaitait partir en vacances au soleil avec son fils en Afrique du nord. Catherine a approuvé ce projet. Au retour de sa nièce, elle a appris qu'elle était tombée deux fois, une fois à l'aéroport et l'autre fois à la piscine. « Donc il y a un peu de danger aussi, mais c'est pareil : eux, les malades, ils tombent. Et les gens de l'hôtel, et bien ils se démerdent : ils les voient tomber, ils les ramassent, ils font ce qu'ils veulent, mais on ne va pas empêcher, tu vois, parce qu'ils tombent [de leur faire réaliser leurs projets. » Un an plus tard, Amandine, qui a perdu son emploi entre temps, dit à sa tante qu'avec l'argent de son solde tout compte, elle souhaite entreprendre un nouveau voyage au soleil avec son fils. « Alors je lui dis, oui, oui, oui ! (rires) Oui, oui parce que c'est de la vie. Bon peut-être qu'elle va tomber, peut-être qu'il va y avoir des problèmes (...) mais c'est la vie. La vie c'est le risque. (...) »

Vue l'avancée de sa maladie, ce projet préoccupe néanmoins sa tante : « Ça fou la trouille, moi j'ai la trouille des fois, tu vois, mais tu le fais. Enfin j'ai la trouille... j'appréhende ! » Elle met de côté ses inquiétudes au nom de cette éthique qui est la sienne, afin de laisser à la situation la latitude nécessaire pour faire proliférer les potentialités de vitalité qu'elle contient. Sinon, dit Catherine, autant mettre les malades « sous un globe ».

Au retour de son premier voyage, l'année dernière, Amandine a d'ailleurs raconté à sa tante une anecdote qui illustre bien cette potentialité d'intelligence que peuvent parfois manifester les gens, à condition que l'on crée des situations dans lesquelles elle peut émerger. Thomas, son fils de 7 ans, a rapporté à sa mère qu'il n'était pas content parce qu'il avait entendu d'autres enfants demander à leur mère : « Maman, pourquoi la dame elle marche comme ça ? » – et les parents ont répondu : « C'est parce qu'elle doit avoir mal aux pieds... » et Amandine de me dire : « J'ai trouvé que la réponse était intelligente. »

²⁰⁶ Ding, ding, dong. Institut de coproduction de savoir sur la maladie de Huntington. (2015), *Composer avec Huntington. La maladie de Huntington au soin des usagers. Rapport qualitatif*. Fondation de France, p.54-55.

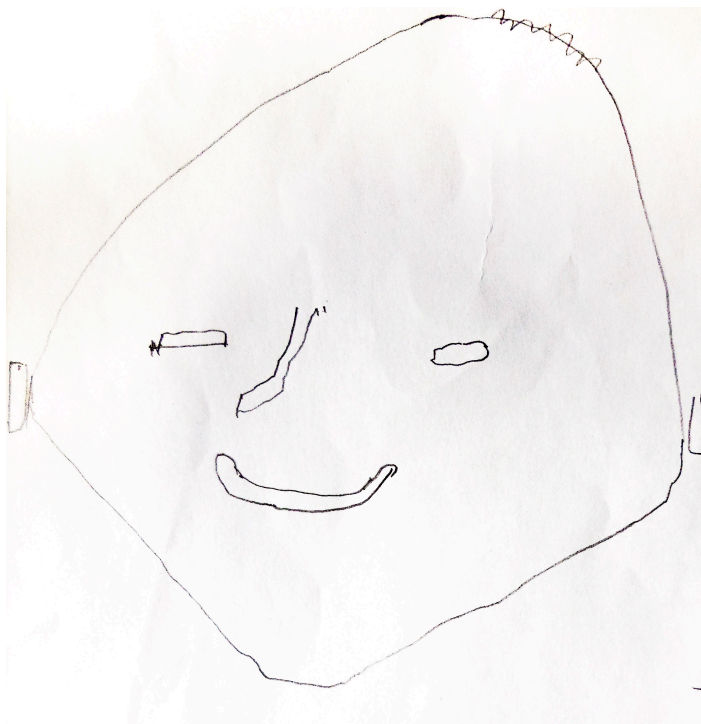
Une autre fois, le père d'un copain de Thomas a dit à Amandine : « Mais quand même, je vous observe, avec votre fils, vous avez des mouvements... - et là, elle a parlé de la maladie ! Et le lendemain, ils sont allés au restaurant ensemble, avec la femme de cet homme et tout ça... » Ces histoires montrent plusieurs choses. Tout d'abord que les malades rendent bien compte de ce qui leur arrive autant que de la manière dont ce qui leur arrive peut dérouter leur entourage. Nous sommes alors très loin de la fameuse anosognosie. Ensuite, ces histoires montrent à quel point les choses peuvent se déployer quand elles évoluent dans un *milieu* riche en potentialités. Et ce milieu n'est pas donné d'emblée, il faut lui donner sa chance, l'instaurer, par exemple en disant, comme le fait Catherine : Oui.

Notons alors que l'intelligence est quelque chose qui va dans les deux sens : la nécessité de reconnaître l'intelligence des malades mais aussi le fait que ces situations de proximité avec les malades requièrent de l'intelligence de la part des accompagnants ou plus exactement, comme nous l'a dit Anouck – malade en stade avancé de plus de 70 ans à qui nous avons demandé ce qui l'aide le plus dans sa vie actuelle : « l'intelligence et la gentillesse ».

Cela rappelle également certaines ruses de malades vis-à-vis du monde extérieur, quand par exemple la même Anouck décide de ne plus sortir de chez elle sans une canne. Ce n'est alors pas tant, de son propre aveu, pour l'aider à marcher (pour les huntingtoniens les cannes sont souvent d'ailleurs déconseillées par les soignants). Mais c'est pour parier à son tour sur l'intelligence du monde : grâce à cette canne, vous comprendrez peut-être que j'ai un problème de santé, et que si je titube autant, ce n'est pas parce que je suis saoule ! C'est cela, savoir créer un bon milieu, rendre intelligente la situation, et faire gagner le pari de Catherine.

ANNEXE V

Les dessins de M. Mi



Dessin du bilan, novembre 2015

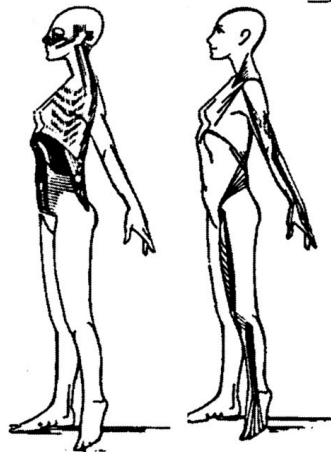
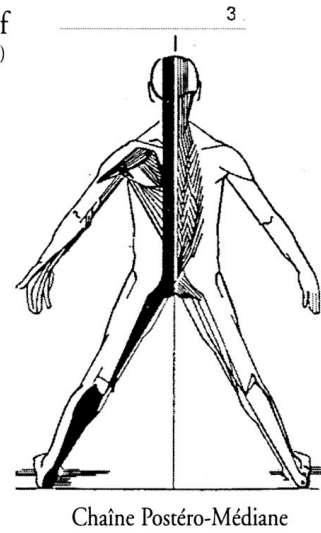
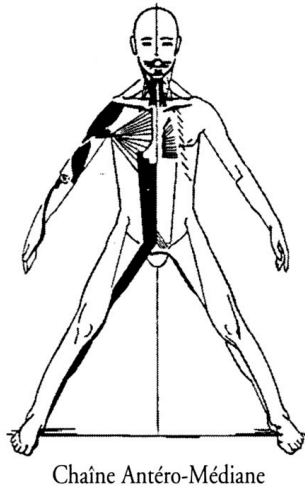


Dessin d'un personnage, février 2016

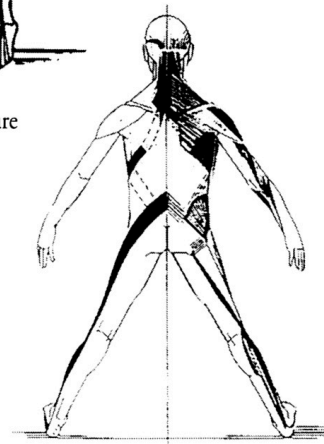
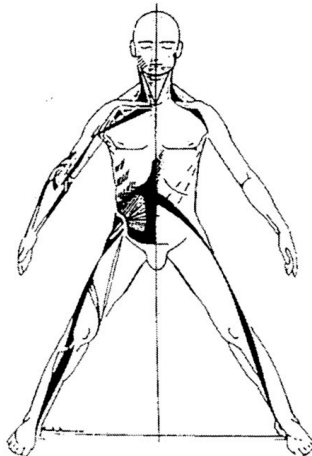
ANNEXE VI

Les chaînes musculaires²⁰⁷

Les chaînes musculaires et
articulaires selon G. Struyf
(avec l'aimable autorisation de PICTGDS)



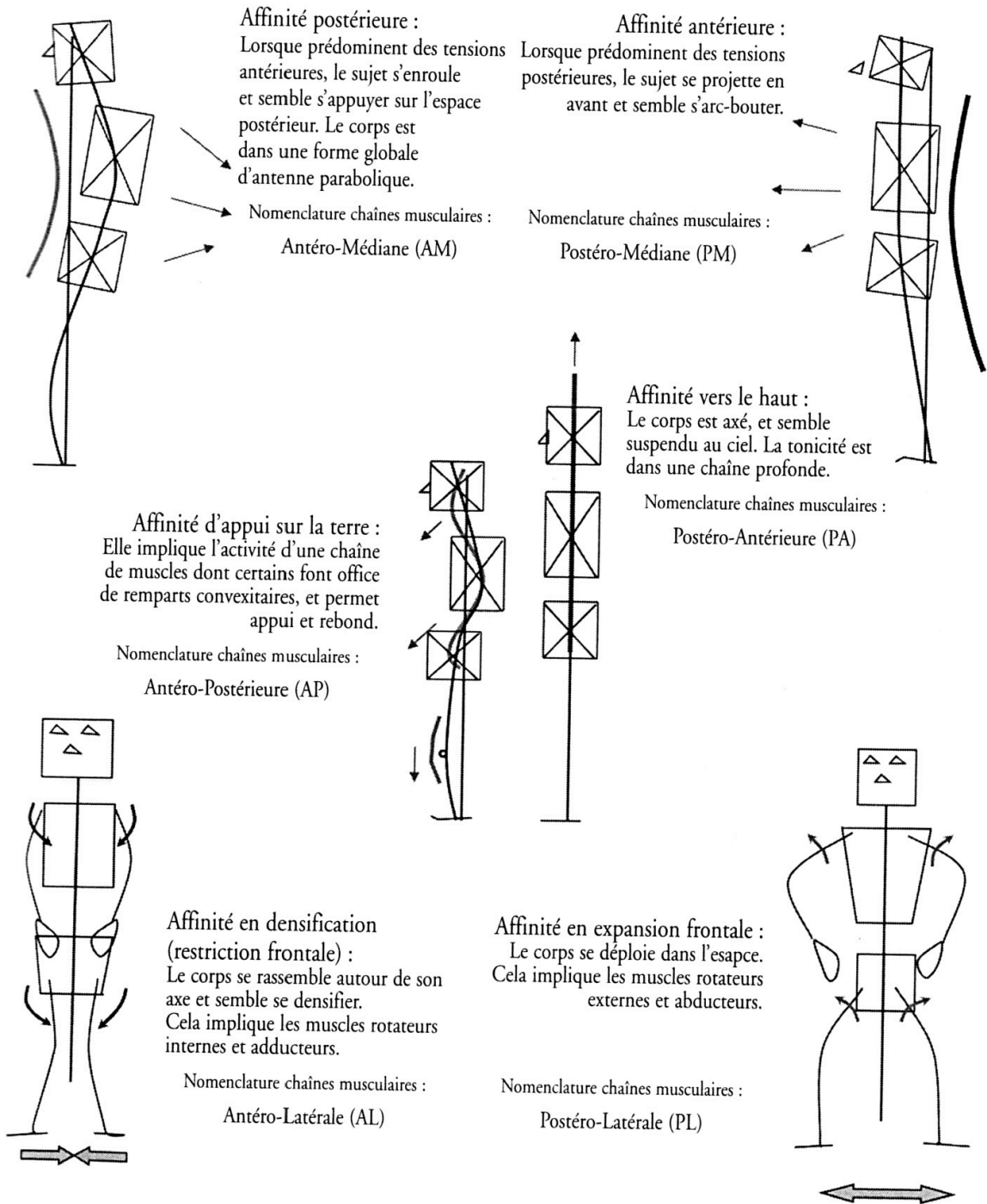
Chaîne Postéro-Antérieure
et Antéro-Postérieure



Typologies horizontales (membres et ceintures) :
Chaîne Antéro-Latérale Chaîne Postéro-Latérale

²⁰⁷ LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle, Structure, étayage, mouvement et relation*. Toulouse, Erès, p.101-103.

Correspondance entre les affinités spatiales et les typologies des chaînes musculaires selon G. Struyf

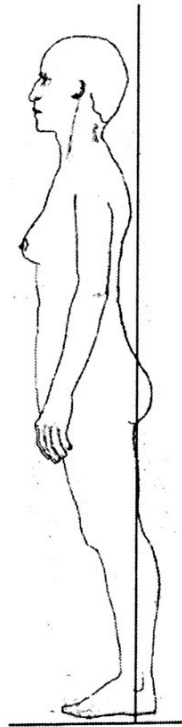


Les typologies liées aux chaînes musculaires et articulaires selon G. Struyf

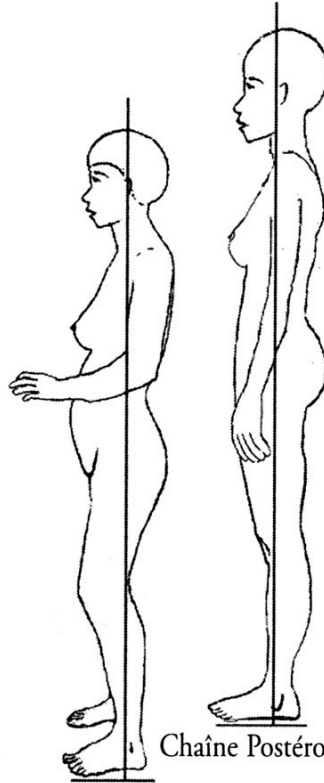
(B. Lesage et M. Benhamou [2012] d'après
G. Struyf, *Les chaînes musculaires et articulaires*,
Charleroi, SBORTM, 1980.)



Chaîne Antéro-Médiane



Chaîne Postéro-Médiane

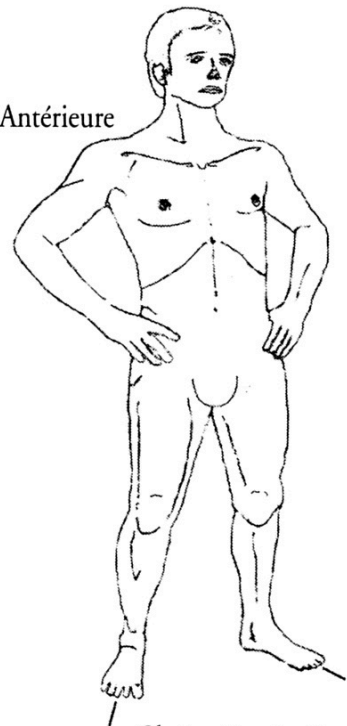


Chaîne Postéro-Antérieure

Chaîne Antéro-Postérieure



Chaîne Antéro-Latérale



Chaîne Postéro-Latérale

ANNEXE VII

A propos de l'empathie gestuelle²⁰⁸

« D'une manière générale, le mécanisme responsable des échanges entre les corps des interlocuteurs (ou des participants) met en cause un processus qui fait appel à l'empathie. Il découle des dialogues corporels mère-enfant ; il en résulte une connaissance des autres implicite et d'allure intuitive qui fonctionne toujours à l'âge adulte. Jacques Cosnier prolongeant les idées de Wallon sur l'Einfühlung précise : le corps travaille comme un 'analyseur' ('analyseur corporel') parce qu'il perçoit, détecte, analyse les dispositions psychoaffectives et la tonalité émotionnelle qui émanent du corps de l'autre (le partenaire d'une interaction). Et réciproquement. S'appuyant sur divers travaux contemporains, cet auteur écrit : 'l'adoption par des sujets de certaines attitudes motrices et/ou de certaines mimiques induisent chez eux l'apparition d'affects spécifiques, et même au-delà, des réactions physiologiques correspondants à ces affects ainsi que les représentations mentales en accord avec les précédents' (Cosnier, 1994). Cela veut dire que le corps est le support de mouvements identificatoires directs relevant de phénomènes en 'va-et-vient', en miroir, en échoïsation, entre un corps effecteur et un corps receveur (c'est à dire autrui, partenaire de l'interaction). Cela veut dire qu'un sujet, dont le corps bouge lors d'activités motrices organisées, peut servir de modèle et devient alors un 'modèle effecteur' provoquant par la voie kinésique, dansée par exemple, la naissance d'affects et de représentations chez autrui. En danse, le spectateur (receveur) va s'identifier avec le corps (effecteur) du danseur. [...] Ces manifestations ne sont autres que la mise en jeu de l'empathie ; ce processus crée une syntonie affective et motrice entre les danseurs et les spectateurs qui 'assimilent' la danse présentée en intériorisant corporellement la kinésique et les éprouvés qu'elle peut suggérer. En d'autres termes, ces derniers voient leurs propres univers kinesthésiques et émotionnels stimulés au point de pouvoir danser mentalement, auto-identifiés au danseur au travers d'un contact invisible mais perceptible, en vivant cette danse selon une résonance interne (plus) personnelle. »

²⁰⁸ VAYSSE J. (1997), *La danse-thérapie. Histoire, techniques, théorie*. Paris, Desclée de Brouwer, p.140-141.

RESUME

La maladie de Huntington est une pathologie d'origine neurologique qui entrave la globalité de la psychomotricité du sujet. Ma rencontre avec M. Mi fut le début d'une réflexion plus poussée sur cette affection mal connue. C'est au fil de nos séances que le flamenco s'imposa comme médiation thérapeutique. Cette prise en charge interroge d'une part les éprouvées de deux corps en relation, à travers les concepts de dialogue tonique, d'imitation, de *holding*, d'image du corps, et de contre-transfert corporel. D'autre part, l'utilisation de la danse flamenca en séance m'a portée à une analyse de cette pratique d'un point de vue psychocorporel, et de son insertion dans le cadre thérapeutique.

Mots clés: flamenco – maladie de Huntington – corps en relation – structuration psychocorporelle – médiation thérapeutique

Huntington's disease is a neurological disorder that interferes with the whole psychomotricity of the person. My encounter with Mr Mi was the beginning of a profound reflexion on this disease, still unfamiliar. Progressively, flamenco became a therapeutic mediation. Two bodies in relationship involve feelings that can be studied through the concepts of tonic dialog, imitation, holding, body image, body, body counter-transference. Furthermore, the practice of flamenco during our sessions pushed me to analyze the interaction of this dance with the body-mind structure, and its inclusion in a therapeutic framework.

Key words: flamenco – Huntington's disease – body's relationship – body-mind structure – therapeutic mediation