



HAL
open science

L'enfant d'hier est la personne âgée d'aujourd'hui : la psychomotricité, soutien de l'identité de l'individu

Anaïs-Laure Nguyen

► **To cite this version:**

Anaïs-Laure Nguyen. L'enfant d'hier est la personne âgée d'aujourd'hui : la psychomotricité, soutien de l'identité de l'individu. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02080140

HAL Id: dumas-02080140

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02080140v1>

Submitted on 29 Mar 2019

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.

Médecine Sorbonne Université
Institut de Formation en Psychomotricité
91 boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS



L'enfant d'hier est la personne âgée d'aujourd'hui

La psychomotricité, soutien de l'identité de l'individu

Mémoire présenté par

Anaïs-Laure Nguyen

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Référents de mémoire:

Anaëlle-Clémentine ROUSSEAU

Caroline STEWART

Session Juin 2018

*« Le corps, c'est toute une histoire.
Le corps, c'est une apparence, c'est une mouvance,
Ça donne une forme et une image de soi.
C'est notre signature au monde.
C'est un signe de l'être, c'est une exigence à être.
Le corps signe notre identité, il la transcende.
Il porte en lui notre être profond, il le définit,
Parfois il subit.
Il peut se faire lourdeur de vivre.
Le corps est fait de chair et de sang, de muscles et d'os.
Il est fait aussi de pensées et de mots.
Le corps est notre concrétude, notre réalité.
Il garde en lui tout le poids, lourdeur ou légèreté,
De nos émotions.
Le corps porte notre histoire. Une histoire individuelle,
Une histoire de transmission singulière
Le corps porte des histoires, des histoires de familles,
De culture et de groupe.
Il porte en lui la mémoire des disparus.
Entre vivants et morts, le corps est messenger...
Messenger parfois entendu, parfois ignoré,
Parfois resté énigmatique comme en attente
D'être déchiffré...
Notre corps raconte notre histoire.
Le corps c'est toute une histoire. »¹*

¹ Potel C. (2015), *Être psychomotricien*. p.18

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord Anaëlle-Clémentine Rousseau ainsi que Caroline Stewart pour la supervision de ce mémoire, leur écoute et leur disponibilité. Je les remercie de m'avoir éclairé dans mes réflexions ainsi que pour leurs précieux conseils au fil de ma plume.

Je remercie mes maîtres de stage, Lucille Guerard et Elodie Moulin qui m'ont accompagné cette année, dans le but de transmettre leur savoir tant clinique que théorique. Je les remercie de m'avoir inculqué également le courage et la persévérance.

Je remercie également l'équipe du Centre Médico-Psychologique ainsi que l'équipe du service de Soins de Suite et Réadaptations qui m'ont chaleureusement accueillie tout en confirmant mon souhait d'exercer ce métier au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Je tiens à remercier tous les patients que j'ai rencontré au cours de mes stages, de m'avoir accepté, de m'avoir fait confiance et me donner l'opportunité de forger ma pratique psychomotrice et mon identité professionnelle.

A l'Asso' POMM, avec qui j'ai partagé des expériences enrichissantes au Pérou. A ces projets solidaires qui ont embelli mon savoir-être et mon savoir-faire, tant au niveau professionnel que personnel.

A mes amis et à ma famille pour m'avoir porté durant ces trois belles années en psychomotricité. Je les remercie pour leurs soutiens, leurs encouragements et leur aide, sans jamais douter.

A tous, merci de croire en moi.

Table des matières

L'INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1. LA PSYCHOMOTRICITE ET L'IDENTITE	3
I. LA PSYCHOMOTRICITE : SOUTIEN DE L'IDENTITE.....	3
A. DEFINITION DE LA PSYCHOMOTRICITE	3
B. LE TONUS ET LE DIALOGUE TONIQUE	5
C. LA MISE EN JEU CORPORELLE DANS LE MOUVEMENT ET LA RELATION	7
1) Le corps en mouvement.....	8
2) Le corps en relation	10
II. QU'EST-CE QUE L'IDENTITE ?.....	12
D. DEFINITION GENERALE	12
E. D'UN POINT DE VUE SOCIOLOGIQUE	17
F. D'UN POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE	18
G. LA CONSTRUCTION DE L'IDENTITE : LE CORPS A LA BASE DE TOUT	21
PARTIE 2. LA CLINIQUE	28
I. LA PRESENTATION DES INSTITUTIONS	28
A. LES SPECIFICITES DU CMP	28
B. LES SPECIFICITES DU SSR.....	29
II. LA RENCONTRE AVEC GABRIEL AU CMP	30
A. L'AGITATION PSYCHOMOTRICE CHEZ L'ENFANT.....	30
B. GABRIEL.....	34
1) Anamnèse.....	34
2) La première rencontre	35
3) Le bilan et le projet thérapeutique.....	36
4) L'évolution de la prise en charge de Gabriel au CMP	39
III. LA RENCONTRE AVEC MONSIEUR L. EN SSR	46
A. LE VIEILLISSEMENT.....	46
1) Sur le plan physique.....	46
2) Sur le plan cognitif	47
3) Sur le plan affectif.....	47

B.	LA CHUTE DU SUJET AGE	48
C.	LE VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE : EXEMPLE DE LA MALADIE DE PARKINSON.....	49
D.	MONSIEUR L.....	51
1)	Anamnèse.....	51
2)	Le bilan et projet thérapeutique	52
3)	La prise en charge en psychomotricité	54
<u>PARTIE 3. LA DISCUSSION</u>		59
I. COMMENT LA PSYCHOMOTRICITE SOUTIENT LES REPRESENTATIONS DU CORPS ET DONC DE L'IDENTITE ?		60
A.	AUPRES DE L'ENFANT	60
B.	AUPRES DE LA PERSONNE AGEE	62
II. AU TRAVERS DE LA THERAPIE A MEDIATION CORPORELLE		66
A.	QUAND LE CORPS PERMET UNE APPROCHE GLOBALE POUR STRUCTURER L'INDIVIDU.....	66
B.	QUAND L'IDENTITE PREND CORPS	73
III. AU TRAVERS DE LA RELATION		75
<u>CONCLUSION</u>		80
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>		82

Introduction

Le choix de ce mémoire s'inscrit dans une réflexion personnelle qui s'est éveillée à travers les expériences cliniques durant mes différents stages. Tout au long de mes stages aussi bien auprès des enfants que des personnes âgées, ces rencontres m'ont questionné sur la question de l'identité. Ces rencontres ont suscité une écoute attentive sur la place du corps et de ses représentations de soi dans l'identité.

Au fur et à mesure de mes stages dans différents milieux, j'ai compris l'importance de l'expérience qui se vit en étant en relation et en interaction avec son environnement. Elle se déroule en-deçà de la conscience, mais se manifeste comme un vécu associé à une charge émotionnelle et affective. Elle est le fondement silencieux et invisible qui s'inscrit dans la dialectique de la communication infra-verbale s'unissant au langage du corps.

Cela m'amène à penser que le corps - indissociable de l'esprit - est en permanence mis en mouvement dans le temps et dans l'espace. Il s'exprime en permanence. Ces deux cliniques se distinguent dans un décalage temporel mais sont intimement liées par les notions fondamentales en psychomotricité (tonus, motricité globale, motricité fine, schéma corporel et image du corps, espace-temps). Il me semble pertinent d'intégrer son corps comme sien et de l'habiter afin de vivre la permanence de soi. Finalement, cette expression psychocorporelle met en lumière l'identité de l'individu.

Attisant ma curiosité, je me suis questionnée sur le sentiment d'identité de l'individu. Le corps est, l'élément dynamique tel un support pour penser l'identité. Ce corps que l'on possède semble être vecteur de liens avec les représentations et les relations avec les autres et son environnement. Comment l'approche psychomotrice peut soutenir l'identité du sujet ?

Qu'est-ce qui permet à l'enfant présentant une agitation psychomotrice de se structurer et de devenir sujet ? Dans la singularité et la différenciation, de quelle manière différents éléments façonnent les perceptions et représentations de l'existence en tant qu'individu ?

Tout individu au cours de sa vie va se constituer, se construire, s'affirmer et se transformer. L'identité semble se mouvoir comme l'individu peut vivre son existence. Au fil du temps, comment les pertes des compétences influent sur le sentiment d'être chez la personne âgée ? Cela m'amène à éclairer mes réflexions sur la pertinence du corps et de la relation pouvant constituer l'identité.

A travers ce mémoire, je vais tenter d'étoffer mes réflexions. Je déclinerai dans un premier temps la théorie en abordant ce que sont la psychomotricité et l'identité avec la pertinence du corps dans la constitution du développement de l'individu. Ensuite, je présenterai les institutions dans lesquelles se sont déroulés mes stages qui précéderont le développement de ma clinique avec la rencontre de Gabriel et celle de Monsieur L. Je terminerai par faire le lien entre la pertinence de la psychomotricité pour structurer les représentations du corps et renforcer l'identité qui s'inscrit dans une perspective d'une thérapie à médiation corporelle, dans une approche globale et relationnelle. Tout au long de mon cheminement, j'apporterai des illustrations cliniques afin d'étayer mes réflexions. Nous verrons ainsi les difficultés de se représenter soi-même découlent d'une mauvaise intégration corporelle.

Enfin, j'exposerai les réflexions mises en lumière dans ce mémoire ce qui me permettra éventuellement d'apporter de nouvelles perspectives d'ouvertures dans l'accompagnement aussi bien de l'enfant que de la personne âgée.

Partie 1. La psychomotricité et l'identité

I. La psychomotricité : soutien de l'identité

A. Définition de la psychomotricité

J. de Ajuriaguerra, le père fondateur de la psychomotricité, aborde la perspective d'un dualisme corps-esprit. B. Lesage, docteur en sciences humaines, médecin, formateur en danse-thérapie, parle d'une relation d'étayage entre le corps et le psychisme. Selon lui, le tout petit qui commence à construire son corps et le sentir comme sien, pose les fondements de son identité². A partir d'une dynamique sensori-motrice, le tout petit ajuste une réorganisation tonique et posturale. Tout cela, s'élabore dans une dimension affective et dans un processus d'identification. Ici, l'identification correspond à l'imitation et d'assimiler, partiellement ou totalement, des caractéristiques de d'autres personnes. Cela renvoie à la constitution de la personnalité qui est nécessaire à l'identité.

La psychomotricité considère l'individu dans sa globalité et dans la cohérence de ce qui caractérise ce dernier : les fonctions motrices, sensorielles, intellectuelles et le développement psycho-affectif ainsi que son adaptation. Il s'agit d'une approche relationnelle qui considère le corps tel un élément dynamique dans le développement de l'individu.

La psychomotricité est également une approche développementale, c'est-à-dire elle vient soutenir et accompagner le développement et l'adaptation de l'individu pour aller vers un mieux être. De plus, auprès des personnes âgées, cette approche accompagne l'élaboration, le maintien ou le remaniement de l'équilibre psychocorporel. Cette thérapie à médiation corporelle amène à vers une réconciliation du corps et de l'esprit. Cette réhabilitation influe sur le fondement de l'identité. Ainsi, en psychomotricité, nous pouvons travailler auprès du tout petit, de l'enfant, l'adolescent, l'adulte et de la personne âgée.

² Lesage B. (2015), p.19

La psychomotricité accorde une importante place au corps. Cette thérapie à médiation corporelle permet à l'individu de vivre des expériences, d'expérimenter, peut-être à nouveau en se réinvestissant. L'objectif étant de favoriser, permettre ou encore restaurer une harmonie dans son unité et son équilibre psychocorporel.

Dès la naissance l'être humain est en relation avec le monde. Dans ces relations avec autrui et son environnement, se bâtit un dialogue tonico-émotionnel: à partir du lien entre tonus, émotions et environnement humain, que nous allons aborder par la suite. Cette forme de communication constitue les premiers modes de relation pour le tout petit. Le dialogue tonique est une rencontre, une expérience qui s'établit entre la mère et son bébé. Il constitue une prise de conscience de la réalité: ce canal sensoriel procure des sensations, des perceptions ainsi que des affects qui permettent au tout petit de se sentir exister. Le vécu corporel s'enrichit et se développe, tout en nourrissant la vie psychique du sujet. Dans le vécu corporel, on peut retrouver les variations toniques, l'élaboration de la motricité, du développement cognitif qui viennent soutenir le développement psycho-affectif.

Cette ouverture au langage du corps amène à une écoute, à la compréhension du corps en mouvement et un corps en relation³, autrement dit le langage corporel. Dans la relation thérapeutique, le psychomotricien s'engage aussi bien corporellement que psychiquement pour aller à la rencontre de l'autre. Au-delà des mots, le langage non-verbal est l'objet malléable sur laquelle le psychomotricien s'appuie dans sa pratique: le tonus, la sensorialité, le mouvement, les émotions, l'espace, le temps, la rythmicité et la relation.

Ainsi, la psychomotricité « C'est l'intrication profonde entre, d'une part l'ancrage du corps dans l'espace et le temps, d'autre part la fonction contenante de l'enveloppe qui va constituer le socle, la structure de l'identité psychocorporelle du sujet »⁴. Cette approche relationnelle et psychocorporelle s'inscrit dans un dispositif de soin thérapeutique qui considère l'humain comme un être de relation à part entière. Cette

³ Potel (2015), p.60

⁴ Potel (2015), p.111

thérapie à médiation corporelle tend à (ré)concilier son développement et son adaptation, tout en prenant en considération sa personnalité et son environnement.

B. Le tonus et le dialogue tonique

Le terme de tonus vient du grec « tonos » et qui signifie tension. Le tonus est l'état de légère tension des muscles, de façon permanente. Cet état est involontaire et variable dans son intensité. Il résulte de l'influx nerveux, qui est indispensable à toute activité motrice et posturale (les mouvements et le contrôle des gestes). De plus, le tonus est la toile de fond essentielle des émotions. Il est le vecteur de la communication infra-verbale et déterminant dans le développement psychique de l'enfant.

D'après H. Wallon (1942), le tonus laisse une trace dans le corps et dans l'histoire du sujet. Il met en lien le tonus et les émotions qui influencent les états internes du sujet⁵. Puis, J. de Ajuriaguerra est le premier à parler du concept de dialogue tonico-émotionnel entre la mère et l'enfant. Il évoque l'accordage qui s'établit entre la mère et son enfant lors des soins maternels : le portage, le maternage, la sensorialité et les différentes qualités toniques selon le contexte psychocorporel et relationnel. L'enfant apprend par le biais des expériences corporelles à réguler sa tonicité grâce à sa mère et de la qualité de l'accordage dans le dialogue tonico-émotionnels. Il vit dans son corps des réactions tonico-émotionnelles, c'est-dire l'enfant réagit et manifeste des variations toniques selon la communication l'autre. Au travers du concept de dialogue tonico-émotionnel d'Ajuriaguerra, notre corps n'est rien sans le corps de l'autre. En effet, « La présence de l'autre contribue à façonner le monde moteur qui servira de matrice aux formes qui ultérieurement prendront un visage mieux dessiné lors des étapes successives de la rencontre, la reconnaissance par le geste et la parole, le milieu spatial »⁶. Il s'agit d'un système de correspondance entre le vécu corporel de l'un et celui de l'autre. Le tout petit est donc acteur et actif dès la naissance.

⁵ Pireyre E. (2011), p.105

⁶ Joly, F. et Labes, G. (2008), p.60

Le tonus est la prémisse de la posture. Selon B. Lesage, la posture est possible grâce à des jeux de tensions au niveau tonique et capacité de coordinations qui relève d'une activité musculaire permanente s'opposant au jeu articulaire⁷. Dans la continuité de l'évolution motrice, le tonus est la base de l'acquisition de la verticalité. L'enfant apprend progressivement à tenir son axe : tête, cou et tronc.

Dans les jeux d'enroulements/redressements, l'enfant érige son axe corporel. Il peut à ce moment-là accéder à la verticalité. B. Lesage désigne l'enroulement, notamment, comme la capacité à se recentrer sur soi, se rassembler, à se concentrer « mais aussi de relation sensorielle, comme on le voit chez le jeune enfant »⁸. Dans l'enroulement l'enfant peut retrouver un espace-temps intérieur ainsi qu'une sécurité interne, telle une expérience qui participe à la structuration du corps. Dans le redressement, il s'agit plutôt de retrouver un espace-temps externe où l'enfant prend appui et repousse pour se mouvoir. Et il permet aussi, progressivement dans une dynamique spatio-temporelle, de conduire l'enfant à devenir autonome. Avec son corps, l'individu se structure et organise un enchaînement sensori-moteur qui va au fur et à mesure être assimilé sous forme de schèmes. Dans la coordination de ces schèmes, le corps rend possible la relation. Comme nous le dit, Lesage, la coordination motrice peut correspondre à un organisateur psychique et relationnel. A travers le tonus, l'enfant intègre son axe corporel, sa verticalité, qui sert de points d'appui pour les fonctions instrumentales, fonctions relationnelles. La tonicité axiale rend l'individu ouvert et disponible à l'autre ainsi que son environnement. Tout ceci permet à l'individu de « se situer, se relier, signer sa présence, interagir, et c'est aussi lui donner matière à penser »⁹, soit de soutenir son fonctionnement du psychisme

Le tonus est la **trame du mouvement**. Le tonus d'action favorise la réalisation de mouvements, le déroulement de gestes. Rappelons que le **mouvement** traduit un

⁷ Lesage B. (2015), p.38

⁸ Lesage B. (2015), p.39

⁹ Lesage B. (2015), p.40

changement de position dans l'espace, ce qui permet de donner la qualité du mouvement. Quant au **geste**, il s'agit plutôt d'un mouvement du corps qui se réalise de manière volontaire ou non, conscient ou inconscient, qui s'exprime vers un but intentionnel ou non. Ainsi, le tonus permet donc au corps d'être en mouvement, de s'exprimer. Cette capacité à s'exprimer, grâce à la réalisation du mouvement et des gestes, caractérise le sujet dans sa subjectivité. Le sujet peut exprimer à travers des gestes des désirs. Dans cette forme d'expression, associée à l'attitude et la posture, l'individu peut se singulariser et se différencier des autres. Dans l'espace du corps, le tonus est alors « la toile de fond historique du corps »¹⁰. Elle est pourvue d'une mémoire corporelle.

Le tonus laisse une trace dans le vécu corporel et l'histoire du sujet. Cette trace physique laisse dans l'inconscient une expérience qui alimente l'image du corps, dans le développement psycho-affectif. Chaque expérience se vit au niveau du corps et s'associe à des émotions. En effet, les émotions sont indispensables. Elles sont en lien avec les affects, qui ensemble sont déterminants dans l'inscription des souvenirs et de la mémoire dans l'histoire du sujet. Enfin de compte, cela permet donc un soutien de l'identité du sujet. Chacun s'exprime corporellement d'une façon unique. Au travers de cette capacité à s'exprimer corporellement le sujet peut entrer en relation avec autrui et son environnement. Ce mode de communication peut contribuer à la reconnaissance du sujet.

C. La mise en jeu corporelle dans le mouvement et la relation

Le corps communique, vit, ressent, apprend et se souvient. M. Personne, docteur en sciences humaines, parle du corps, non pas comme un objet mais comme une identité¹¹. Le corps est impliqué dans toute relation et s'accompagne d'émotions. Il est le soutien identitaire qui permet de relier « au travers d'une aire transitionnelle, le monde interne du sujet et le milieu extérieur »¹².

¹⁰ Potel C. (2015), p.118

¹¹ Personne M. (2011), p.9

¹² Personne M. (2011), p. 11

Le corps est à la fois le médiateur dans la construction et la restructuration identitaire. Cette entité physique est l'élément dynamique, avec lequel le psychomotricien peut accompagner le sujet dans un travail psychocorporel. C'est à travers les expériences, les ajustements, nouveaux ou non, ainsi que les adaptations à l'environnement que se réalise la mise en jeu corporelle, aussi bien auprès de l'enfant que la personne âgée.

Travailler par le biais du corps est une forme ou encore, une manière d'être en interaction avec le sujet, être ensemble dans la relation. Nous pouvons accompagner le sujet à plus ou moins s'inscrire dans son corps, prendre conscience du corps qu'il possède : « Le corps que je suis »¹³. Au-delà d'un corps vivant, c'est un corps signifiant. La mise en jeu corporelle met en forme et donne du sens à la capacité que possède l'humain à exprimer à l'autre, ses sentiments, ses émotions, ses affections, ses envies et ses pensées. In fine, le corps vécu est un lieu d'expression dans le temps

1) Le corps en mouvement

La mise en jeu corporelle désigne la capacité du corps à se mettre en mouvement. Cela permet également de s'affirmer et s'exprimer par le biais du corps. Un geste est le fondement de l'expression¹⁴. Autrement dit, avec son corps, le sujet peut se construire progressivement une identité psychocorporelle.

Le corps s'exprimant par des mouvements, une allure, des gestes et des expressions, procure des expériences à la fois sensorielles et motrices. La relation au mouvement peut faire ressentir le sentiment de plaisir personnel. Au travers du corps et par exemple, le regard, l'enfant découvre le monde et les autres mais également il expérimente par le toucher et la préhension. Grandir et apprendre offrent à l'enfant l'opportunité d'être autonome. L'enfant investit son corps dans l'espace¹⁵ : l'espace en soi, l'espace de la relation avec autrui, l'espace du monde extérieur.

¹³ Personne M. (2011), p. 11

¹⁴ Joly F. et Labes G. (2008), p.30

¹⁵ Potel C. (2015), p.129

Au fil du temps, le vieillissement peut engendrer une diminution ou une perte de mobilité, une altération de l'appareil locomoteur, des fonctions sensorielles, intellectuelles et un vieillissement psychoaffectif. Le vieillissement peut impacter la capacité du sujet à être en mouvement, à se mouvoir, ou encore à réaliser certaines activités de la vie quotidienne. Seulement, quand le vieillissement fragilise certains sujets âgés, le corps peut devenir un handicap : avoir peur de marcher ou encore sortir dehors, risque de chutes et de devenir plus vulnérables. Pourtant certains sujets âgés ressentent le besoin de se mouvoir afin d'entretenir leur capacité à être autonome. En effet, sentir et vivre avec son corps dans le mouvement est une source de vitalité tant physique que pour le psychisme.

Par exemple, développer et s'appropriier ou encore maintenir son axe corporel permet aussi bien à l'enfant que la personne âgée à ressentir sa propre intériorité corporelle. C. Potel, psychomotricienne et psychothérapeute, aborde l'axe corporel en tant que support dans les relations et les expériences. La construction de l'axe corporel aboutit à la verticalité du sujet. Cela s'étend ensuite au niveau du processus de latéralisation et d'un vécu corporel : sensorialité, équilibre et déséquilibre. Ensuite, dans cette logique de développement, l'acquisition de la marche repose sur l'organisation de l'axe corporel. Ainsi, l'axe corporel et la marche sont deux constructions fondamentales pour un individu : par la vue, l'audition ou encore le tact, il peut être en relation et par le corps il peut interagir avec autrui et le monde, tout en s'exprimant. Ces capacités viennent nourrir la perception de soi, la reconnaissance de soi tout en continuant à entretenir ses propres représentations du corps. Et elles rendent possible une reconnaissance par les autres, ce qui peut continuer à entretenir, maintenir sentiment d'identité.

Dans le mouvement, le sujet manifeste du désir, de pouvoir atteindre un but. On peut l'évoquer en termes de libido selon Freud. Que ce soit dans la réalisation d'un mouvement, d'un geste ou dans l'expression corporelle, on peut relier cela avec le déploiement des pulsions. Le terme de pulsion renvoie à l'état du tout petit qui exprime des besoins, des désirs. La satisfaction de la pulsion crée des sensations, notamment agréables ou non. Elle donne du plaisir. En effet, petit à petit, la mise en oeuvre du corps en mouvement et en expression procure de l'énergie du désir : la libido. A partir de cette

libido, l'affectivité s'élabore par des découvertes perceptives et des possibilités corporelles, tout en développant une certaine intelligence émotionnelle. L'individu devient capable de reconnaître, comprendre et gérer ses émotions. Dans la mise en oeuvre du corps, la notion de vitalité et de plaisir se retrouve également dans la relation.

2) *Le corps en relation*

Au-delà de la psychomotricité, l'être psychomoteur est au cœur de l'expérience corporelle et la mise en jeu corporelle dans la relation à soi, à l'autre et au monde. Ces rencontres s'élaborent dans le temps et le développement de l'histoire du sujet. La psychomotricité témoigne du lien corps-psyché. A partir du vécu corporel, le corps peut devenir un corps signifiant, un corps pensant. L'intégration psychomotrice peut donner du sens, et nourrir le sentiment d'identité. Le corps vécu évolue vers la capacité du sujet à ressentir, percevoir et à se représenter. Dès lors, le moi physique permet l'émergence du moi psychique dans le monde : le psychisme de l'individu est possible grâce à l'intégration du corps en relation avec le monde extérieur, c'est-à-dire la conscience corporelle et l'expressivité du corps.

Par ailleurs, Ajuriaguerra pense que « le corps tout seul, se vivant lui-même, est une entité abstraite. En fait notre corps n'est rien sans le corps de l'autre, complice de son existence. C'est avec l'autre qu'il se voit et se construit dans l'activité de ses systèmes qui lui sont offerts par la nature, et par l'intimité de ce miroir reflétant qu'est l'autre et qui fait du nôtre un singulier »¹⁶.

Les propos d'Ajuriaguerra montrent que le corps peut seulement devenir signifiant et pourvu de sens, quand ce dernier s'inscrit dans les relations. La disponibilité du corps de l'autre sert d'appui. Par sa présence au sujet, il peut avoir dans une certaine forme, une sorte de rétroaction. Il s'agit de l'action d'un retour fait par l'autre qui se traduit sous forme d'effet sur l'origine de celui-ci, c'est-à-dire sur le sujet lui-même.

¹⁶ Ajuriaguerra (J. de) : « Leçon inaugurale » & « Leçon terminale au Collège de France », Bulletin de Psychologie 1989 XLII n°spécial

De plus, Wallon considère l'existence de l'individu lorsque celui est dans « le dialogue de la relation »¹⁷. Toute relation inscrit le corps dans une certaine dynamique dans laquelle se déroule une expérience tonico-émotionnelle et motrice. Elle peut rendre compte de la personnalité du sujet. Et l'existence de l'individu amène ainsi de l'importance à l'identité.

Par conséquent, l'approche psychomotrice est un dispositif thérapeutique à médiation corporelle. Dans cette espace, la psychomotricité est un temps où l'on peut accompagner la mise en jeu corporelle dans le mouvement et la relation. La psychomotricité propose des expériences qui nourrissent le corps vécu. Selon B. Lesage¹⁸, le corps vécu est la capacité d'être de l'individu. Les éprouvés du corps se présentent comme divers états corporels, associé à des émotions. L'individu peut à ce moment-là sentir son corps : on peut parler de corps perçu. Ensuite, dans la mesure des capacités cognitives et psycho-affectives, l'individu peut intégrer et mentaliser le vécu corporel. L'individu acquiert alors la connaissance de son corps : le corps représenté. Ces différentes articulations organisent les représentations de soi et de son corps.

L'implication du corps est donc le substrat du sentiment de soi, de la reconnaissance de soi et la reconnaissance du sujet par autrui.

¹⁷ Joly F, et Labes G. (2008), p.195

¹⁸ Lesage B. (2015), p.25

II. Qu'est-ce que l'identité ?

D. Définition générale

Il existe différentes définitions possibles de l'identité. Seulement, je vais essayer de définir l'identité en fonction de l'approche psychomotrice et de la présenter selon comment cette notion prend sens dans ma clinique.

L'identité est constituée de divers aspects qui représentent l'unité de l'individu: identité personnelle, identité sociale, identité collective, identité professionnelle, identité culturelle... Pour Alex Mucchielli, professeur de sciences de l'information et de la communication à l'université Paul-Valéry-Montpellier-III, l'identité se définit constamment dans une dimension de pluralité. Cette notion d'identité relève plus ou moins d'une complexité: il s'agit d'une notion très large et en même temps, elle n'est pas reconnue par tous de la même façon mais, est souvent utilisée dans le langage courant. La perception de l'identité est propre à chacun.

Selon lui, l'identité est une théorie du sens. Elle résulte d'un phénomène dynamique, entre « un ensemble d'auto-processus (génétiques, biologiques, affectifs, cognitifs...) et de processus (relationnels et communicationnels, historiques, culturels...) » tel un système de causalités circulaires. Cette identité est la résultante d'une construction bio-psychologique, communicationnelle et culturelle. Seulement, elle prend un sens par rapport à un contexte. D'un point de vue des sciences humaines, il présente l'identité comme « un ensemble de significations (variables selon les acteurs d'une situation) apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs »¹⁹. Ainsi, l'identité se définit selon un contexte et selon plusieurs référents identitaires. C'est un processus qui est en permanence en transformation et en évolution de la naissance jusqu'à la mort.

¹⁹ Mucchielli (2009), p.12

De plus, l'identité suppose également une nécessité de se distinguer de l'autre: être différencié et singulier. L'identité permet donc la reconnaissance d'un individu et de le distinguer d'un autre. D'un côté elle demande à être reconnue par l'individu lui-même, donc de soi: le sentiment d'identité et l'estime de soi. Et d'un autre côté, cette identité sert à être reconnue par l'autre et par le regard extérieur. En effet, A. Mucchielli²⁰, évoque deux aspects dans l'identité: une identité subjective (soi) et une identité objective vue par autrui.

L'identité personnelle concerne le sentiment d'être un individu distinct, c'est-à-dire de se sentir exister. Elle s'élabore telle une production dans le temps selon l'histoire de l'individu. Cette identité mouvante dans le temps définit aussi l'individu devenant autre: se distinguer de l'autre et s'affirmer. Elle relève d'un point de vue de perception: comment l'individu se perçoit, mais aussi celui du fait de se singulariser: comment être différencié de l'autre et être unique.

Dès la naissance, le bébé est en interactions avec lui-même, avec ses parents et aussi son environnement. Il s'élabore avant tout par le bébé qui est en interaction et qui est porté par le regard extérieur grâce à la reconnaissance de l'autre. Cette dernière permet à l'individu de se sentir exister et d'être reconnu en tant que sujet.

A. Mucchielli souligne l'estime de soi comme « un sentiment fondamental concernant la force vécue de l'identité »²¹.

L'**estime de soi** est un sentiment de valeur positive qu'un individu se donne à lui-même. Elle s'enracine dans la qualité et la stabilité de la relation du tout petit à ses proches, puis aux réactions de son entourage à sa présence et à ses actes. Ces interactions sont des expériences qui se mémorisent dans l'histoire de l'individu. Elles renforcent progressivement le rapport entre ses capacités, ses différences et son identité. Puis, cela

²⁰ Mucchielli (2013), p.127

²¹ Mucchielli A. (2009), p.74

permet d'élaborer une image de soi dans la relation à l'autre. L'estime de soi est donc le résultat d'une représentation sociale où l'individu peut se percevoir grâce à l'intériorisation du regard d'autrui à l'égard de lui-même. Il est le fondement d'un équilibre personnel et social.

Les **représentations de soi et du corps** peuvent se définir à partir de l'image du corps et du schéma corporel. Paul Schilder, psychiatre et psychanalyste autrichien, est le tout premier à conceptualiser plus d'un point de vue psychique, la notion d'image du corps (1935) comme un processus de synthèse. D'après les images que l'individu se construit de lui-même, autrement dit, selon « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »²². Seulement, ce n'est qu'après, en 1956, avec Françoise Dolto²³, pédiatre et psychanalyste française, qu'on distingue schéma corporel et image du corps, mais ce sont deux notions très intimement liées.

L'**image du corps** est une représentation inconsciente de soi: la perception que nous nous faisons de notre propre corps, de façon imaginaire. Notre corps en relation structure cette image du corps. Elle s'articule avec notre narcissisme. Dolto parle de l'image du corps comme « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles ». Elle est constamment la mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel: d'avant et maintenant. L'image du corps est la représentation affective du corps que la personne se fait. Cette représentation mentale inconsciente peut devenir préconsciente quand elle s'associe au langage conscient. Elle peut donc se manifester au travers de la communication verbale, c'est-à-dire dans le discours du sujet. L'image du corps est donc la résultante des expériences émotionnelles qui laissent une trace structurale de son histoire dans la dimension affective d'un être humain. Elle est perpétuellement évolutive dans le temps et en lien avec nos désirs. La libido pourvue de sensorialité est constitutive du narcissisme. Françoise Dolto parle de trois modalités de cette image du corps: tout d'abord l'« image de base » qui permet de se sentir exister de façon continue. Elle fait référence à ce qu'appelle Winnicott « la continuité d'existence ». Puis l'« image fonctionnelle » correspondant à l'image du

²² Schilder P. (1980). in Lesage B. (2015), p.52

²³ Dolto F. (1984), p. 23

ressenti du corps qui éprouve des pulsions de vie et qui se traduit par le désir et la satisfaction des besoins. Damasio parle ici, de la « conscience étendue ». C'est cette image fonctionnelle qui permet de donner sens à l'identité d'un individu. On peut même élargir cet espace mental à celui du « Moi-peau » : cette peau comme enveloppe psychique décrite par les travaux de Didier Anzieu, en 1985. Enfin, l'« image érogène » désignant le lieu où se trouve la notion de plaisir et déplaisir dans le corps en relation à l'autre.

Quant au **schéma corporel**, Julian de Ajuriaguerra (1970), neuropsychiatre et psychanalyste français, propose la définition suivante: « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »²⁴. Il s'agit de la connaissance que chacun a de son corps: les somatognosies. Le schéma corporel sert à se représenter son corps de manière, pré-consciente et consciente. Et il sert de repère spatio-temporel. Juan-David Nasio (2007)²⁵, psychiatre et psychanalyste français, le souligne de cette manière: « Le schéma corporel est une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps et qui lui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace. ». Il est donc le référentiel du corps dans l'espace et dans le temps. Il se construit par l'expérience immédiate. Il implique la proprioception, la connaissance des différentes parties de son corps et la perception de ces dernières dans l'espace. Le schéma corporel implique une organisation et une orientation spatio-temporelle. Il ne cesse d'être réactualisé. Cette représentation du corps est tout comme l'image du corps, évolutive dans le temps et dans l'espace.

« C'est grâce à notre image du corps portée par - et croisée à - notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui »²⁶ (Dolto,1984)

²⁴ Pireyre E. (2015), p.38

²⁵ Pireyre E. (2015), p.37

²⁶ Dolto F. (1984), p. 23

Ainsi, ces perceptions et représentations de soi participent à la construction de l'identité. Elles permettent à l'individu de se reconnaître soi-même, et donc d'être en relation à l'autre, et avec son environnement.

La **reconnaissance à travers le regard extérieur**. Le rapport à l'autre est essentiel dans le sentiment d'identité. Toute personne se construit en fonction de l'altérité et par rapport au regard de l'autre. Prenons l'exemple du tout petit qui est porté par le regard de ses parents au cours des soins maternels. Un enfant inscrit dans un groupe avec ses pairs, a besoin d'être reconnu par les uns et les autres pour se sentir intégré dans un groupe et donc, avoir le sentiment d'appartenance. Autrement dit, un individu a besoin d'être reconnu par autrui pour se sentir exister. Être semblable à certains comme être différent d'eux est un moyen de percevoir sa propre existence. Ainsi, devenir soi est possible par les feedbacks que les autres peuvent nous présenter. Le regard extérieur soutient l'identité.

La construction de l'identité implique en même temps, l'émergence de sa personnalité, ses caractéristiques ou encore ses traits de caractère que l'entourage perçoit. L'identité relève d'un processus qui se fait dans la relation à soi et la relation à l'autre. Et elle relève aussi d'une relation au temps: du tout petit, passant par l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte dont le vieillissement. Cette relation au temps s'établit à partir d'évènements et d'émotions qui constituent par la suite, l'histoire de l'individu ainsi que ses souvenirs. Grâce à ces souvenirs qui se constituent progressivement dans le temps, l'individu peut se construire une identité et une personnalité. Winnicott souligne l'intégration de la personnalité comme une possibilité de rassembler et de structurer l'enfant en devenir, grâce aux moments forts qu'il vit²⁷. La mémoire joue un rôle déterminant dans ce processus identitaire.

²⁷ Winnicott D. (1996), p.62

Le sentiment d'être et d'exister s'acquiert dans le temps, et s'inscrit en mémoire en fonction de la sensorialité, des perceptions de soi-même, des autres et du monde extérieur. Quant au sentiment de continuité, il relève le fait d'être identique à lui-même dans le temps et les étapes de sa vie malgré les transformations de l'individu. On pourrait utiliser le terme de mêmeté. La mémoire du corps évolue au fil du temps, elle n'est point figée, elle peut influencer sur l'identité.

De plus, reconnaître un individu suppose de prendre en compte la dimension culturelle. Elle fait partie intégrante de son identité personnelle et sociale. Ce point de vue est intéressant à étudier, seulement je souhaite davantage développer l'identité en lien avec la psychomotricité.

E. D'un point de vue sociologique

Erving Goffman, sociologue et linguiste américain, développe le concept de l'« identité pour soi » qui s'élabore sur le jeu de l'interaction d'une identité pour autrui. Elle-même est définie par l'altérité, c'est-à-dire la qualité de ce qui est autre. Il parle de l'importance des interactions entre l'individu et son environnement dans les constructions et le maintien de sa propre identité. Ces derniers permettent d'élaborer une identité de type sociale, c'est-à-dire, qui s'inscrit dans un groupe et au regard de la société: le sentiment d'appartenance. Ce sentiment d'appartenance correspond à l'image de soi que renvoie l'environnement social. Il désigne un processus d'intégration et d'assimilation des valeurs sociales. Erick Erickson (1972), psychanalyste et psychologue, évoque une perspective multidimensionnelle: aspect social, aspect culturel et dimension éthique. Parmi les différentes dimensions possibles que revêtent l'identité, l'histoire de l'individu figure comme une dimension essentielle dans le processus identitaire: se sentir exister et être reconnu comme sujet.

L'individu est identifié par des statuts (sociaux ou professionnels), des codes, ou encore à l'aide de plusieurs critères tels que l'âge, le sexe, la nationalité, le métier, les attributs qu'il partage et auxquels il appartient ou souhaiterait appartenir. L'identité sociale est plus ou moins une identité d'assignation donnée par la société: la reconnaissance d'un individu par l'altérité, de manière extérieure à soi. Autrement dit, l'identité personnelle revête la problématique d'être sous l'influence du rapport entre collectif et individuel. Par conséquent, tout ce qui permet à autrui d'identifier un individu correspond à l'identité sociale. Elle s'articule entre l'individu et la relation avec la société: l'influence sociale. Ce type d'identité se réactualise en permanence dans une représentation de soi et par les interactions, sans oublier les changements sociaux: les normes sociales, les valeurs, etc.

On peut donc penser que l'identité sociale s'élabore sur l'estime de soi et la reconnaissance de soi par la société, pour s'affirmer et se reconnaître dans un groupe, une collectivité.

F. D'un point de vue psychologique

L'identité est un processus psychique qui favorise la prise de conscience de son existence, la reconnaissance de soi-même et être reconnue par les autres. C'est un concept fondamentalement unique, et propre à soi. L'acquisition de son identité est une étape essentielle dans le développement de l'enfant.

Pour Freud, l'identité il y en a « une pour soi et une pour autrui »²⁸, c'est-à-dire celle que l'individu se représente pour lui et celle représentée pour les autres. Dans la vision freudienne, l'identité émane des conflits entre les instances psychiques : le « Ça » qui concerne la dimension pulsionnelle, passive ; le « Moi » rattaché à la conscience qui désigne la dimension active où l'individu passe à l'action ; le « Surmoi » est inconscient et correspond à l'interdiction et la conscience morale. L'instance du Moi et du Ça cohabitent

²⁸ Baudry, R. & Juchs, J. (2007), p. 155-167.

ensemble²⁹. L'essence psychique est constituée par les pulsions. L'élaboration de l'appareil psychique se réalise dans les processus d'introjection et de projection, ainsi que les expériences. L'introjection est une approche conceptuelle. Sandor Ferenczi, psychanalyste hongrois, parle du fait « d'intégrer cet autre dans son propre moi » (1912) : introduire un objet d'amour en soi. Il s'agit en quelque sorte d'une extension du monde extérieur à l'origine de ce que peut appeler Freud concernant les pulsions et le destin de ces dernières : le « bon » est introjecté au moi mais le « mauvais » quant à lui est projeté dans le monde extérieur. Freud évoque le lien entre les limites du psychique et du soma qui s'élaborent à partir de l'intérieur du corps. Autrement dit, les pulsions trouvent leur source dans un processus somatique. Les pulsions constituent la quintessence psychique. Leur but est la satisfaction des besoins vitaux. Pour Freud, c'est une source corporelle qui a des fins psychiques³⁰. L'expérience est la dynamique du psychisme.

Pendant l'enfance, le tout petit éprouve des pulsions, le désir que l'autre - en l'occurrence la mère - réponde à ses besoins. En effet, la satisfaction des besoins du tout petit passe par les interactions précoces entre la mère et son bébé. La mère s'accorde tant affectivement que émotionnellement avec son enfant : *accordage affectif* (Stern, 1989). Autrement dit, il s'agit de la régulation des émotions dans les interactions mère-enfant. L'accordage est transmodal: notamment accordage au niveau vocal, geste, regard. Il rend possible la communication infra-verbale : le corps de la mère et celui de l'enfant communiquent, se réajustent et s'enrichissent mutuellement. Cela est possible, notamment dans la présence d'« une mère suffisamment bonne » (Winnicott, 1953). La mère est dotée d'une préoccupation maternelle primaire envers son bébé. Ces expériences sont plus ou moins une forme de symbolisation, une expérience de partage intersubjective de l'affect et l'état émotionnel.

Dans le développement de l'enfant, le développement du corps permet l'émergence de l'appareil psychique. Piera Aulagnier (1975), psychiatre et psychanalyste française, parle de la capacité à « prendre en soi » qui est associée au plaisir. L'enfant va investir l'objet en lui tandis que « rejeter hors soi » correspond au déplaisir. Là, l'enfant va

²⁹ Freud S. (1923), p.14-15

³⁰ Freud S. (1923), p.63

désinvestir l'objet. Il va osciller entre les deux s'appuyant sur un modèle sensoriel dans le but de percevoir les effets identificatoires. Elle parle des assises narcissiques. Ces dernières dépendent de la sécurité dans laquelle l'enfant se construit : tout se joue avec les relations, les événements de la vie, les parents et l'environnement.

Le sentiment d'identité s'édifie dans les identifications. Ces dernières sont en lien avec les instances psychiques : les identifications viennent substituer l'image idéale du moi. Il s'étend sur les identifications *archaïques* : les identifications primaires aux parents (exemple : le complexe d'Oedipe), vécues comme une sorte de toute puissance narcissique. Ensuite dès l'entrée à l'école, le sentiment d'identité continue à se construire dans les identifications secondaires (ses camarades d'écoles, ses pairs, ...). En grandissant, l'adolescent cherche d'autres modèles d'identification. Il éprouvera le besoin de trouver d'autres figures identificatoires pour intégrer d'autres façon d'être afin de devenir Moi.

Selon William James³¹, psychologue et philosophe américain, « Je » et « Moi » sont deux termes à nuancer. « Je » désigne l'individu acteur de ses expériences avec son environnement, c'est-à-dire en tant que sujet. Il est un être en relation qui vit des interactions avec son environnement. D'après G.H. Mead (1934 - 1967)³², sociologue, socio-psychologue et philosophe américain, cela fait référence à la conscience. Quant au « Moi », il relève de l'individu en tant qu'objet, ce qui est sien où l'individu a une reconnaissance de soi. Selon G.H. Mead, il s'agit de la conscience de soi c'est-à-dire sur l'idée une réalité matérielle, objet. En articulant ces deux termes, la conscience permet l'émergence de la conscience de soi, composante de l'identité.

Finalement, l'identité pour autrui correspond à l'image de soi que l'individu veut renvoyer aux autres. L'autre reflète l'image de cet individu. Comme nous avons pu le voir un peu plus haut, cette identité personnelle permet à la personne d'avoir une identité tant sociale que collective. Grâce aux autres, la satisfaction des besoins peut permettre la

³¹ Bredart S., Eustache F. et Van der linden M. (2012).

³² Bredart S., Eustache F. et Van der linden M. (2012).

perception de sa propre existence et de pouvoir être considéré. Ainsi, l'ensemble de sentiments internes constitue l'existence de l'identité du sujet. L'existence de sa propre identité est la résultante à la fois du sentiment d'unité psychocorporelle, du sentiment de continuité et celui d'appartenance.

G. La construction de l'identité : le corps à la base de tout

Tout au long de son développement l'enfant va vivre des expériences sensorielles, des expériences motrices, être en relation avec autrui et son environnement. Il est acteur de toutes ses expériences qui lui permettent son développement psychomoteur. Il est lui-même objet de sa conscience: il va explorer, percevoir, intégrer pour avoir des représentations. Par son corps, l'enfant va apprendre. Non seulement il apprend mais inconsciemment, il construit son appareil psychique. Les interactions avec l'autre et l'environnement vont avoir un rôle essentiel dans la structuration du corps et donc de l'identité de l'enfant. Simplement, sous le terme de structuration du corps, il s'agit du développement de l'enfant.

Le **développement psychomoteur** est un processus de transformation continu qui commence avant la naissance et se poursuit de nombreuses années. Dans ce processus, la maturation neurologique (cérébrale, motrice, intellectuelle, psychologique et celle du langage) permet à l'enfant de faire des expériences. Ces expériences mémorisées, transposées dans d'autres actions ou situations permettent de les répéter. Grâce à la répétition, l'enfant peut donc être dans l'apprentissage sensori-moteur. Cet apprentissage permet à l'enfant de se mouvoir, explorer son propre corps, explorer l'environnement, et être en interaction avec le monde.

Le développement psychomoteur comporte ainsi une dynamique motrice, une dynamique relationnelle et des expériences au quotidien. Il s'agit d'interactions complexes entre le moteur et le psychisme. Diverses lois existent et permettent ce développement psychomoteur au niveau de la fonction motrice, de l'évolution motrice avec les schèmes moteurs, des variations individuelles et de l'environnement.

De plus, Freud (1923)³³ pense que le corps est la quintessence de l'appareil psychique: « le Moi est avant tout un Moi corporel ». Le corps permet le fonctionnement de l'appareil psychique. L'enfant s'appuie sur les interactions que son corps entretient avec son environnement. Dans ces interactions, le corps en mouvement s'élabore avec des objets mais aussi sur des flux sensoriels et des états toniques. L'enfant passe par une période de sensori-motricité qui permet l'intégration des stimulations internes et des stimulations externes selon sa propre structure.. « Le terme sensori-moteur est utilisé par Piaget (1936) pour décrire une période du développement entre la naissance et 24 mois. Cette période sensori-motrice se caractérise par le fait que les matériaux principaux qui alimentent l'activité psychique sont de nature sensorielle et motrice et que ces matériaux sont objets de connaissance. »³⁴. André Bullinger (2004)³⁵, psychologue, professeur honoraire à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Genève, parle des flux sensoriels qui permettent d'intégrer ses sensations telle que la régulation des états en les transformant en perception, puis en les intégrant sous formes de représentations. Les flux sensoriels correspondent à des stimuli extérieurs continus et orientés auxquels l'enfant est exposé. Ces flux vont être captés par les récepteurs sensoriels que possède l'enfant dans son corps: la vue, l'ouïe, le tact, l'odorat et la gustation. D'après Eric W. Pireyre³⁶ (2011), psychomotricien et psychologue, parle de ce système sensoriel comme une forme afférente de communication où l'enfant peut percevoir des sensations. Ces flux sensorielles provoquent plus ou moins des réactions tonico-motrices et posturale en lien avec la sensibilité profonde, c'est-à-dire la proprioception et la kinesthésie. Ces états toniques constituent l'arrière fond, qui sert d'appuis pour l'enfant. Découvrir les deux polarités toniques et ses variantes permettent à l'enfant d'avoir un répertoire des variations toniques pour ensuite les intégrer en soi. Progressivement, l'enfant peut investir son corps dans ces différents états toniques, tout en expérimentant et modulant ces derniers selon le contexte: la régulation tonique. De

³³ Freud, S. (1923), p.15

³⁴ Bullinger A. (2007). p.70

³⁵ Ibid. p.62

³⁶ Pireyre E.W.(2011), p.59

plus, cela lui permet de se construire son équilibre sensori-tonique. Il permet de soutenir l'enfant en relation avec son environnement.

Le regard joue un rôle important dans la construction de l'identité. Dans le regard, l'enfant peut avoir le sentiment d'être reconnu comme un être unique. Porté par le regard de la mère, le tout petit peut se sentir exister tant physiquement que psychiquement. Winnicott³⁷ (1957) en parle avec le « holding »: l'ensemble des soins donnés par la mère pour répondre aux besoins de son enfant. Dans cette sensorialité, le « holding » concerne la valeur affective des soins maternels. Il désigne la manière dont la mère porte physiquement et psychiquement son enfant, la façon de contenir. Ce processus intégratif correspond un étayage sensoriel qui permet l'organisation du corps ainsi que celle du fonctionnement psychique. Il est le support du Moi naissant chez l'enfant, sentiment de continuité d'être.

Suzanne B. Robert-Ouvray (2002) parle en terme d'intégration motrice qui permet le développement psychique. De ce point de vue, il s'agit de « la théorie de l'étayage » qui aborde l'analyse de la sensorialité et l'expérience perceptive du Moi. Ce processus intégratif du « T.S.A.R » (tonus, sensations, affects et représentations)³⁸ s'effectue sur quatre niveaux: par le tonus (hypotonie/hypertonie), l'enfant perçoit des sensations (mou/dur) qui s'étayent au niveau des affects (agréable/désagréable). Cette fonction de perception permet à l'enfant d'intégrer des représentations (bon/mauvais). Au début de la vie ces quatre niveaux fonctionnent en bipolarité c'est-à-dire sur deux pôles opposés. Les parents interviennent pour permettre le passage d'un état psychique primitif, où tous les niveaux sont mélangés, à un état psychique plus élaboré, où les niveaux sont différenciés et s'étayent les uns sur les autres. Progressivement, ce processus intégratif permet à l'enfant de vivre des émotions et des sensations, sans pour autant être désorganisé. Ainsi, le rythme intégratif de la sensorialité favorise l'intégration des limites entre le dedans et le dehors. C'est le début de la différenciation entre soi et l'autre, ce qui correspond au temps

³⁷ Winnicott D. (1957), p 177-184

³⁸ Robert-Ouvray S.B.(2002).p.85

de séparation et individuation. Ces liens d'étayage s'inscrivent donc dans une perspective développementale: « l'étayage est la dynamique qui permet l'intégration des stimulations internes et externes selon une structure innée propre à l'humain. Cette structure organise notre corp et notre psyché dans le temps et dans l'espace » (Robert-Ouvray S.B., 1995).

On peut également parler de la sensorialité avec la peau et le dialogue tonique dans les interactions précoces qui permettent de donner du sens et de structurer l'enfant. La peau constitue les limites du corps. Elle permet de comprendre que ces limites corporelles sont une frontière entre soi et l'autre.

Le dialogue tonique est une forme de communication infra-verbale qui se joue entre la mère et son bébé au tout début de la vie. Les interactions précoces sont l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre le tout petit et ses proches, notamment sa mère. Dans ces échanges, il existe une sorte de dépendance et de réciprocité au niveau des comportements (la manière dont les comportements de la mère et son enfant s'harmonisent et s'agencent: dialogue tonique, holding, handling), des affects (le climat émotionnel dans l'accordage affectif, là où peut se dégager des sentiments de plaisir, déplaisir, joie, tristesse,...) et des interactions fantasmatiques (les aspects conscients et inconscients de l'imaginaire qui se jouent réciproquement dans ce type d'interactions). À partir de ces interactions peut émerger l'intersubjectivité et la conscience de soi : le tout petit réalise qu'il y a lui et il y a l'autre. Sa mère et lui ne forment plus qu'un, mais deux êtres distincts.

Dans ses travaux du Moi-Peau (1985), Didier Anzieu, psychanalyste et professeur de psychologie français, parle de la notion d'enveloppe. La peau physique délimite les frontières entre le dedans et le dehors et entre le soi et le non soi. Il s'agit de l'enveloppe corporelle, tout comme le moi permet d'envelopper l'appareil psychique. Il introduit la dimension du corps, une dimension vitale de la réalité humaine, qui permet d'offrir un étayage des fonctions psychiques. En effet, Anzieu désigne le Moi-peau comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son

développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience à la surface de la peau »³⁹.

Là encore, les soins maternels que reçoit le tout petit se fait au contact de la peau physique. Ce peau à peau enveloppe le tout petit dans une contenance corporelle ainsi que dans le fondement d'une unité psycho-corporelle. Anzieu développe huit fonctions du Moi-peau lors des expériences vécues à travers la peau. La peau assure la maintenance, la contenance, la fonction de pare-excitation, l'individuation, l'intersensorialité, la fonction de soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale et l'inscription des traces sensorielles. Tout ceci constitue l'existence d'une véritable peau psychique, un Moi contenu. En effet, la peau physique est essentielle dans l'étayage de l'appareil psychique. Cette enveloppe corporelle psychique s'est inscrite par la sensorialité, les flux sensoriels ainsi que le holding et le handling de Winnicott.

Par ailleurs, Pireyre⁴⁰ (2011) regroupe la sensorialité, les émotions et le tonus qui constituent ce qu'il appelle l' « image composite du corps ». Dans le terme « composite », l'image du corps se constitue à partir de plusieurs éléments. Il regroupe neuf sous composantes (continuité d'existence, identité, identité sexuée, peau, intérieur du corps, tonus, sensibilité somato-viscérale, communications corporelles et angoisses corporelles). Ces éléments permettent une construction du psychisme. Ils soutiennent la vie psychique du sujet, notamment narcissiquement, et alimentent l'intégration du sentiment d'être et son identité. De plus, cette image composite du corps permet d'appréhender son propre corps comme une entité. Avoir un corps à soi est un processus d'appropriation qui se construit avec le temps. Cela permet à l'enfant de sentir son corps comme sien, un espace intime, et se construire en tant que sujet. Autrement dit, se sentir soi et se sentir différent tout en intégrant ses limites psychocorporelles permet à l'enfant sa propre reconnaissance

³⁹ Anzieu D. (1995), p.39

⁴⁰ Pireyre E. (2011)

et devenir autonome (Potel)⁴¹. Ainsi, le corps est à la base de la construction identitaire et également l'élément dynamique qui permet le maintien du sentiment d'identité.

En tenant compte de l'aspect polymorphe et polysémique de l'identité, j'ai choisi de parler de la notion d'identité en fonction de ma pratique clinique auprès de Gabriel et Monsieur L.

Ce que l'individu est, ce qu'il fait, sa reconnaissance liée à ses expériences subjectives, et la capacité à se reconnaître parmi les autres définit l'individu en tant que sujet: son identité. Elle fait la singularité de la personne. Et elle définit le sujet de sa naissance à sa mort. Il y a donc une relation au temps: ce que la personne était avant, ce qu'elle est aujourd'hui et ce qu'elle sera demain.

Par conséquent, le corps résonne à des fins identitaires. La conscience de soi se compose de plusieurs éléments : la maturation neurologique, la motricité, les systèmes sensoriels et les systèmes de pensée. Les émotions jouent également un rôle essentiel dans le sentiment d'identité. Le corps propre est le référent aussi bien dans le temps que dans l'espace : il conduit à de l'estime de soi, des représentations de soi, et de la reconnaissance au travers du regard de l'autre.

En psychomotricité, l'approche relationnelle et le travail du corps, élément dynamique, ont leurs places pour nourrir le fonctionnement psychique. La conscience de soi évolue également grâce au corps vécu, au corps perçu, corps représenté et le mouvement. Le corps est à la base de tout, en mettant du sens, il participe à la construction de l'identité de l'enfant mais également à la restructuration identitaire de la personne âgée.

⁴¹ Potel C. (2015). p.73

Finalement, l'identité est plurielle. Elle englobe différentes composantes et différents référents identitaires. Elle correspond à un processus dynamique, qui ne se fige pas dans le temps. L'identité est une construction active qui affirme le sujet dans sa présence à soi, à l'autre et au monde. Elle lui permet également d'être reconnue par les autres, et peut se moduler selon les influences sociales. Ce sentiment d'identité évolue constamment mais tend à créer une permanence de soi dans le temps et dans l'espace. Ce dernier permet de relier l'identité avec le développement et le fonctionnement psychomoteur. La perception de soi et la reconnaissance de soi peuvent se travailler en psychomotricité au niveau de la conscience corporelle, l'expressivité du corps, la valorisation narcissique ainsi que la confiance en soi. En psychomotricité, la dimension relationnelle – et inconsciemment ou non celle du dialogue tonico-émotionnel sont toujours présentes. Le psychomotricien peut servir d'appui au sujet, au travers de son regard, de la même façon au sein d'un groupe.

D'une part, l'étayage psychomoteur est essentiel dans le développement de l'enfant. Il permet d'articuler la sensorialité, la motricité avec l'intégration psychique de l'enfant. L'enfant se structure grâce aux expériences, aux interactions avec autrui et son environnement.

D'autre part, la gérontopsychomotricité peut accompagner le sujet dans le vieillissement. Face à tous ses changements corporels, grâce au corps relationnel et au travers de la mise en jeu corporelle, la psychomotricité soutient le maintien, le remaniement du sentiment d'identité. Elle donne des ressources au sujet âgé pour se reconnaître, se représenter son histoire et son vécu.

Partie 2. La clinique

I. La présentation des institutions

Les institutions dans lesquelles se déroulent mes deux stages sont un Centre Médico-Psychologique pour les enfants et les adolescents et à l'hôpital en service de Soins de Suite et Réadaptations polypathologique qui accueille des personnes âgées. Dans chacune d'elle, nous retrouvons une équipe pluridisciplinaire ce qui est essentielle pour une meilleure qualité des soins. Chaque corps de métier a son importance dans le bon fonctionnement et le bon accompagnement dans les suivis de leurs patients.

Les psychomotriciennes sont particulièrement bien intégrées. Leurs intégrations sont essentielles pour la cohérence et l'adhésion des soins auprès des patients. A la fois dans les prises en charge mais aussi lorsque l'équipe rencontrent des difficultés d'ordres relationnels entre professionnels et les patients, les psychomotriciennes peuvent apporter leurs aides.

A. Les spécificités du CMP

Le C.M.P est un lieu de soins et de consultations sur rendez-vous, sectorisé dans la psychiatrie infanto-juvénile. Il accueille et s'occupe des enfants et des adolescents présentant des troubles cliniques variables. Ils sont âgés entre 0 et 18 ans. Le CMP reçoit en consultation les enfants et leurs familles.

Ces consultations en pédopsychiatrie proposent des bilans, des indications thérapeutiques (psychothérapies, accueil familial thérapeutique, hospitalisation de jour, hospitalisation,...). De plus, l'équipe propose et organise l'orientation des enfants et adolescents vers les institutions les mieux adaptées à leur problématique. En cas de besoin, elle peut maintenir une relation de consultation avec l'enfant, même s'il est soigné dans d'autres lieux. Le C.M.P garantit une coordination entre les traitements.

Le diagnostic et le projet thérapeutique se font toujours avec les parents. Il peut s'agir d'un accompagnement aussi bien individuel qu'en groupe. Tout au long de la prise en charge de l'enfant, les parents accompagnent, participent et sont tenus informés des résultats de bilans, et des soins qui sont proposés à leur enfant.

B. Les spécificités du SSR

Le service de Soins de Suites et Réadaptations (SSR) polypathologique accueille des patients en hospitalisation complète. Cette unité de soins gériatriques prend en charge des affections personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance. Il s'agit d'un lieu de transition entre les soins de courte durée et aux séjours de longue durée (SLD). Ce « moyen séjour » permet un lieu de vie temporaire dans l'objectif d'un retour vers l'autonomie pour assurer un retour à domicile ou bien, une réorientation vers une institution spécialisée. La durée de l'hospitalisation est variable, soit entre un mois et six mois.

Selon leur motif d'admission dans le service, chaque patient reçoit un projet personnalisé avec une prise en charge pluridisciplinaire permettant d'offrir des soins médicaux, curatifs voire palliatifs. Autrement dit, la prise en charge peut s'orienter autour du diagnostic et du traitement des pathologies aiguës et chroniques (médicaux, rééducation, psychothérapie, ...) mais aussi de la prévention, et du devenir social du patient.

N'ayant pas leur propre salle de psychomotricité, la psychomotricienne partage la salle de rééducation avec les kinésithérapeutes, les enseignants d'activités physiques adaptées. Les séances peuvent également se faire dans la chambre du patient.

II. La rencontre avec Gabriel au CMP

A. L'agitation psychomotrice chez l'enfant

Comme nous l'avons vu précédemment, dans le développement de l'enfant, le corps est la quintessence de la construction de l'individu.

En 1980, Brazelton dit qu'un nouveau-né est compétent et qu'il interagit avec son environnement. On entend par « compétent » que le nouveau-né possède des compétences de bases, considérées comme « l'ensemble des comportements (actions et réactions) que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, les contextes et les conditions environnementales s'y prêtent » (Pomerleau et Malcuit, 1983). À la naissance, la maturation du bébé n'est pas terminée à différents niveaux (cérébral, moteur, intellectuel, psychologique et langage). Progressivement, le bébé va faire ces différents niveaux grâce aux diverses expériences qu'il fera. Il partira d'une organisation motrice innée qui se développera vers une intégration motrice complexe ainsi qu'une intégration psychique de celle-ci pour assurer un bon développement psychomoteur. Pour se faire, l'enfant vit des expériences sensori-motrices et interagit avec son environnement et le monde extérieur.

Tout au long de l'enfance, l'étayage psychomoteur permet à l'enfant de se développer au niveau du tonus, des sensations, des affects et des représentations. En ce sens, l'étayage psychomoteur correspond à l'enrichissement de son répertoire de sensations, d'émotions et de représentations. Et, dans l'acquisition motrice l'enfant pourra également se mouvoir et être en relation avec lui-même, l'autre et l'environnement. Dans ce processus de développement, le mouvement est primordial. Il aide l'intelligence à se construire. Il s'agit d'une construction corporelle basée sur les impressions sensorielles à partir des apprentissages moteurs dont le mouvement.

L'environnement joue un rôle primordial dans le développement psychomoteur. Plusieurs facteurs interviennent dans ce développement tels que la génétique et l'environnement en lui-même. La vie relationnelle est essentielle. Elle influe sur les

perceptions et les représentations ainsi que le sentiment d'être. La peau et le toucher ainsi que les différentes enveloppes psychiques (sonores, olfactives, visuelles), permettent à l'enfant de se construire au niveau psychique. Cette construction du premier moi amène l'enfant à avoir une représentation de lui-même et donc d'avoir un corps pour penser, un corps pour communiquer.

Seulement lorsque l'enfant présente un trouble psychomoteur telle qu'une agitation psychomotrice, il peut rencontrer des difficultés à se développer. Parfois, il peut prendre davantage de temps dans les acquisitions et les apprentissages.

L'agitation psychomotrice est un état ou un symptôme pouvant être non-spécifique. Dans certains cas, elle peut être un symptôme qui peut se retrouver dans des tableaux cliniques pathologiques. Cet état d'agitation s'associe à un comportement qui se caractérise par une activité motrice accrue, désorganisée et inadaptée, d'intensité et de durée variable. L'agitation psychomotrice peut survenir avec certaine violence et agressivité dirigée vers lui-même ou une autre personne. Elle peut se traduire par différentes causes : des perturbations d'origine affective, psychiatrique, organique ou toxique.

Concernant la sémiologie psychomotrice, l'agitation psychomotrice peut avoir des conséquences sur différentes fonctions psychomotrices. Elle est décrite à partir du tableau des troubles psychomoteurs, plus précisément en termes d'instabilité⁴².

➤ *Le tonus et la posture*

L'état tonique de l'enfant agité peut se caractériser par une hypertonique avec des blocages respiratoires. Cet état tensionnel peut provoquer des paratonies. Toutefois, l'état

⁴² Benavidès, T. (2002-2003). Sémiologie psychomotrice de l'enfant. Chapitre 2 : la clinique psychomotrice. Reperé à <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioPSMenf/POLY.Chp.2.5.html>

tonique peut aussi se caractériser par une hypotonie qui peut entraîner des difficultés de coordinations. L'état tonique de l'enfant peut être fluctuant comme une certaine dysharmonie tonique dans laquelle l'activité motrice et posturale sont entravées. De plus, comme le tonus est le support des émotions, nous pouvons relier ces troubles toniques à la régulation tonico-émotionnelle.

En lien avec le tonus, la posture de l'enfant peut en être impactée. L'agitation psychomotrice peut engendrer des difficultés à maintenir une posture en condition statique. Par exemple, rester assis sur une chaise durant une activité graphique peut être difficile. Et, dans les activités motrices, l'enfant rencontre des difficultés au niveau des ajustements posturaux pour anticiper et passer d'une posture à une autre. Cette mauvaise régulation posturale peut désorganiser la qualité des mouvements et celles des gestes et également les capacités d'équilibre de l'enfant au niveau de ses appuis.

➤ *Les praxies*

Les difficultés de coordination peuvent altérer les praxies. Une praxie désigne une organisation gestuelle coordonnée et volontaire. Cet ensemble de mouvement aboutit à une production motrice finalisée, c'est-à-dire pour atteindre un but. Chez l'enfant agité, du fait de son activité motrice désorganisée et inadaptée, l'enfant peut présenter plus ou moins un défaut dans le couple inhibition/impulsion. De fait, l'enfant peut présenter des difficultés à contrôler ses mouvements et ses gestes. Et, cela peut impacter éventuellement le graphisme et les activités graphiques (dessin, écriture, ...).

➤ *Les représentations du corps*

Avec une activité motrice accrue, l'enfant présente des difficultés à structurer son corps. L'impulsivité et l'agressivité peuvent limiter la capacité à prendre conscience de son corps. L'enfant agité peut avoir des représentations de son corps peu fiables. L'agitation peut se traduire par des angoisses archaïques qui viennent altérer l'image composite du corps (des angoisses d'effondrement, angoisses de morcellement, angoisses de

liquéfaction, ...). Il peut alors avoir une faible estime de soi dans ses capacités et dans ses apprentissages.

➤ *Les repères spatio-temporels*

L'espace et le temps composent un ensemble indissociable : mettre son corps en mouvement se déroule dans l'espace mais également dans une temporalité. Il s'agit de données fondamentales, le développement psychomoteur se réalise sur plusieurs années et selon un certain rythme. Leur intrication permet de comprendre que si l'enfant a des difficultés dans le développement du temps, il peut alors rencontrer des difficultés dans le développement de l'espace, et inversement.

Par ailleurs, l'organisation spatiale ne peut être opérante sans la capacité à s'orienter dans l'espace. S'orienter dans l'espace implique la notion de latéralité qui nous permet de savoir où se situent les objets par rapport à notre axe corporel.

Chez l'enfant agité, ses troubles de la représentation du corps peuvent entraîner des difficultés à se structurer et s'organiser dans les capacités de représentation de l'espace. En effet, la structuration de l'espace passe avant tout par le corps. Marcher permet de structurer autrement que dans l'espace graphique, à partir de sa mobilité. Il existe des troubles de l'orientation spatiale, des difficultés à structurer l'espace. Et, l'enfant agité peut montrer des difficultés d'ordre temporel, notamment pour dérouler une activité.

Finalement, René Roussillon, psychanalyste, psychologue et professeur de psychologie à l'Université de Lyon 2, parle de « l'unité de l'instabilité « entité » réside dans le fait qu'il s'agit d'un comportement qui concerne spécifiquement ce qui n'a pas pu se structurer psychiquement chez un sujet. L'instabilité renvoie à ce qui n'a pas pu être symbolisé, mis en représentation dans l'histoire du sujet grâce à un échange, intersubjectif avec son environnement à une période préverbale, et ne peut donc jamais en être refoulé. Et ce sont les traces de ce vécu non symbolisées qui harcèlent l'enfant de l'intérieur »⁴³ .

⁴³ Berger M. (1999), p.138

De ce fait, l'enfant présentant une agitation psychomotrice, peut avoir de la difficulté à se réguler dans sa motricité et ses états toniques. Cela peut rendre compte d'une difficulté à se structurer psychiquement. En effet, si l'enfant n'arrive pas à intégrer et sentir son corps comme sien, il pourrait avoir des difficultés à intégrer des repères corporels et élaborer ses représentations du corps.

B. Gabriel

1) *Anamnèse*

Lors de ma première rencontre, Gabriel est un petit garçon âgé de 6 ans, né à vingt-neuf semaines d'aménorrhées avec son frère jumeau (Maël). Il vit avec ses deux parents ainsi que son frère jumeau.

Du côté de son père, il s'agit de son troisième mariage. Il est déjà père de quatre enfants: Thaïs (20 ans), Julie (16 ans), Maëlie (14 ans) et Zoé (13 ans).

La période de la grossesse s'est déroulée avec quelques difficultés. En effet, sa mère présentait deux fibromes utérins. Depuis leur naissance, Gabriel et son frère sont suivis à l'hôpital, dans le service de néonatalogie. Nés grand-prématurés, ils ont été hospitalisés sans complications somatiques jusqu'à l'âge de deux mois.

Au regard de son développement psychomoteur, Gabriel acquiert la station assise à l'âge de six mois d'âge corrigé, dit ses premiers mots à neuf - dix mois (« papa »). Il a marché à dix-huit mois, et acquiert la propreté diurne à trois ans et demi. Il ne ressent presque pas la douleur, ou ne le montre pas. Gabriel mange bien, il dort également bien.

Au niveau de la socialisation, il est allé dans une crèche familiale à ses neuf mois. Il est entré ensuite en maternelle (petite, moyenne et grande section). Gabriel a des copains « ceux qui font des bêtises ». Il dit avoir des copains mais certains sont des copains de son frère, qui sont devenus ensuite les siens aussi. Dès la maternelle, il a une auxiliaire de vie scolaire (AVS) individuelle. Les jumeaux n'ont jamais été dans la même classe.

Au niveau de ses intérêts, il aime dessiner, jouer aux avions, à la playstation. Il apprécie jouer au football aussi bien à l'école qu'à la maison. Le mercredi après-midi, il va à la natation. A ses un an, il a eu un suivi en psychomotricité en pédiatrie.

Il a eu un bilan orthophonique et un bilan chez l'ORL (avril 2016). Ensuite, l'hôpital a ré-orienté Gabriel et sa famille au C.M.P. De plus, son école a conseillé aux parents d'aller consulter au C.M.P. L'institutrice le décrit comme un petit garçon agité ayant des difficultés de concentration. Les parents ont donc fait cette démarche en allant consulter le psychiatre. Le psychiatre prescrit une indication pour un bilan psychomoteur.

Aujourd'hui Gabriel est en CP et a une auxiliaire de vie scolaire (AVS) collective: elle s'occupe de lui et aussi d'un autre enfant. Il possède une prise en charge pluridisciplinaire (psychomotricité, psychothérapie, ...). En revanche, pour le moment, il est en attente d'une prise en charge en orthophonie.

2) La première rencontre

En septembre 2017, je rencontre Gabriel dans le cadre d'un premier entretien, avec la psychomotricienne. Lors de cette première rencontre, j'étais en position d'observatrice.

Lors du premier entretien, Gabriel est venu avec ses deux parents ainsi que son frère jumeau Maël. Tout au long de cet entretien, les frères jumeaux sont dans une agitation importante, et sollicitent régulièrement leur mère. Les deux parents ont l'air dépassés : la mère ne met aucune limite à ses deux garçons. Il y a très peu d'interactions avec le père. Le père paraît déprimé. Il ne se positionne pas face à ses enfants. Il n'y pas d'échanges entre les deux parents. Avec leur agitation permanente, les jumeaux semblent être telle une barrière tant physique que sonore entre les deux parents. En effet, les parents sont assis à une certaine distance qui laisse un grand espace entre eux. Leur mère semble peu comprendre la raison pour laquelle on l'oriente au C.M.P. Quand elle nous parle de Gabriel, elle revient régulièrement à la comparaison de son frère jumeau.

Gabriel se présente à moi comme un enfant souriant mais agité et dispersé. Il peut être dans un bon contact relationnel. Toutefois, je n'ai pas réussi à croiser son regard du premier coup. Par exemple, lorsque je lui ai tendu ma main pour nous dire bonjour, il a fallu l'appeler plusieurs fois par son prénom. Pour signifier ma présence, il a fallu que je sois discrète et attentive à l'entretien avec ses deux parents. C'est seulement après qu'il essaie d'entrer en relation avec moi voire même qu'il cherche mon attention. C'est à ce moment là que nos regards se croisent, et signifie à sa manière, son souhait d'entrer en relation.

3) Le bilan et le projet thérapeutique

➤ *Bilan*

Tonus et de la posture.

Gabriel est un enfant qui présente une hypertonie axiale avec une certaine raideur dans ses membres inférieurs. Il se tient assez droit, de manière érigée. De plus, Gabriel a du mal à accéder à la détente ainsi qu'à réguler son tonus qui est perturbé par ses émotions.

Motricité globale

Gabriel est un enfant agile. Il a de bonnes habiletés motrices globales avec de bonnes capacités de coordinations. Il investit peu ses membres inférieurs. Concernant ses membres supérieurs, Gabriel montre particulièrement une force musculaire. Gabriel a de bonnes capacités dans les activités d'équilibre statique. Du fait de son hypertonie axiale, Gabriel a peu de mouvements compensatoires et de rééquilibration avec ses bras, il oscille peu. Il a des difficultés dans l'équilibre dynamique. Il a tendance à avoir une flexion du buste lors des mouvements et à se désorganiser quand le rythme du mouvement ne correspond pas à son rythme à lui. Ce petit garçon a tendance à s'agiter corporellement. Il peut aussi devenir logorrhéique.

Ce petit garçon manque d'appuis, il recherche régulièrement la solidité dans ses appuis physiques et psychiques. Il nécessite un étayage corporel.

Temps et espace

Gabriel rencontre des difficultés à se repérer aussi bien dans l'espace que dans le temps. Il intègre mieux la notion de rythme que les notions d'ordres et de successions comme le temps d'une journée ou les jours de la semaine. Il a même du mal à savoir quel jour de la semaine nous sommes. Il présente un problème pour s'inscrire dans la temporalité. Il peut nous raconter une histoire mais au fil du récit, Gabriel peut se perdre dans son discours. Quant aux capacités visuo-constructives, il rencontre des difficultés pour reproduire une figure ou dessiner. S'orienter dans le C.M.P et dans la salle de psychomotricité est possible.

Les représentations du corps

Son schéma corporel semble bien intégré pour son âge. Il connaît les différentes parties de son corps. Gabriel a besoin de ressentir son unité corporelle, entre le dedans et le dehors, afin de percevoir ses limites corporelles. Il a peu confiance en lui. Il se dévalorise et ne fait pas confiance à son corps. Gabriel peut nous le verbaliser. Par exemple, au travers de son dessin du bonhomme, il se dessine de petite taille, avec des petites membres et pas de vêtements. Gabriel présente une latéralité harmonieuse à droite.

Le développement psychoaffectif

Derrière l'illusion « d'aisance » du corps, Gabriel sous-estime ses capacités tant physiques que cognitives. Lorsque ce petit garçon est en échec, il ne le dit pas et on sent une légère montée d'anxiété. Pour contrer cela, il utilise des stratégies de compensation telles que l'agitation psychomotrice et la logorrhée. Il se compare beaucoup à son jumeau. Il lui arrive de mettre davantage son frère en valeur que lui-même.

Le développement cognitif

Gabriel a du mal à se concentrer sur une seule tâche. Cela lui demande des efforts. Par moment, il ne comprend pas toujours les consignes ou sinon, il a besoin de temps de réflexion pour traiter les informations. Son manque de concentration et son inattention lui font parfois défaut pour pouvoir intégrer les choses et les mettre en mémoire.

Conclusion

Lors de la passation de certaines épreuves qui le mettaient en difficulté voire en échec, Gabriel se dispersait davantage. L'agitation psychomotrice se majore en fonction de ses émotions. C'est son moyen de défense contre la frustration d'être en échec. De fait, il a fallu revoir le cadre, davantage rassurant et contenant pour qu'il puisse se sentir à l'aise dans la relation.

Ainsi, tout au long des séances du bilan psychomoteur, Gabriel se présente comme un garçon ayant une agitation psychomotrice. Il a des difficultés au niveau attentionnel. Il a également des difficultés de compréhension. Il a besoin de consignes très simples. De par son agitation, c'est un enfant en recherche de limites, d'appuis tant corporels que psychiques. Il cherche l'attention et le regard de l'adulte. Il présente également des troubles spatio-temporels, des troubles tonico-émotionnels. Il a des difficultés à exprimer et réguler ses émotions.

➤ *Projet Thérapeutique*

Le projet thérapeutique s'oriente sur plusieurs axes thérapeutiques. Tout d'abord, l'objectif premier est d'enrichir ses expériences psychocorporelles dans le but qu'il puisse apprendre à mieux connaître son corps et ses limites. En parallèle, cet étayage psychomoteur favorise sa conscience corporelle et la régulation tonico-émotionnelle, notamment accéder à la détente. Ensuite, avec Gabriel, nous explorons les appuis et la notion d'ancrage. Dans un cadre contenant et rassurant, nous le soutiendrons dans sa revalorisation narcissique. En effet, son estime de soi et sa confiance en soi influent sur le sentiment d'être et d'être reconnu comme sujet.

Au niveau du cadre de la prise en charge, il s'agit d'une prise en charge individuelle en co-thérapie, avec la psychomotricienne et moi-même. Les séances se déroulent dans la salle de psychomotricité au sein du C.M.P. Gabriel viendra en séance pour une durée de quarante-cinq minutes. Elle se fera à raison d'une fois par semaine, hors vacances scolaires. Une réévaluation de la prise en charge en psychomotricité se fera en fin d'année scolaire.

4) L'évolution de la prise en charge de Gabriel au CMP

Je vais résumer les grandes lignes pour exposer sur ce qui s'est joué lors des séances en psychomotricité.

Nous commençons systématiquement par aller le chercher dans la salle d'attente, à nous dire bonjour avant de nous diriger vers la salle de psychomotricité. Ensuite, nous nous accordons un temps d'échange verbal et un temps pour retirer nos chaussures et chaussettes. Ce moment est ritualisé afin de lui donner des repères spatio-temporels. Aussi, cette ritualisation du début de séance permet à Gabriel d'agir et d'être acteur, ce qui peut le soutenir dans sa revalorisation.

Après ce temps d'écoute et de parole, nous commençons la séance par un jeu à faire tous ensemble. Dans les activités psychomotrices, nous élaborons un cadre à la fois ludique, rassurant et contenant par la présence d'un objet médiateur, mais aussi par la psychomotricienne et moi-même. A l'intérieur de ce cadre, nous laissons Gabriel libre d'explorer en toute sécurité et de canaliser ses débordements d'activités motrices ou encore ses angoisses. La contenance de son agitation psychomotrice et l'instauration d'une rythmicité semble importante dans la prise en charge de Gabriel afin de lui permettre d'agir sur son environnement et expérimenter librement.

Tout au long de cette thérapie à médiation corporelle, il expérimente avec son corps différentes médiations.

Tout d'abord, Gabriel explore les jeux de ballons ayant différentes tailles et de différentes matières. Lors de ces jeux de ballons, chacun a sa place, délimitée dans un ordre et un rythme donné par les passes de ballons. Gabriel apprécie beaucoup ce premier temps de séance. Dans cette organisation, Gabriel expérimente à la fois l'attente, la pulsion, la régulation tonique ainsi que la notion de plaisir. Il doit attendre son tour pour avoir le ballon, pour ensuite le lancer à quelqu'un d'autre, une direction pourvue d'intentionnalité : l'ordre, la succession et le sens. Il peut le lancer de la manière qu'il souhaite : lente ou rapide tout en y mettant une intensité variable selon la tonicité qu'il met dans son geste, en choisissant de le faire doucement ou fort. Gabriel se montre impulsif. Cette activité nous a aidé à construire l'alliance thérapeutique. En faisant ce choix, j'observe l'investissement et l'engagement de Gabriel. Il semble à l'aise, car il semble montrer un intérêt à être en mouvement. Petit à petit, la relation commence à prendre forme.

Néanmoins, au fil du temps, durant les séances, nous remarquons sa difficulté à se détacher des jeux de ballons. En effet, si Gabriel montre une certaine facilité à investir des jeux moteurs, notamment en se mettant en compétition afin de se sentir reconnu et considéré, comme étant un petit garçon fort. Il montre une difficulté dans les jeux d'élaboration qui lui demande une certaine attention et vigilance. Et, lorsque nous lui proposons de faire évoluer ce jeu, il tente de définir quelques règles. Seulement, ces dernières sont toujours modulables, c'est-à-dire qu'il fait en sorte d'énoncer des consignes qui le met à son avantage. Par cette stratégie, il favorise une organisation de la thérapie à médiation corporelle qui instaure un rythme qui puisse le structurer et non le mettre face à la frustration de l'échec. Je constate qu'il a besoin d'être dans de la répétition pour pouvoir intégrer des repères. Ce n'est qu'une fois sécurisé avec ce caractère répétitif qu'il peut commencer à élaborer de nouvelles consignes dans les médiations.

Par exemple, quand il a pu choisir d'utiliser le ballon de baudouche. En utilisant, ce type de ballon, il a pu expérimenter différentes variations toniques influençant sur sa régulation tonico-émotionnelle liée à un contrôle moteur de ses gestes. Ainsi, Gabriel explore différentes qualités de mouvements. En complexifiant les consignes de manière ludique : Gabriel peut attraper le ballon et le lancer uniquement avec la main droite, puis

le coude, puis avec le nez. En parallèle, ces consignes permettent de renforcer le schéma corporel. Gabriel s'améliore. Il devient, petit à petit, capable de contrôler son activité motrice. Il se montre volontaire et prend du plaisir à expérimenter ses potentialités. En même temps, nous l'encourageons et le valorisons : il réussit à jouer en notre présence tout en nous incluant dans ce jeu partagé. Il semble perméable à son environnement. Progressivement il s'adapte à son environnement. Son changement d'attitude peut être en lien avec la valorisation narcissique que nous avons pu soutenir la psychomotricienne et moi-même.

La seconde médiation que nous avons utilisé sont les percussions instrumentales dans un premier temps puis corporelles. Le but étant de continuer sur une activité dynamique qui amène du rythme et des vibrations corporelles afin de développer sa conscience corporelle. Ces stimulations externes lui procurent des sensations. Dans ces mouvements, les variations toniques et sensorielles apportent une valeur émotionnelle à ses expériences. Les percussions favorisent la résonance corporelle, de la même façon qu'un étayage psychomoteur. Dans ce rythme partagé, les capacités attentionnelles de Gabriel sont sollicitées dans le but de trouver du plaisir à créer des rythmes : d'abord chacun son tour, nous proposons propose un rythme, puis tous ensemble nous réalisons un enchaînement rythmique. Dans cette médiation, l'écoute de soi et l'écoute de l'autre favorise le sentiment d'être reconnu comme sujet à part entière.

Durant ces premières séances, Gabriel a besoin d'activités concrètes, dans lesquelles il peut réaliser des actions et de se représenter ce qu'il fait avec son corps. Cette forme de mise en jeu corporelle soutient tant le mouvement que la relation dans le but de mettre du sens aux gestes de Gabriel. Il explore et développe ses expériences sensori-motrices, soutenu par la relation thérapeutique instaurée.

Progressivement, l'alliance thérapeutique se crée. Gabriel fait des efforts pour se canaliser et ne pas être dans un état d'agitation accrue. Avec la psychomotricienne, nous observons qu'il commence à structurer le temps de jeu proposé pour chaque personne.

Cette rythmicité semble témoigner d'une meilleure structuration tant au niveau corporel qu'au niveau relationnel. Il s'appuie sur nous, en nous investissant durant les séances. Nous devenons à ce moment-là, des référents corporels. Il montre un processus identificatoire auprès de nous.

Lors d'une autre séance, Gabriel réalise un dessin présentant lui et sa famille. Mais sur ce dessin, son père n'est pas représenté. En présentant chaque personne ce dessin, il semble confus dans les représentations de sa famille. A ce moment là, il réalise qu'il a oublié de dessiner son père. En effet, il ne parle jamais de son père. Et lors du premier entretien, le père semblait en retrait, peu présent dans la structure familiale. On pourrait se demander si Gabriel n'a pas des difficultés à s'identifier dans une figure paternelle percevoir de manière distincte chaque membre de sa famille.

Il y a eu des temps autour des jeux solitaires. J'illustre à partir de ce qu'a pu faire Gabriel sur le trampoline. Tout en sautant dessus, il réalise l'expérience du miroir, face au miroir il manifesterait la prise de conscience de son unité corporelle. Il constitue de manière symbolique par l'image globale de son corps. Et dans cette découverte, il peut se reconnaître et se représenter la permanence de soi. De plus, il expérimente le trampoline, en sautant avec une certaine puissance. Dans ce temps là, Gabriel favorise les expériences perceptivo-motrices autour du mouvement, la notion de poids et d'ancrage avec ses appuis. Je remarque qu'il choisit un jeu solitaire, peu structuré. Ce moment là m'interroge sur sa capacité à jouer seul en présence de l'autre. Le choix de ces propositions, manquant d'élaboration structurante, reflète sa difficulté à se structurer tant au niveau corporel que psychique. Il reflète sa préférence à sauter sur le trampoline, tout en se regardant dans le miroir comme un élément volatil et éphémère ou à l'inverse comme une manière de s'ancrer.

A la suite de ces observations, je me suis ré-orientée sur la manière de dérouler les séances. Le but de la séance étant de construire et faire le jeu ensemble. Je l'accompagne dans l'élaboration de l'activité. « Faire ensemble » semblait une bonne

approche pour contenir l'agitation de Gabriel. Il a besoin d'aller, en présence de l'autre, vers la découverte de l'inconnu pour se rassurer face à sa frustration de la non-maîtrise et l'inquiétude d'être dans l'échec.

Son état d'agitation psychomotrice est fluctuant. De par son comportement, Gabriel vient tester non seulement le cadre mais aussi la psychomotricienne et moi-même. Quand il se disperse et n'arrive pas à s'apaiser, il ne peut plus faire attention aux autres et se rendre disponible à être en interaction. En effet, il reste physiquement présent mais psychiquement absent. Lorsque son agitation psychomotrice se majore, il devient logorrhéique. Cette agitation verbale semble traduire ses difficultés à structurer et manifeste de la frustration. On peut évoquer l'hypothèse que cette logorrhée peut être une manière de contenir son corps dans une enveloppe sonore ou encore continuer à agir pour lutter contre l'angoisse d'effondrement qui s'apparente au fait de ne plus exister.

Dans les parcours à la fois sensoriel et psychomoteur, il tente d'amener de l'imaginaire. Notamment, à partir d'une histoire inventée, Gabriel montre le besoin d'être en mouvement. Au fur et à mesure, il devient attentif à l'histoire et aux sensations qu'il peut vivre au fil du parcours. Il recherche de la présence physique. Il veut le faire l'un à côté de l'autre sans être trop loin. Dans ce parcours, son état d'agitation s'apaise légèrement, notamment, quand il explore les dalles sensorielles. Il les découvre et y trouve un plaisir à les sentir. Lorsqu'il monte en haut des espaliers, Gabriel me dit « tiens-moi ! », « je vais tomber ». Je lui fais remarquer que cela n'arrivera pas car je suis là derrière lui avec ma main dans son dos. Il présente le besoin de se sentir en sécurité, de me savoir solide. Il tenait à ce que je puisse le rattraper et le porter pour descendre des espaliers.

Une fois dans mes bras, Gabriel est contenu et se retrouve dans une certaine forme de régression. Au cours de cette expérience, Gabriel se montre dans un état archaïque, de la même façon qu'un bébé a besoin de bénéficier du holding. Dans ce dialogue tonico-émotionnel, il s'apaise progressivement. Il accède à la détente. Au travers de son état d'agitation psychomotrice, il éveille son besoin de favoriser des expériences sensorielles et corporelles. Grâce au holding, il nous livre son besoin d'être porté, de trouver es

enveloppes afin de se recentrer sur lui-même, se rassembler. Finalement, le holding a une fonction pare-excitatrice. Peu à peu, il acquiert le sentiment d'habiter son corps. Dans cette intégration du Moi, le sentiment d'être est tempéré par sa présence dans la relation.

Ce moment clé a marqué un tournant dans la prise en charge. En effet, par la suite, dans les séances, il devient disponible et prêt à s'investir dans les séances. En effet, dans la suite de sa prise en charge, Gabriel est plus disponible et prêt à investir autrement les séances. Dans cette écoute de soi et de l'autre, il exprime le besoin de passer par des expériences sensorielles et psychomotrices pour prendre conscience de son corps. Cela signifie qu'il recherche des ressources à la fois dans son corps, dans la relation à l'autre et dans son environnement pour prendre appui et se structurer. Dans son vécu corporel, ses sensations éprouvées se transforment en émotions partageables ce qui est soutenues par un étayage corporel. Cette perspective témoigne d'un besoin d'être en quête de sens dans le mouvement et qui montre qu'il peut intégrer des vécus corporels.

La mise en jeu corporelle en lui procure des sensations agréables. Il découvre son corps. Il perçoit dans son corps des parties du corps solide comme le dos, les genoux, les pieds ; et d'autres plus molles comme le ventre. Peu à peu, il tend à intégrer son corps comme sien, mais aussi comme un corps solide sur lequel il peut compter. L'intégration de son corps comme étant le sien renforce ses représentations corporelles. Dans cette évolution, Gabriel développe un étayage au niveau de sa tonicité, de ses sensations, de ses affects ainsi que ses représentations. Par le mouvement et la relation, il intègre à son rythme ses fonctions psychomotrices qui viennent soutenir son fonctionnement psychique.

Ce n'est qu'à partir de fin février, que les séances s'élaborent de manière plus structurantes. Il évolue vers la médiation « cabane ». Il délimite lui-même l'espace de jeu pour que nous construisons la cabane ensemble. Dans cette cabane, il bâtit les fondations, une base solide. Il se crée son espace contenant dans lequel il s'installe pour vivre à l'intérieur des expériences, dont un temps de détente et d'éveil. La cabane semble incarner l'image de protection, qui renvoie à des sensations rassurantes pour lui. Gabriel se sent comme dans un cocon. Cette médiation est un support particulièrement porteur et

stimulant. Il développe son imaginaire et sa dimension psychoaffective. En effet, le fait de construire sa cabane, Gabriel s'implique corporellement. Avec son corps, il nourrit de manière inconsciente sa perception de lui-même grâce à ce type de médiation. En effet, il développe des images, des représentations qui semblent sublimer son vécu associé à des émotions qu'il peut partager. Tout ceci peut être en lien avec la consolidation de ses enveloppes.

En parallèle de ses progrès, il peut maintenant structurer ses propositions en séance. Il est capable de donner des consignes simples et de vivre ce moment ludique. De plus, il lui devient capable de réellement jouer avec l'autre. In fine, nous continuons sur un temps où l'on est dans la médiation « cabane ». Il utilise un tonneau bleu dans lequel il entre dedans. Il se love en position d'enroulement comme un fœtus. A ce moment là, il demande à ce que je le berce tout en chantant une chanson ensemble. Au fur et à mesure, dans ce mouvement de régression, Gabriel met en jeu sa capacité à se recentrer sur soi et devient davantage disponible dans les relations : à soi, à nous.

➤ *Conclusion*

Ainsi, Gabriel conserve une agitation psychomotrice. Il manque de confiance tant sur le plan physique que psychique. Toutefois, il commence à être à l'écoute de son corps, se recentre sur lui-même. Il devient capable de trouver un ancrage à la fois corporelle et psychique. Porté par le regard, et la mise en jeu corporelle dans la relation, j'observe des améliorations. Un étayage psychomoteur me semble encore nécessaire pour l'accompagner dans une meilleure organisation psychocorporelle et une découverte de soi. Dans ce prolongement, Gabriel nécessite le besoin de continuer sur un étayage psychomoteur afin de développer une meilleure estime de lui. Ceci permettra de soutenir progressivement Gabriel dans ses perceptions et ses représentations de lui-même pour, toujours à son rythme, s'affirmer en tant que sujet à la fois singulier et différencié de son frère jumeau.

III. La rencontre avec Monsieur L. en SSR

A. Le vieillissement

Selon l'OMS, à partir de 60 ans une personne est considérée comme personne âgée.

➤ *Processus de vieillissement*

D'après l'OMS (2002), la vieillesse désigne un « processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps »⁴⁴.

Autrement dit, le vieillissement est un processus physiologique naturel qui se traduit par une dégradation sensorielle, un affaiblissement de l'appareil locomoteur ainsi qu'une altération du fonctionnement intellectuel et psychoaffectif. Cette période de la vie d'un individu est aussi associée à d'autres transitions de vie, comme le départ à la retraite, la réadaptation de son logement, ou encore le décès d'un proche. « Devenir vieux » est un paramètre subjectif. D'un individu à un autre, la perception d'être vieux peut être différente. Elle relève d'une valeur subjective. Tout le monde ne vieillit pas de la même manière. Il est essentiel de considérer le fait de vieillir comme un processus normal qui est propre à chacun. Néanmoins, le vieillissement témoigne d'une dégradation de la qualité de vie de l'individu. Il dépend également de comment le vieillissement est perçu dans la société et la culture de l'individu.

1) Sur le plan physique

Jean-Charles Juhel, psychomotricien, évoque une dégradation sensorielle chez le sujet âgé⁴⁵. Il rencontre une diminution, détérioration ou encore la perte de la vue, de l'audition, de l'olfaction, le tact et la gustation. Le vieillissement détériore la sensibilité cutanée, une perte d'élasticité. La peau devient plus vulnérable et peut manifester des plaies diverses (escarres, mycoses, ...). Et l'individu peut avoir une altération de la

⁴⁴ Juhel J-C (2010). p.6

⁴⁵Juhel J-C (2010). p.6

sensibilité plantaire qui engendre une mauvaise perception des informations au niveau de leurs appuis au sol. Cela affecte l'équilibre et la coordination, notamment lors de la marche avec le risque de chute.

De plus, avec l'âge, le système squelettique dont les os et les articulations se fragilise. Le sujet peut présenter de l'ostéoporose et/ou de l'arthrose.

Avec l'âge, le corps se transforme et peut affecter l'axe corporel au niveau de la verticalité, de la posture, de la mobilité ainsi que de la capacité à se mouvoir mais n'engendre pas nécessairement une dépendance du sujet âgé.

2) Sur le plan cognitif

Chez le sujet âgé, la capacité à traiter les informations s'affaiblit. La vitesse de traitement est plus lente et nécessite un temps de réaction et de concentration à prendre en considération chez le sujet âgé. Cette altération peut se traduire par la difficulté pour le sujet âgé à être en double tâche. En effet, une personne âgée peut rencontrer des difficultés à marcher, et en même temps répondre à son interlocuteur qui est pourtant situé près de lui. Il peut manifester des troubles d'attention et avoir la mémoire qui est moins efficiente.

3) Sur le plan affectif

A la fois la perte de certains états corporels, mais aussi la perte de son entourage (familles, amis,) conduisent une personne âgée à devenir plus fragile et vulnérable. Dans cette boucle circulaire liée au vieillissement, le sujet âgé peut s'isoler. Ce n'est pas sans répercussion sur le fonctionnement psychique. En effet, la capacité à subvenir à ses besoins et maintenir son autonomie peut devenir limitée. Le besoin d'accomplir ne peut être pleinement satisfait. Se sentir en sécurité, la présence de l'autre et le sentiment d'appartenance à un groupe social influe sur l'image de soi. In fine, le vieillissement peut fragiliser l'estime de soi ainsi que les représentations de soi. Face à ce travail de deuil de l'image de soi, le sujet âgé réinvestit son corps pour remodeler son image de soi.

B. La chute du sujet âgé

Selon l'OMS, la chute⁴⁶ est la deuxième cause de décès accidentels ou de décès par traumatisme involontaire. Pour l'OMS, la chute est un événement à l'issue de laquelle la personne tombe ou glisse au sol de manière involontaire. Le caractère répétitif des chutes est considéré à partir de deux chutes au cours d'une période de douze mois.

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe différents facteurs susceptibles d'augmenter le risque de chutes en lien avec le vieillissement du sujet âgé.

Avec l'âge, la façon de marcher se modifie. Le sujet âgé marche de manière précautionneuse, fait des petits pas. On observe une réduction au niveau de la vitesse de la marche et du temps prolongé en appuis bipodaux. Ainsi, avec l'avancée en âge, marcher ou même les simples déplacements usuels peuvent devenir difficiles pour le sujet âgé.

La chute peut se révéler être un événement traumatique. Elle laisse une trace dans l'histoire du sujet, tant physiquement que psychiquement. Par ailleurs, elle peut entraîner des hématomes, des fractures de la hanche ou casser leur prothèse de hanche s'il en a une ainsi que du membre supérieur; mais également créer de la peur de se verticaliser, la peur de tomber pouvant aller jusqu'au syndrome post-chute ou ce que l'on appelle un syndrome de désadaptation psychomotrice.

Au fur et à mesure du vieillissement, les chutes deviennent fréquentes. Elles figurent comme motif d'hospitalisation dans le SSR. Je vais présenter le syndrome post-chute qui est en lien avec Monsieur L. à la clinique

Le **syndrome post-chute** est un traumatisme qui implique une composante physique et une composante psychique. Il s'agit d'un état post-traumatique vers un

⁴⁶ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>

syndrome post-chute. La chute du corps de la personne âgée vient faire résonance avec l'affaiblissement et la non-maîtrise de son corps, donc de soi. En effet, l'intégrité corporelle est mise à mal. Elle fragilise également le fonctionnement psychique, ce qui va entraîner des questionnements sur soi, sur ses capacités, sur ses limites et sur son identité.

Ainsi, vieillir est un processus normal touchant chaque humain. Toutefois, chacun ne vieillit pas de la même façon. Certaines personnes âgées peuvent déclarer des pathologies qui s'accumulent dans le temps et qui peuvent conduire à la dépendance. Dans cet écrit qui suit, je vais présenter le vieillissement pathologique avec l'exemple de la Maladie de Parkinson.

C. Le vieillissement pathologique : exemple de la Maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative, la 2ème maladie après la maladie d'Alzheimer. Cette maladie dégénérative du système nerveux central est liée à une atteinte des neurones dopaminergiques du Locus de Niger, ce qui engendre un trouble du contrôle automatique du mouvement.

La maladie de Parkinson est un syndrome extra-pyramidal qui se manifeste par une triade symptomatique : une hypertonie plastique associée à une rigidité, des tremblements de repos et une akinésie, bradykinésie voire une akinésie vraie⁴⁷.

A cette triade peuvent s'ajouter d'autres signes cliniques tels que des douleurs, de l'amimie, des postures axiales anormales, de l'instabilité posturale et des troubles de la marche, des troubles neurovégétatifs (végétatifs, urinaire, cutanées, vasculaire), ainsi que des troubles psycho-comportementaux (exemple : l'anxiété, la dépression,, l'apathie).

Au niveau psychomoteur, la maladie de Parkinson affecte les fonctions psychomotrices. Elle entraîne « des troubles du tonus, des difficultés posturales et de la

⁴⁷ Albaret J-M et Auber E. (2001). p.209

marche, de la perte de l'initiative motrice, des troubles des coordinations »⁴⁸ de la motricité et les coordinations générales, la posture, les praxies. A cela, s'ajoute des troubles de la représentations du corps (schéma corporel et image du corps).

La chute et la maladie peuvent venir faire une rupture dans la vie du sujet âgé et bouleverse son équilibre physique et affectif.

Avec l'âge, le sujet âgé est amené à réaliser un travail de deuil de l'image idéale du corps. Freud définit l' « Idéal du Moi » apparaît comme étant le substitut de du « Moi idéal », nommé aussi le moi narcissique, qui dans L'Idéal du Moi est une instance inconsciente qui rassemble les intérêts narcissiques que voudrait devenir le sujet dans son Moi.

Ainsi, « Le corps devient une épreuve de réalité, cela entraîne le deuil de l'image idéale du corps » (Modange et Chaumont). Le vieillissement, qu'il soit pathologique ou non, peut amener à une image d'involution, c'est-à-dire le développement inverse de ce qui constitue l'évolution, tant corporelle que psychique du sujet. Comme nous le dit Le Gouès (2000), vieillir est une étape de la vie qui met à l'épreuve le sujet : « c'est une expérience de réalité pour l'aptitude à mobiliser les ressources libidinales en faveur de l'autoconservation »⁴⁹. Accepter de faire le deuil de l'image de soi permet de vieillir tout en se construction une nouvelle image tout en restant soi-même. « Vieillir, c'est se conserver »⁵⁰. Seulement, dans le vieillissement pathologique, la perte de certains états corporels et de certaines limites psychocorporelles confrontent le sujet âgé à un travail de deuil de l'image idéal du moi. Ces maux du corps mettent à mal l'unité psychocorporelle. Il s'agit alors d'une éventuelle souffrance qui peut potentiellement occulter le sentiment d'exister et donc sur l'identité.

⁴⁸ Giromini F., Albaret J-M. et Scialom P. (2015), p.376

⁴⁹ Ferrey et Le Gouès (2008), p.14

⁵⁰ Ferrey et Le Gouès (2008), p.14

D. Monsieur L.

1) *Anamnèse*

Monsieur L., âgé de 91 ans, est entré en SSR en septembre 2017. Il a été admis pour chutes à répétitions avec station au sol prolongée, en attente d'institution (EHPAD) et a besoin d'une évaluation cardiaque avec décompensation cardiaque.

Avant son hospitalisation, c'est un monsieur qui vit en pavillon avec son épouse (88 ans). Il marche parfois avec une canne mais ne sort plus de son domicile. Il a quatre enfants dont une fille et un fils qui vivent à Paris. Il possède des aides à domicile (repas livré par la mairie, auxiliaire de vie et une aide-ménagère).

Monsieur L. a une cécité de l'oeil droit et une hypoacousie. Il présente également une hypertension artérielle (HTA) et une hypotension orthostatique (HTO).

Concernant l'histoire de sa maladie, en décembre 2017, il a été admis dans l'Unité Gériatrique Aiguë (UGA) pour polypathologies dont des chutes à répétitions. Il présente un syndrome extra-pyramidal avec une roue dentée majorée à la manoeuvre de froment. Il présente une marche à petit pas avec la présence de freezing. Il n'y a aucun signe de Babinski. Les médecins s'orientent vers le diagnostic d'une maladie de Parkinson. Il ne présente aucun trouble cognitif mais présente une légère confusion lors de son hospitalisation aiguë. Il possède un MMSE qui est à 14/29.

A son arrivée dans le service, au niveau de l'autonomie, il a besoin d'aide pour la toilette au lavabo et pour l'habillage. Il est incontinent. Il mange seul, mais a besoin d'être stimulé.

Au cours de son hospitalisation, les médecins ont diagnostiqué la maladie de Parkinson. Ils prescrivent le traitement sous Modopar.

2) *Le bilan et projet thérapeutique*

Lorsque je rencontre Monsieur L., il ne marche plus. Il reste assis au fauteuil. Il présente une apathie.

➤ Le bilan psychomoteur

Monsieur L. présente des légers tremblements au repos au niveau de sa main droite avec la présence de la roue dentée. On observe une bradykinésie ainsi que des manifestations de « freezing ». A la suite à sa chute, nous avons observé également une instabilité posturale au niveau des ajustements posturaux dont la rétropulsion et de la diminution de ses réactions parachutes. Ses signes ont pu être majorés par le temps passé au sol. Cette instabilité posturale était également marquée par une rétropulsion

La motricité globale de Monsieur L. est segmentée : il rencontre des difficultés de coordinations générales. Il présente une cyphose dorsale avec une rigidité du tronc qui réduit ses initiatives motrices. Il en découle un appauvrissement de l'expérience corporelle. Toutefois, il conserve particulièrement bien sa mobilité articulaire dans l'ensemble de son corps. Quant à ses capacités d'équilibres, elles sont précaires. L'appui bipodal est possible avec appui, mais l'appui unipodal est impossible.

Concernant sa marche et son équilibre, elle n'est plus automatique. La longueur et la hauteur des pas sont très petits. Son polygone de sustentation est réduit.

Monsieur L. est latéralisé à droite. Au niveau praxique, il a besoin d'aide pour s'habiller.

Il a des difficultés au niveau de l'élocution : il articule peu et dit qu'il est peu audible, ce qui altère son langage. Parfois, il se montre persévérant tant sur le plan moteur que mental.

Au niveau des représentations du corps, Monsieur L. préserve des repères somatognosiques. Seulement, il se dévalorise. Il n'a plus confiance en son corps. En effet, il trouve qu'il manque de solidité. Monsieur L. a peu d'estime pour lui. Il se trouve « vieux ».

Sur le plan spatio-temporel, Monsieur L. ne présente pas de désorientation spatio-temporel. Il se repère dans le temps. Il peut même nous raconter l'histoire de sa chute. Seulement, il a quelques difficultés à s'orienter dans l'espace. En effet, cela peut se comprendre par le fait que le SSR soit un lieu qui ne lui est pas familier. Il se crée ses propres repères spatio-temporels.

Au niveau cognitif, il comprend les consignes. Ces capacités mnésiques sont préservées. La flexibilité mentale de Monsieur L. se trouve altérée. En effet, il n'est pas simple pour lui de réaliser deux actions simultanées. Ses facultés cognitives sont ralenties.

En conclusion, de manière globale, Monsieur L. est de contact agréable. Il présente un ralentissement psychomoteur associé à syndrome post-chute et la maladie de Parkinson. Il est particulièrement anxieux et manifeste une peur de tomber. Toutefois, il peut encore réaliser seul certaines tâches de la vie quotidienne mais il présente une fatigabilité à prendre en compte.

➤ Son projet médical et thérapeutique

Au sujet de son projet médical et thérapeutique, l'objectif premier est de stabiliser son état de santé. En parallèle, une prise en charge rééducative et thérapeutique est nécessaire. Le syndrome post-chute est une urgence gériatrique. De ce fait, il est important de favoriser une prise en charge immédiate et pluridisciplinaire pour qu'il puisse récupérer au mieux son autonomie grâce à la marche et à la maîtrise de la peur de tomber. Pour se faire, en kinésithérapie, il a besoin de stimulations dans un premier temps autour de la verticalisation : les transferts lit-fauteuil, mettre en place une autre aide technique (marche avec rollator deux roues) mais surtout récupérer la marche et au mieux ses capacités motrices fonctionnelles. En parallèle, les séances de psychomotricité s'orientent sur la prise en charge du syndrome post-chute avec une importante rétropulsion. Puis, nous allons accompagner Monsieur L. dans la prise de conscience de son corps afin qu'il puisse le

réinvestir. Dans cette optique de réadaptation psychomotrice, nous allons soutenir Monsieur L. dans sa revalorisation narcissique et sa confiance en lui.

Au niveau du cadre de la prise en charge, il s'agit d'une prise en charge individuelle. Au départ, il s'agissait de trois séances par semaine, puis progressivement il est passé à deux séances par semaine. Les séances se déroulent dans la salle de rééducation du SSR. Toutefois, elles peuvent se passer en chambre. Avec la psychomotricienne, nous nous adaptons à la disponibilité de la salle, qui elle, est partagée également par les kinesithérapeutes et les enseignants APA-S, pour une durée de trente à quarante-cinq minutes selon l'état de fatigabilité de Monsieur L.

3) La prise en charge en psychomotricité

Au début de son suivi, je suis en position d'observation. La psychomotricienne demeure garante du cadre, mais une relation triangulaire s'instaure. Ce ne sera qu'à partir de mi-novembre que je mènerai les séances seule. Dans un premier temps, Monsieur L. réalise ses séances au fauteuil.

Au cours des premières séances, il s'investit en présentant de l'appréhension car il dit ne plus faire confiance en son corps. Monsieur L. se dévalorise en disant qu'avant il pouvait faire ce qui lui plaisait et qu'il aimait entretenir sa forme physique. Il ne se sent plus capable de bouger comme auparavant. En effet, l'appauvrissement de son expressivité du corps le rend inquiet sur son devenir. Expriment son besoin d'être soutenu et rassuré, il espère retrouver ses capacités et son autonomie. Par notre relation, la psychomotricienne et moi-même veillons à le mettre en confiance. Le rythme des séances s'adapte au rythme de Monsieur L. Nous privilégions cette approche pour venir trouver notre accordage relationnel, de telle sorte qu'il prenne au fur et à mesure plus d'assurance à se mouvoir et à retrouver du plaisir par le mouvement.

Tout au long de la thérapie à médiation corporelle, Monsieur L. développe des expériences avec son corps grâce à différentes médiations.

En gymnastique douce, Monsieur L. montre des progrès au niveau de sa mobilité segmentaire. Il prend le temps de réaliser les mouvements et prête attention à ce qu'il fait avec son corps. Dans cet étayage psychomotrice, il enrichit ses expériences sensorielles et perceptivo-motrices ainsi que d'équilibre. La gymnastique douce lui permet de retrouver à son rythme la notion de plaisir grâce à son corps et à des mouvements simples. Au fur il prend conscience que ses capacités psychomotrices sont préservées. Et qu'avec son corps, il réapprend éprouver du plaisir par le mouvement. Il réinvestit ses capacités psychomotrices tout en se ré-adaptant à son corps réel, mais avec un ralentissement psychomoteur en lien avec sa maladie de Parkinson. Ayant le besoin d'avoir des appuis pour le rassurer, l'équilibre reste précaire. Monsieur L. s'investit nos séances. Il reproduit seul les activités de gymnastique douce que nous avons exploré ensemble.

En parallèle, parfois il bloque sa respiration durant les séances. Cela témoigne d'une légère anxiété corrélée à sa peur de tomber à minima. En soutenant le réinvestissement corporel, il instaure un temps de détente. Monsieur L. explore de manière active la respiration pour apaiser son anxiété et sa peur de tomber. Il associe des mouvements à la respiration, ce qui lui permet de soutenir sa posture. Au rythme des mouvements d'ouverture et de fermeture, de redressement et d'enroulement, il réalise des cycles respiratoires. Ce temps l'apaise et améliore sa posture ce qui permet d'aller vers le réinvestissement de la marche. Progressivement, la cyphose qui était sous-jacente s'est améliorée. Sa posture fluctue selon son état de fatigabilité.

Au fur et à mesure de ses progrès, la verticalisation devient possible en salle de rééducation. Il se met debout entre les barres sur lesquelles il prend appui. En effet, du fait de sa chute, il recherche des appuis dans son environnement, qu'il soit humain ou matériels. Ces appuis signifient qu'il a besoin d'être rassuré et contenu afin de développer des expériences, qui lui permettent de percevoir petit à petit son corps comme une entité

solide. En prenant progressivement ses repères de façon contenante et sécurisante, la peur de tomber reste sous-jacente mais elle est mieux contrôlée.

Dans cette contenance, le réinvestissement de la marche devient possible pour lui. A ses débuts, il marchait de manière précautionneuse, avec de petit pas. il avait un polygone de sustentation réduit. Son regard est orienté vers le bas, au niveau de ses pieds et non droit devant lui. Dans les parcours psychomoteurs, il expérimente à son rythme la marche. Par le mouvement, Monsieur L. stimule son orientation spatio-temporelle et les différents mode de déplacements dans l'espace (avant, arrière, côté). Toutefois, il présente des signes de freezing et une bradykinésie qui sont en liens avec sa maladie de Parkinson. Il a besoin que je l'accompagne verbalement. Les soutiens verbaux permettent à Monsieur L. de s'organiser et structurer son projet moteur. Au fur et à mesure, son périmètre de marche devient plus important et peut réaliser des parcours psychomoteurs plus grand, avec différentes étapes. Par ailleurs, dans l'investissement de l'espace il prend plus d'assurance et ainsi apprécie énormément marcher.

Le réinvestissement de la marche s'observe en corrélation avec l'amélioration de son équilibre. Par exemple, étant assis sur le physioball, il expérimente d'une autre manière son équilibre. Nous sommes deux à à veiller sur le cadre sécurisant et rassurant. Il prête attention à la mobilité de son axe et de son bassin au niveau de sa posture. Il soutient ses réajustements tonico-posturaux qui sont sollicités. Grâce au réinvestissement corporel, il retrouve un meilleur équilibre et une meilleur aisance corporelle, notamment au niveau des coordinations globales.

Le (r)éveil sensoriel permet à Monsieur L. de prendre conscience de son corps tout en venant solliciter et stimuler chaque partie du corps. Notamment au niveau des stimulations plantaires, Monsieur L. fait l'expérience de différentes sensations qui influencent la perception de la posture et le contrôle postural. Non seulement les sensations viennent soutenir la proprioception, mais elles lui font prendre conscience de ses appuis. A l'aide de différents objets, il intègre également l'enjeu du déroulé du pas qui est sollicité lors de la marche. Cette perspective sensori-motrice soutient également les

échanges relationnels. En effet, les éprouvés du corps que procurent ses différentes expériences, qui l'amènent à enrichir ses émotions et de s'exprimer.

En favorisant les expériences psychomotrices, il entretient sa posture, son équilibre et sa marche. En début de suivi, il avait besoin de passer par un objet médiateur pour se sentir à l'aise pour réapproprier son corps. Grâce à la mise en jeu corporelle, il (r)éveille sa sensorialité et se réapproprie son corps à son rythme. Par le mouvement, il se ré-adapte et conservant ainsi son autonomie motrice et améliore son aisance corporelle. Les séances deviennent davantage élaborées avec de nouvelles activités. Monsieur L. a un meilleur équilibre. Il devient capable de se mouvoir dans activités motrices sans appuis. Il éprouve autant de plaisir après chaque séance. L'étayage psychomoteur lui permet d'affiner sa conscience corporelle. Il explore le mouvement et au fil du temps, il exprime ses ressentis. Cela signifie qu'il ré-intègre ses perceptions corporelles sous forme de représentations. Pour la première fois, il se dit content de lui et nous signifie que marcher lui fait du bien. Cette dynamique psychomotrice restaure ses limites et soutient sa valorisation narcissique. Dans cette perspective de réadaptation psychomotrice, il se réapproprie son corps réel qui soutient son fonctionnement psychique.

A partir du 25 janvier 2018, Monsieur L. a été transféré en unité de soins de longue durée (USLD) mais il reste dans le même bâtiment que celui du SSR polypathologie gériatrique. Même s'il change de service, la prise en charge en psychomotricité se poursuit. Seulement, les objectifs sont réactualisés autour de la mise en jeu corporelle. Et Monsieur L. continuera les activités de gymnastique douce pour conserver son autonomie motrice et soutenir sa valorisation narcissique. Le récit de son évolution est intriqué à celui décrit un peu plus haut.

Concernant son évolution, au fil du temps, Monsieur L. prend conscience de ses progrès. En le soutenant dans sa revalorisation narcissique, il montre un sentiment de satisfaction personnelle. Cette évolution positive commence à prendre du sens pour lui.

Elle soutient à la fois ses représentations du corps et son estime de soi et il dit « bouger me fait du bien ». Dans cette mise en jeu corporelle, Monsieur reprend son autonomie. En effet, maintenant, il fait sa toilette seul, va au toilette seul et peut s'habiller seul. Les activités de la vie quotidienne deviennent de nouveaux possibles. De par sa volonté, Monsieur L. retrouve le sentiment d'être autonome, ce qui renforce le sentiment d'utilité dans la possibilité de subvenir à ses besoins. Dans cette amélioration de sa perception de soi-même, il devient capable d'exprimer davantage ses envies et ce qui lui plairait en séance.

➤ *Conclusion*

Ainsi, depuis septembre à mars, Monsieur L. s'est amélioré sur le plan moteur. Il a retrouvé ses facultés à la fois motrices et fonctionnelles. Lié à sa maladie de Parkinson, il garde une rigidité axiale avec une forme d'antéflexion du buste. Selon sa fatigabilité, sa posture peut être davantage en fermeture s'il est fatigué. Et lorsqu'il est en forme, la posture est bien meilleure.

En favorisant les expériences sensori-motrices et psychomotrices par le mouvement et soutenu dans la relation thérapeutique, Monsieur L. optimise ses capacités psychomotrices. Monsieur L. se redonne confiance en lui, et accède au plaisir dans le mouvement comme dans le relâchement. Que ce soit dans l'autonomie et l'aisance, ce sentiment de vitalité qu'éprouve Monsieur L. renforce une meilleure perception de lui-même. Par le mouvement, il se sent exister. Il ne se dévalorise plus, au contraire l'estime de soi s'est renforcée. Ainsi, l'abord de la thérapie à médiation corporelle a permis de restructurer et soutenir son sentiment d'identité.

Partie 3. La discussion

Au-delà du décalage temporel entre l'enfant et la personne âgée, nous veillons à apprécier les compétences de l'individu, observer ses difficultés, écouter son histoire et prendre en considération son environnement dans lequel il vit. Je vais essayer de faire le lien entre la clinique de l'enfant et celle de la personne âgée.

De plus, dans cette approche psychocorporelle et relationnelle, il est possible d'aborder des notions fondamentales en psychomotricité qui sont communes aussi bien chez l'enfant que chez la personne âgée. Nous avons abordé les notions qui font sens à la question d'identité de la personne : tonus, motricité, espace, temps, représentations du corps et relation. L'étayage psychomoteur peut, dans la mesure du possible, prendre sens dans l'intégration corporelle et les représentations. La construction du corps ainsi que sa permanence dans le temps constituent le substrat énergétique du fonctionnement psychique.

In fine, en partant des différents éléments, nous pouvons chercher à comprendre par quels moyens l'approche psychomotrice peut soutenir l'identité du sujet ?

En tant que psychomotricien, nous allons rencontrer le sujet. Tout d'abord, il s'agit d'une rencontre où l'on va considérer le sujet tel qu'il est. Il porte en lui une histoire personnelle qui s'est développée grâce à son passé et à la fois au présent. C'est le temps d'une rencontre, dans un cadre spatial où l'on a besoin de prendre le temps de créer l'alliance thérapeutique. Tout au long de cette rencontre, l'histoire personnelle du sujet continuera à se construire dans le moment présent et dans l'avenir. L'approche psychomotrice peut accompagner le sujet à donner du sens à l'estime de soi, la reconnaissance de soi et celle par autrui et donc de l'émergence de l'identité.

Au cours de cette discussion, plusieurs exemples cliniques viendront étayer cette réflexion.

I. Comment la psychomotricité soutient les représentations du corps et donc de l'identité ?

Le corps est le reflet de l'existence de l'être humain. Dès l'enfance, l'unité du corps s'élabore à partir de l'expérience vécue. M. Personne fait référence à Merleau-Ponty, philosophe français, qui articule cette subjectivité du corps comme étant le « véhicule de l'être au monde »⁵¹. Que ce soit l'enfant ou la personne âgée - grâce et au travers de son corps - tout au long de sa vie, il vit des expériences qui permettent d'appivoiser le monde et d'être en interactions. Ces expériences tant sensorielles que motrices permettent d'enrichir le vécu corporel et d'unifier les perceptions sous forme de représentations. Le corps est une forme de fondation sur laquelle l'individu s'appuie pour devenir sujet.

Dans ce mémoire, nous avons abordé l'importance de ce qu'est l'expérience. L'expérience implique l'engagement du corps, ce qui rend l'individu ainsi acteur de son développement. Autrement dit, cette dialectique correspond à l'essence du langage du corps qui est au cœur de l'élaboration de son équilibre psychomoteur. L'expérience consiste à donner sa place au corps comme le lieu de la sensorialité, de l'expressivité motrice et de symbolisation. En effet, avec son corps l'individu va pouvoir éprouver et s'émouvoir.

En psychomotricité, nous sommes dans une approche globale et relationnelle. Elle entrecroise les sensations, les mouvements, les émotions et les représentations.

A. Au près de l'enfant

L'agitation psychomotrice chez l'enfant est une manière d'agir et de s'exprimer avec son propre corps. M. Berger évoque cet état d'agitation motrice comme le fait de

⁵¹ Personne M. (2011), p.36

chercher à entrer en contact avec son propre corps⁵². Il est en recherche de ressentis, qui passe par le biais de son corps pour agir.

Dans les jeux moteurs, la psychomotricité peut être l'approche qui l'accompagne dans ses expériences afin soutenir progressivement l'élaboration psychique. Dans son enveloppe d'excitation l'enfant tente de ressentir pour pouvoir se représenter, ce qui peut être en lien avec la tentative de se construire afin de se reconnaître.

A ses débuts, Gabriel explore les jeux moteurs de manière répétitive, sans élaboration. Dans cette non-maîtrise du corps, il semble être confronté en quelque sorte à un objet insaisissable qu'il ne pouvait réguler ni son activité motrice accrue ni ses émotions. Dans cette difficulté de pouvoir ressentir son corps, la thérapie psychomotrice lui propose un étayage psychomoteur comme notamment, la prise de conscience de ses débordements corporels. L'étayage psychomoteur peut s'élaborer au travers de la mise en jeu corporelle. En ce sens, il désigne le corps comme la source principale de l'action qui va lui permettre d'être dans l'expérience de la découverte du monde et des objets, tout en s'y confrontant. Par les médiations que nous lui proposons, Gabriel est amené à découvrir des stimulations adaptées pour favoriser la découverte de son corps et du monde environnant dans la relation.

De ce fait, passer par une médiation corporelle favorise les expériences motrices et perceptives afin de créer du lien avec l'organisation psychique de l'agitation psychomotrice que présente Gabriel. Dans ce dispositif, l'objectif est de contenir son agitation psychomotrice pour lui proposer d'intégrer cette activité motrice accrue tout en la canalisant. Il est donc essentiel d'aménager le cadre thérapeutique et de soutenir les expériences que peut vivre Gabriel avec son corps afin de le rendre sujet et affirmer son identité.

De plus, en psychomotricité, les expériences du sujet se déroulent dans un temps partagé dans lequel nous nous adaptons à son rythme afin que celui soit structurant pour le sujet.

⁵² Berger M. (1999). P.83

B. Après de la personne âgée

Avec Monsieur L., le vieillissement rend compte d'un corps réel qui se modifie avec l'âge. Progressivement le sujet âgé est amené à se réapproprier son corps en fonction de son processus de vieillissement. La psychomotricité demeure une thérapie à médiation corporelle qui englobe également l'élaboration, le maintien et la réadaptation de l'équilibre psychocorporel du sujet âgé.

« En psychomotricité, l'idée essentielle ne sera pas de rééduquer, puisqu'il ne s'agit pas de corriger un mouvement ou des attitudes mais d'aider le sujet à percevoir son corps avec les moyens dont il dispose, puis de le soutenir dans ses essais, pour découvrir s'il peut l'utiliser autrement, tout en se rappelant sans cesse que sa norme est l'état fonctionnel actuel. Bien sûr, ce travail n'a de sens que s'il assume en même temps les éléments émotionnels et cognitifs » Bovier et Ramseier, 1995⁵³. De ce fait, pour Monsieur L., l'enjeu est de l'accompagner dans l'acceptation de son corps qui s'affaiblit avec l'âge et l'aider à réapprivoiser son corps, vu de la perte progressive de ses capacités qui s'est révélée à la suite d'une chute à domicile. En effet, la chute est venue engendrer un séisme psychocorporel influant sur son identité. Comme nous le dirait Michel Personne, lorsque la chute survient, la perte de maîtrise apparaît. « La chute est l'occasion pour le patient âgé de prendre conscience de son vieillissement, de la fragilité de son état et de l'approche de la mort. Le choc émotionnel qui en résulte entraîne une perte de confiance en soi, un sentiment d'insécurité et de dévalorisation, avec repli sur soi, de démotivation et de restriction des activités »⁵⁴. Elle vient évoquer la réalité d'un corps vieilli . De plus, la chute de Monsieur L. met en lumière la maladie de Parkinson, ce qui peut d'autant plus mettre à mal ses représentations de soi ainsi que son identité.

Au début de sa prise en charge, l'un des principaux objectifs était de l'accompagner dans une certaine forme de résilience face à sa fragilisation. En effet, la résilience désigne la capacité à surmonter et à s'adapter aux modifications du corps que vit le sujet âgé.

⁵³Albaret J-M et Aubert E. (2001), p.226

⁵⁴ Personne M. (2011). p.53

Christine Maintier⁵⁵, enseignante chercheur en psychologie, évoque la déconstruction de ses facultés et capacités acquises antérieurement. Elle relie la perte progressive de soi avec ce que Winnicott appelle la non-intégration qui renvoie aux caractéristiques du développement de l'enfant et des angoisses archaïques qui ne sont pas intégrées en lui. Elle pouvait manifester une forme d'angoisse d'effondrement qui pouvait se traduire dans sa peur de tomber en lien avec son syndrome post-chute. Dans une certaine mesure, cela n'est qu'une hypothèse. De plus, la chute peut mettre en évidence l'importance de l'axe corporel et de la verticalité du sujet âgé. En effet, ces deux notions psychomotrices sont fondamentales. Elles lui permettent la mobilité, d'entrer en relation avec autrui, de s'orienter dans le temps et dans l'espace ainsi que d'explorer son environnement. L'axe corporel et la verticalité participent à la restructuration du corps du sujet âgé et également dans la réorganisation des limites psychiques.

Nous pouvons mettre en lien l'importance de cette verticalité au travers de l'acquisition de l'axe corporel qui tend à la verticalité du sujet. Chez l'individu, cet axe corporel permet la continuité entre les différentes parties de son corps telle une unité corporelle dès lors l'individu peut prendre conscience de son corps comme un repère fondamental dans l'espace de son corps. Il peut vivre des expériences et entrer en relation avec le monde. De la même façon, les capacités de l'enfant s'élargissent à celles de se mouvoir: l'espace du dos, l'espace oral, l'espace du geste et les déplacements tel que marcher. Tout au long de l'enfance, l'étayage psychomoteur permet à l'enfant de se développer au niveau du tonus, des sensations, des affects et des représentations. Et, dans l'acquisition motrice l'enfant pourra également se mouvoir et être en relation avec lui-même, l'autre et l'environnement. De même, à tous les âges, le maintien de cet axe est essentiel pour continuer à être autonome, à se sentir exister à se représenter soi-même et à être reconnu par l'autre.

En ré-investissant son corps, Monsieur L. retrouve des ressources avec son corps au niveau des ses capacités psychomotrices. Il se ré-adapte en se trouvant des repères psychomoteurs. Peu à peu, il re-trouve la possibilité d'être en interactions avec soi, l'autre

⁵⁵ Personne M. (2011). p.41

et son environnement. De par cette approche psychomotrice, re-mobiliser son corps lui a permis de retrouver du plaisir au niveau corporel et accepter de faire le deuil de l'image Idéal du Moi. Tout ceci illustre bien le rôle de la psychomotricité dans le soutien de l'identité du sujet.

Enfin, malgré le vieillissement pathologique, le corps du sujet âgé demeure la matière de l'esprit. Au-delà de l'involution, c'est-à-dire de l'évolution à rebours qui désigne le vieillissement comme le processus de transformations irréversibles, la psychomotricité du sujet âgé est soutenue dans la mise en jeu corporelle vers une réminiscence. En ce sens, la réminiscence désigne la faculté de se souvenir, de se rappeler des impressions et des images sous formes de représentations. Grâce à la mémoire du corps et par le mouvement, il s'agit d'accompagner le sujet âgé à se réinscrire dans son corps en s'appuyant sur une thérapie à médiation corporelle. En mobilisant le corps, la psychomotricité favorise la réappropriation et la restauration du corps du sujet âgé avec son vieillissement pathologique. Tout d'abord, il est confronté en permanence aux changements corporels. La sensorialité et la perception que nous pouvons proposer en séance de psychomotricité avec diverses médiations permettent de soutenir un étayage psychomoteur.

Souvent en avançant dans la pathologie, le sujet âgé est confronté à une certaine forme de non-maîtrise du temps. Il peut également donner le sentiment de ne plus connaître son corps comme solide. Pierre Ancet, maître de conférences en philosophie, souligne cette perception de la personne âgée : « Une personne âgée ne sent pas forcément le vieillissement de son corps, son vécu contraste fortement avec son corps apparent »⁵⁶. L'approche psychomotrice a permis d'accompagner Monsieur L., tout en donnant des repères corporels et spatio-temporels humanisants. Dans cette perspective de réadaptation psychomotrice, le corps demeure l'élément dynamique avec lequel il peut le réinvestir et s'adapter avec de nouveaux ajustements corporels. Même avec le

⁵⁶ Ancet P. (2014). p.9

vieillesse pathologique, l'ancrage physique et la mémoire du corps permettent de continuer à le préserver dans une certaine forme de réassurance et contenance.

Ainsi, grâce et avec son corps vécu, favoriser les expériences sensorielles, sensori-motrices et psychomotrices soutient l'individu dans une relation à soi, à l'autre et à son environnement plus ou moins de manière structurante. P. Ancet désigne le corps vécu comme « le lieu de contact avec le monde qui nous entoure, réservoir de possibilités motrices ressenties, qu'elles soient réelles ou totalement illusoires »⁵⁷. Cette (ré)harmonisation de l'unité du corps résonne dans la mise en jeu corporelle dans le mouvement et dans l'espace. Elle tend à soutenir le sujet vers un mieux-être, ce qui influe sur les représentations de l'individu et de son identité.

Selon C. Potel, dans l'approche psychomotrice, « les mots viennent lier les sensations et les éprouvés à des émotions et des affects, afin que des processus de symbolisation plus secondaires puissent prendre le relais des processus plus primitifs, chevillés au corps. Des pensées plus élaborées viennent soutenir ce qui s'est construit dans et par le corps »⁵⁸. Et dans le propos de C. Potel, cela m'évoque le concept d'étayage corporel de S. Robert-Ouvray. A partir de l'intégration du corps, sous-tendu par le concept du « T.S.A.R », le fonctionnement psychique émerge ; et s'intègre dans la perspective de la mise en jeu corporelle en psychomotricité.

⁵⁷ Ancet P. (2014), p.10

⁵⁸ Potel C. (2015), p.368

II. Au travers de la thérapie à médiation corporelle

L'individu possède un corps avec lequel il peut se mouvoir, sentir, ressentir, percevoir ainsi que se représenter. Nous allons développer dans cette partie la pertinence de la place du corps dans la thérapie à médiation corporelle.

A. Quand le corps permet une approche globale pour structurer l'individu

Tout au long de la clinique psychomotrice, Gabriel et Monsieur L. ont privilégié de mettre le corps en mouvement. Et le mouvement ne va pas sans le geste, mais sont à différencier. Dans la mise en jeu corporelle, le corps passe d'une posture à une autre ; exprime une intentionnalité orientée vers un but. Dans cette dialectique dynamique, la résonance du corps puise son origine dans le tonus et dialogue tonique associés aux émotions. L'inscription de ces éprouvés tonico-émotionnelles contribuent à façonner les représentations du corps de l'individu dans le temps et dans l'espace, ce qui contribue à développer son identité tout au long de sa vie.

Dans la mise en jeu corporelle, E.W. Pireyre aborde le tonus comme un « canal d'expression »⁵⁹. Dans ce moyen de communication, le tonus porte du sens. Dans ce jeu de mouvements, il se déroule une expérience relationnelle.

Durant ses premières séances, Gabriel a amené plutôt une dimension de jeu solitaire. Comme s'il ne savait pas jouer. Je me suis demandé si, de par son agitation psychomotrice, Gabriel était capable d'être seul en présence de l'autre. De même, M. Berger évoque l'hypothèse d'une certaine forme de difficulté à pouvoir être seul en présence de l'autre. Autrement dit, considérer l'autre non pas comme le prolongement de soi, mais un objet distinct de lui. Finalement, il me semble que cela puisse être une difficulté qui relève de la notion d'intersubjectivité : il s'agit un processus psychique qui permet à

⁵⁹ Jacquet C., Neveu P., Pireyre E.W., Sainte Maréville F et Scialom P. (2014), p.81

l'enfant de se distinguer de l'autre et d'exister en tant sujet à part entière, l'amenant vers la capacité à être acteur de ses propres expériences.

Chez Gabriel, je m'interroge sur l'approche de la mise en jeu corporelle sur différents niveaux. Tout au long de son suivi, nous étions sur des jeux psychomoteurs à caractère plus ou moins répétitif. Gabriel donne l'impression que sur cette temporalité de répétition, la construction de son corps tend à instaurer progressivement une certaine forme d'équilibre ; d'abord au niveau corporel ; puis commence à faire du lien avec des prémisses de stabilité simple au niveau psychique. Dans cette articulation corps-esprit, il réalise que l'implication corporelle peut se représenter plus ou moins de manière coordonnée. Dans cette dynamique, il peut s'identifier peu à peu comme un petit garçon qui devient sujet de sa propre existence. En effet, il se montre davantage présent dans la relation et a pu se distinguer de l'autre dans celle-ci. Il se développe et commence à être capable de créer : en séance, il a su évoluer et mettre en place de nouveaux jeux psychomoteurs à partager ensemble.

Dans la médiation « une cabane », il met en jeu son corps. Il s'implique corporellement de manière inconsciente mais peut présenter de l'intentionnalité. Autrement dit, lorsqu'il exprime l'envie de construire une cabane, il recherche à créer un espace réduit mais contenant. L'enfant se crée une enveloppe dans laquelle il se sent en sécurité et contenu. Gabriel transpose cette cabane qui pourrait symboliquement être mise en rapport avec la perception de ses frontières de ses représentations du corps. Il met en scène cette cabane comme une enveloppe qui commence à se délimiter à partir de ses expériences du Moi corporel, c'est-à-dire ce qui s'est joué dans la surface de son corps.

Finalement, déplacer cette recherche d'ancrage et de contenance au travers de cette cabane permet de passer par la mise en jeu du corps dans l'espace et dans le temps. Nous pouvons faire référence à D. Anzieu avec ses travaux sur le « Moi-peau ». Il désigne cette enveloppe psychique comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi

psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif . »⁶⁰

Au fil de la construction de cabane, il matérialise dans la tridimensionnalité son corps en construction. Dans cette implication corporelle, il structure cette cabane. Il peut ensuite venir s'y réfugier, s'y abriter en toute sécurité. Nous pouvons transposer cette mise en jeu corporelle, comme le besoin d'habiter son corps.

Dans ce registre de l'archaïque, grâce et par cette mise en jeu corporelle, il va progressivement se représenter le monde extérieur, symboliser ses fantasmes c'est-à-dire mettre en jeu l'accomplissement d'un désir de manière inconsciente et donc mettre en corps et en scène ses conflits internes.

Ainsi, l'agitation psychomotrice de Gabriel peut être une forme à la fois d'une quête de soi et aller vers l'autre. Tout au long de l'année, durant les séances il venait vers nous, repartait. Il tentait d'aller vers nous à son rythme et à sa manière. Peu à peu, en le soutenant dans les expériences psychomotrices, Gabriel commence à structurer au niveau de son corps ce qui influe son enveloppe psychique. Son agitation psychomotrice reste toujours présente, seulement elle est mieux contrôlée. En effet, dans cette dialectique entre tonus et mouvement, les émotions deviennent impliquées dans ce jeu de dialogue tonique et d'expériences relationnelles. Dans la mise en jeu corporelle, il développe son mode d'être dans une dimension créative et ludique afin de maintenir l'alliance thérapeutique. Dans ce cadre, l'approche psychomotrice a permis à Gabriel d'apporter au travers de ses éprouvés corporels, une forme d'enveloppe contenante dans la manière d'intégrer ses limites psychocorporelles. En deçà des expériences corporelles, l'enveloppe du corps va soutenir l'enveloppe psychique en poursuivant sur la consolidation de l'intériorisation du holding et la fonction d'individuation de Soi. Cette fonction que décrit D. Anzieu évoque que l'expérience semble essentielle pour venir étayer, grâce à son propre corps, le sentiment d'être unique. Il lui reste du chemin à parcourir afin d'établir des représentations suffisantes pour devenir sujet.

⁶⁰ Anzieu D. (1974), p.207

Dans l'exploration de sa propre stabilité structurelle émerge le sentiment d'être et d'exister. Didier Houzel propose le terme d'habitat pour parler d'enveloppe psychique. « principe de stabilité simple dans lequel c'est le lieu même que l'on habite dans l'espace qui doit être stable et pas seulement la forme et le déroulement des processus psychiques à l'œuvre dans le sujet »⁶¹. Autrement dit, habiter son corps pour se sentir exister et être unique, ce qui participe au processus identitaire.

Seulement, continuer à habiter son corps peut devenir difficile lorsque la personne âgée fait une chute. L'hospitalisation du sujet vient faire une rupture importante dans la vie de la personne âgée. L'influence sociale désigne la personne âgée comme une personne fragilisée.

L'hospitalisation de Monsieur L. l'a amené à se questionner sur son intégrité corporelle. Comme nous le dit A. Ribadier et S. Sainjeon-Cailliet, « la chute vient faire du bruit de l'individu comme à l'extérieur. Elle est un véritable traumatisme psychocorporel dont la répétition peut enfermer la personne dans une nouvelle identité, celle d'une personne fragilisée. »⁶². Et l'annonce du diagnostic de sa maladie de Parkinson vient doublement mettre à mal ce sentiment d'exister dans ce corps qui vieillit.

Dans la thérapie à médiation corporelle de Monsieur L. Nous pouvons nous appuyer sur l'illustration de la chute de Monsieur L. et nous pouvons aborder l'importance du mouvement qui est mis en jeu lors de la marche.

La marche est un moyen de locomotion qui sollicite l'ensemble du corps. Il s'agit d'une activité qui met en jeu l'alternance des membres inférieurs. La succession des pas implique des déséquilibres et des transferts de poids sur l'ensemble du corps en fonction de l'alternance des pas. Elle montre une capacité de verticalisation, de tonicité et

⁶¹ Houzel D. (2010). p.31

⁶² Personne M. (2011). P.56

d'ajustements posturaux dans la mobilité du corps dans l'espace afin de s'orienter, d'aller vers ou encore atteindre un but. En effet, marcher suppose d'atteindre un objectif⁶³.

Pour Monsieur L., la marche est essentielle pour lui. Elle permet de conserver une autonomie, de sentir libre dans une certaine mesure et choisir ce qu'il a envie de faire : se déplacer et continuer à être en relation avec autrui et son environnement. Dans le mouvement de la marche, il ressent de la vitalité. En effet, Albaret J-M et Aubert E. (2001) disent que « la marche est la source la plus sûre d'autonomie et d'insertion sociale. Elle favorise la rencontre, les échanges et les visites. »⁶⁴. Accompagner la marche vers le mouvement se réalise de manière progressive dans le temps et dans l'espace, mais ce n'est pas chose facile pour Monsieur L. avec « un corps marqué par les douleurs, les tensions, les faiblesses. Se mettre en mouvement, c'est rencontrer d'inattendues possibilités, mais aussi se heurter aux limites. » (Sophie Kaempf, Delphine Romatet, Amélie Truptil).⁶⁵ Néanmoins, cette réalité met à l'épreuve le corps propre du sujet âgé : par le mouvement, il peut réapprivoiser son corps mis à mal par sa maladie et qui a entraîné également un bouleversement de son identité.

Au travers de cette mise en jeu corporelle, retrouver la marche montre qu'il présente encore le désir et la volonté. En marchant, il peut continuer à entretenir une certaine forme de maintien de la structuration et son intégrité corporelle. Il éprouve du plaisir, montre des émotions aux travers de ce moyen d'expression. Chose en laquelle, en début de prise en charge, il avait peur suite à sa chute. Marcher lui fait ressentir ses compétences psychomotrices fonctionnelles renforçant ainsi son sentiment de continuité d'existence, et celui d'identité.

Anne Lahaye, psychologue et orthophoniste, évoque la chute du sujet âgé comme une expérience subjective qui se traduit par un vécu de perte de contrôle du corps. La chute « développe une crainte permanente, une perte de fiabilité dans ses forces ou ses capacités

⁶³ Personne M. (2011), p.52

⁶⁴ Albaret J-M et Aubert E. (2001), p. 228

⁶⁵ Personne M. (2011). P.75

d'équilibre et peut développer un stress intense dès qu'il doit bouger dans l'espace. Les pertes du contrôle visuel et/ou auditif peuvent amener un sentiment d'insécurité par rapport à l'environnement »⁶⁶. Et comme nous le dit Juhel J-C, « La chute n'entraîne pas toujours des blessures graves, mais elle peut avoir des conséquences psychologiques importantes.»⁶⁷. Pour certaines personnes âgées, la chute confronte le corps au réel et à la réalité : elle amorce une prise de conscience du corps vieillissant, de la perte d'équilibre et de la mobilité ainsi que de la perte d'autonomie.

De plus, l'image du corps et le sentiment d'identité génèrent des dommages : « la chute vient donc faire du bruit à l'intérieur »⁶⁸. Cette expérience personnelle laisse une trace dans l'histoire du sujet, tant physiquement que psychiquement le sujet âgé et peut engendrer un séisme identitaire : elle « réveille » en soi, la question de la représentation de soi et l'estime de soi.

Dans son vécu corporel, Monsieur L. percevait son corps comme une entité qui n'est plus aussi solide que par le passé. Son corps affaibli avec l'âge, a marqué pour lui une source d'insécurité et marque ses limites. Cet évènement traumatique provoque une source d'insécurité et de dévalorisation de son corps l'amenant à une diminution de son expressivité du corps. En effet, de manière symbolique, la chute retentit sur la qualité du fonctionnement des capacités psychomotrices. Notamment, dans cette peur de tomber, la marche de Monsieur L. était précautionneuse mais nécessaire pour retrouver une marche fluide car elle signifie comme dirait Aurélien Ribadier, psychologue clinicien et Sophie Sainjeon-Cailliet, psychomotricienne et psychologue, « le bon fonctionnement », c'est être en état de marche »⁶⁹ tant au niveau corporel que le fonctionnement psychique.

Par ailleurs, la mise en jeu corporelle est aussi essentielle dans la maladie de Parkinson de Monsieur L. Il s'agit d'une pathologie qui touche indirectement la qualité des

⁶⁶ Ancet P. (2014), p.52

⁶⁷ Chaumon V. et Modange L. Albaret J-M et Auber E. (2001), p. 222

⁶⁸ Chaumon V. et Modange L. Albaret J-M et Auber E. (2001), p. 222

⁶⁹ Personne M. (2011), p.52

mouvements, de se mouvoir et altère la gestualité du sujet âgé. Dans notre rencontre, Monsieur L. accorde une importance à la qualité des flux de mouvements. Seulement, avec son syndrome extrapyramidal dont l'hypertonie rigide comme symptôme faisant partie de la triade symptomatique, le tonus se retrouve impacté. De ce fait, au travers de ce canal d'expression, les mouvements deviennent limités. Et avec sa maladie, il présente de la lenteur et un ralentissement psychomoteur, ce qui a des répercussions sur sa marche avec notamment le freezing et in fine sur sa motricité globale. La réadaptation psychomotrice de Monsieur L. peut ainsi apporter une manière d'unifier l'ensemble du corps et donc le soutenir vers un mieux-être psychocorporel. La psychomotricité vient soutenir la (ré)-intégration du corps vécu et l'inscrire dans la réalité. En accompagnant le réinvestissement corporel de Monsieur L., nous pouvons observer ainsi le renforcement et la préservation de son unité psychocorporelle.

Ainsi, l'approche psychomotrice met en jeu le corps. Le mouvement est une forme de phénomène qui procure de la résonance aussi bien dans le corps que dans l'esprit et qui se répercute notamment au niveau tonico-émotionnel. L'expérience du corps renforce et remodèle son enveloppe psychique, sous-tendue par ses représentations du corps. Que ce soit l'enfant ou la personne âgée, vit des expériences corporelles : des sensations, des perceptions et l'amenant à la capacité à se représenter comme une entité vivante. Le mouvement qui est source de vitalité, de plaisir et de créativité permet à l'individu de s'exprimer dans un langage corporel, une communication infra-verbale ainsi que des relations. Le corps enveloppe l'identité.

B. Quand l'identité prend corps

La mise en jeu corporelle implique le fait de (re)structurer l'organisation et l'image de son corps. De fait, grâce et au travers du corps propre, que ce soit l'enfant ou la personne âgée, le sujet peut se figurer tel qu'il se représente. Avec ses représentations du corps, l'identité prend corps dans les expériences vécues.

La mise en jeu corporelle permet d'entretenir l'expérience du corps vécu soutient le Moi corporel (Freud, 1923) dans l'histoire du sujet. Elle sert de matière à la mobilité psychique. La singularité des expériences constitue en partie la possibilité que l'individu puisse se percevoir. Son propre vécu corporel est la toile de fond d'autres dimensions, comme un corps pour se représenter ainsi qu'un corps signifiant pour se sentir exister. Sur l'édification du corps, mettre du sens à l'expérience du corps participe à nourrir l'identité du sujet. Le rôle de la mémoire joue un rôle essentiel aussi bien dans la construction que dans le maintien du sentiment d'identité.

La mémoire prend racine dans les expériences et les émotions qui laissent une trace sous forme de souvenirs. Selon Damasio, les souvenirs sont « des encartages d'interactions avec l'environnement (extérieur mais pas seulement inscrits dans le fonctionnement cérébral »⁷⁰. Dans cette relation au temps, où la mémoire n'est pas figée mais en évolution permanente ; dans la mémoire se créent des images, des représentations notamment celles du corps. En effet, avec Damasio, grâce à notre conscience, nous pouvons être capable de « percevoir les cartes sous formes d'images, de les manipuler et de leur appliquer des raisonnements »⁷¹.

Le sentiment de continuité se bâtit dans la permanence du corps et en partie sur une certaine mémoire. Michel Personne souligne le fait qu' « à tous les âges, l'image du corps se construit à l'aide de l'image que nous renvoie l'autre ».

⁷⁰ Personne M. (2011), p.175

⁷¹ Personne M. (2011), p.174

Enfin, à cette conscience correspond l'identité. Elle parvient progressivement à dégager des comportements et des sentiments grâce aux interactions avec autrui et son environnement. L'engagement prend sens s'il est lié à des affects. Il enrichit les représentations du corps : schéma corporel et image du corps. Ces représentations forment en partie la conscience de soi, une représentation de soi. Elles constituent les caractéristiques de sujet : sa personnalité, ses caractéristiques ou ses traits.

Penser l'approche de la psychomotricité comme une discipline intégrative, est une manière d'accompagner aussi bien l'enfant que la personne âgée fragilisée dans la réappropriation et rétro-action du corps vers l'esprit.

Avec Monsieur L., la thérapie à médiation corporelle a une réelle amélioration sur ses représentations du corps et son estime de soi. Tout au long de son suivi en psychomotricité, ses éprouvés corporels ont contribué à remanier son fonctionnement psychique. En effet, nous avons vu que ses éprouvés s'articulent à une dimension du corps émotionnel. In fine, la gérontopsychomotricité a soutenu Monsieur L. dans le réinvestissement de son corps symbolique et le ré-envisager dans la construction de son corps réel.

Dans cette évolution où Monsieur L. en dégage une valeur de sentiment positif, B. Lesage montre qu'avec la conscience de soi, il s'agit de la résultante de la prise conscience de ces modifications ou pertes de certains états corporels liés au vieillissement pathologique pour soutenir son identité et une estime de soi. Finalement, par la mise en jeu corporelle et les interactions, il est possible de préserver l'unité psychocorporelle du sujet âgé.

Ainsi, toutes les mises en jeu corporelles que j'ai pu proposer en séance – que ce soit pour Gabriel ou Monsieur L., sont de véritables médiations. Cette mise en jeu

corporelle a une réelle valeur symbolique puisqu'elles ont été investies autant par ces deux personnes que les psychomotriciennes et moi-même.

Dans l'investissement de la médiation et de l'engagement psychocorporel, en tant que psychomotricien(ne)s, nous soutenons et accompagnons pleinement les personnes vers un mieux-être. C. Potel le souligne également, cette dimension thérapeutique prend sens avec l'investissement du psychomotricien : « investissement du corps, dans ses différents champs, et investissement d'une pensée sur le corps et ses expressions »⁷².

III. Au travers de la relation

Dans cette dernière partie, je souhaiterai continuer à soutenir mes réflexions ; mais cette fois, à travers l'importance de la relation qu'implique l'engagement psychocorporel du psychomotricien, dans les rencontres que j'ai pu faire avec ces deux patients.

Dans cette approche corporelle et relationnelle, il s'agit de prendre le temps de construire la relation, mais surtout apprendre à cerner le sujet dans sa globalité et ses besoins. Et, il me semble important de le considérer et de le reconnaître comme une personne, un être humain à part entière : « reconnaître les ressources de la personne, sa solidité interne, son estime d'elle-même et sa volonté de changement sur elle-même »⁷³.

Que ce soit auprès de l'enfant ou la personne âgée, il est important de considérer le sujet comme une personne avec qui l'on va collaborer, l'alliance thérapeutique.

Être psychomotricien c'est savoir s'adapter à l'autre dans la relation.

Avec Gabriel, son agitation psychomotrice semble être une défense contre le débordement interne, liée à des angoisses. En effet, selon M. Berger « l'agitation externe a alors une fonction pare-excitante, non seulement par rapport au corps de l'autre, mais aussi par

⁷² Potel C. (2015, . p.367

⁷³ Albaret J-M et Aubert E. (2001), p.224

rapport à l'excitation interne. »⁷⁴. Au vu de ce que l'on a pu décrire tout au long de ce mémoire, la relation que nous avons instaurée lui a permis de s'organiser corporellement en donnant un ancrage physique et psychique dans lequel il peut développer ses expériences. Dans cette approche sur le corps relationnel, par mon engagement psychocorporel et porté par mon regard, Gabriel se sent reconnu et suffisamment en confiance pour prendre appui. Cette alliance thérapeutique est un levier thérapeutique afin qu'il puisse développer avec son corps un étayage psychomoteur et ses expériences sensorielles et motrices. La relation établie dans cette thérapie à médiation corporelle soutient son sentiment d'être reconnu par l'autre, ce qui lui laisse une liberté thérapeutique tout en respectant le cadre contenant et rassurant.

De plus, toujours en s'appuyant sur ce que nous avons abordé précédemment, le corps – moyen d'expression - est une approche corporelle permettant d'interagir avec autrui et son environnement.

Dans la relation thérapeutique, entre le psychomotricien et le sujet, nous sommes en interactions ensemble et avec l'environnement que nous instaurons dans le cadre thérapeutique en suivi en psychomotricité. En effet, nous sommes dans un investissement psychocorporel où l'on crée du lien. Que ce soit avec Gabriel au CMP et Monsieur L. en SSR, les psychomotriciennes m'ont offertes une place dans la relation thérapeutique. De la même façon, qu'une mère offre une place dans la relation qu'entretient une mère et son bébé. Ce n'est au fil du temps, qu'elles m'ont accordées leur confiance nécessaire afin que je prenne en charge seule les séances.

Dans cette espace thérapeutique, nous accompagnons et soutenons l'agitation psychomotrice de Gabriel et le syndrome post-chute liant la maladie de Parkinson de Monsieur L. ; à faire du lien à partir de leur vécu corporel et leur capacité à s'exprimer tels qu'ils sont dans leur singularité et leur affirmation de soi. Dans la perspective de structuration et restructuration de leur corps, ils peuvent trouver du plaisir et une meilleure aisance pour entrer en relation avec eux-mêmes, l'autre et leur environnement.

⁷⁴ Berger M. (1999), p.84

Là également, l'élaboration du rythme dans la relation diffère d'un individu à l'autre car les réponses ne sont pas standardisées. Au contraire, la capacité d'adaptation du psychomotricien a une cohérence et une signification, elle permet d'être dans un accordage psychocorporel avec chaque personne. Selon la singularité de la personne, l'accordage sera consubstantiel entre le sujet et le psychomotricien. S'adapter à l'autre permet d'apporter des repères et un cadre contenant pour redécouvrir son corps et de le réinvestir autrement. Dans ces repères, il peut s'appuyer sur des points d'ancrage dont la mémoire lui garantit une permanence de soi ; mais à la fois de réaliser une consolidation, un remaniement des limites son propre corps en fonction de corps réel.

Dans la bienveillance et par mon engagement psychocorporel, Monsieur L. a pris conscience de son corps, de ses ressources. Les réels progrès de Monsieur L. s'observent à la fois dans une perspective de réadaptation psychomotrice et thérapeutique. En effet, même en SSR, il est possible de réaliser un processus thérapeutique. Au-delà de mettre en place une médiation, la dimension thérapeutique s'élabore selon la manière dont le psychomotricien rend la médiation thérapeutique. Chantal Jacquet, ancienne élève de l'ENS, agrégée et docteur en philosophie nous le montre de la manière suivante : « Car la prise de conscience du corps n'a d'effet thérapeutique que si elle se produit en présence d'un autre »⁷⁵. En effet, c'est dans notre manière d'être et notre savoir-faire dans la relation qui importe pour donner du sens à l'aspect thérapeutique en psychomotricité.

Toutefois, dans ces interactions, la place du corps amène une tout autre composante. Il est exposé au regard de l'autre et sous l'influence sociale au travers des représentations sociales.

De nos jours, l'agitation psychomotrice est bien connue et reste incontestable. Il s'agit en effet d'un des motifs de consultation le plus rencontré en pédopsychiatrie. La venue des enfants au C.M.P se fait notamment par l'alerte de l'entourage ou de l'école

⁷⁵ Jacquet C., Neveu P., Pireyre E.W., Sainte Maréville F et Scialom P. (2014), p.173

pour des raisons de difficultés scolaires ou encore une « agitation » importante. Dans les représentations sociales, l'enfant présentant une agitation psychomotrice est perçu comme un enfant turbulent, l'enfant hyperactif ou encore l'enfant rêveur. Or, ces dernières sont des images où l'on classe ces enfants dans des catégories. Ce type d'image que l'autre se fait peut renvoyer à l'enfant une perception ainsi que des représentations altérant le processus identitaire que tentent de construire l'enfant. Il en est de même pour la personne âgée. Dans la société, trop souvent on voit la personne âgée comme une personne fragile ou dépendante pouvant être une charge. Or parfois ce sont des stéréotypes dépassés. Il est important de lutter contre ce genre de discriminations et accompagner les personnes âgées dans la reconnaissance : ce sont des personnes qui ont eux aussi étaient jeunes et qui ont développés avec le temps des capacités et une histoire de vie. Le vieillissement est le fruit de toute une vie vécue. Vieillir devrait être mieux vue : voir en cet individu qu'il a encore des capacités préservées et qu'on apprend à tout âge, ils ont encore du temps à vivre et de les accompagner vers un plaisir de vieillir.

Là aussi, le corps est vecteur de liens tel un support extérieur au sujet. D'un regard extérieur, nous contribuons à interagir avec le sujet. La présence de l'autre permet inconsciemment ou non, volontairement ou non, d'accéder à une rétroaction, c'est-à-dire des feedbacks. Dans ces derniers, l'enfant agité et la personne âgée parkinsonienne ayant fait une chute, peuvent grâce et au travers de la psychomotricité vivre un étayage corporel structurant et développer une harmonie corps-esprit.

Que ce soit auprès de Gabriel ou de Monsieur L. leur cheminement vers un mieux-être dans leur identité m'ont fait comprendre certaines choses de ce qui s'est joué dans la relation. Dans ces deux thérapies à médiation corporelle, la relation s'est réalisée dans une contenance qui a pu se manifester sous forme de holding. Leur revalorisation narcissique du sentiment d'identité sont passé par le soutien verbal, le regard porté à leur égard et l'engagement corporel du psychomotrien. Tout ceci, peut s'assimiler à l'enveloppe maternelle que procure le psychomotricien dans la relation. Nous pouvons parler en terme d' « Holding psychomoteur »⁷⁶. Il se définit comme la manière d'être et la manière de faire

⁷⁶ Robert-Ouvray S. (2004), p.113 à 149

pour porter le sujet e prenant en considération différents niveaux d'organisation : tonus, sensoriel, affectif et représentatif. En effet, S. Robert-Ouvray parle de « l'organisation de l'architecture corporelle, l'organisation de la tonicité et l'organisation de la psyché évoluent dans le même temps pendant une certaine période de notre vie. Ce sont les trois éléments unis et indispensables de notre identité qui constituent le sujet humain. »⁷⁷. Ainsi, dans la relation, nous pouvons conforter le sujet dans son sentiment de compétence et l'encourage à aller de l'avant pour se reconnaître comme individu unique, ce qui soutient son identité.

Finalement, auprès de ces deux rencontres, j'accompagne cette (ré)organisation dans la mise en jeu corporelle dans le mouvement et la relation. Il s'agit de deux dynamiques différentes, mais dans lesquelles le rythme se partage dans la relation et en veillant à instaurer ce rythme afin qu'il soit structurant pour chacun d'eux.

Ainsi, à partir de ma pratique clinique dont ces deux rencontres, « La psychomotricité est un métier à tisser, à tisser de la relation, de l'histoire, du temps et du symbolique »⁷⁸. Au fil de ces rencontres, ils ont montré le rôle déterminant de ce qu'est la relation. Elle permet de soutenir l'individu dans son développement et accueillir les expériences de l'individu. Dans cette thérapie à médiation corporelle, elle renvoie à l'importance de la contenance que nous pouvons apporter dans le holding. La mise en jeu corporelle devient thérapeutique à partir du moment où elle est soutenue par la relation ainsi que la manière dont on amène les médiations. Autrement dit, dans l'engagement psychocorporel, nous allons se rendre suffisamment malléable pour que le sujet puisse l'utiliser comme son double. En effet, le thérapeute est en quelque sorte le miroir narcissique du sujet. Nous sommes le référent corporel et en même temps, le support relationnel du sujet au travers des identifications. Dans certaine forme de holding, le corps relationnel favorise le renforcement narcissique avec une contenance thérapeutique.

⁷⁷ Robert-Ouvray S. (2004), p.120

⁷⁸ Potel C. (2015), p.9

Conclusion

Toujours impliquée corps et âme dans le tissage de ce mémoire, je peine à être consciente qui reste du chemin à parcourir. Ce mémoire m'a conduit à apprendre et comprendre l'importance de ce qu'est la pertinence du corps et de la relation.

En ce sens, l'expérience tisse la toile de fond à la fois de l'intégration sensorielle et motrice ainsi que le maillage du fonctionnement psychique. L'investissement du présent s'appuie sur l'ancrage du corps dans le temps et dans l'espace. Grâce et au travers les relations, l'enjeu est le corps relationnel.

De la même façon, la médiation corporelle est un champ vaste laissant suffisamment de liberté. D'après Paul Valéry « Mon corps est le lieu de ma présence au monde, il est lieu de convergence et de rencontre, par lui j'existe. » Dans cette perspective d'exploration et d'expérimentation, la mise en jeu corporelle s'élabore également dans l'action et les émotions. Le corps est le bourgeonnement de l'existence des représentations de soi. Il fait sens et enveloppe le sentiment d'identité.

Grâce à l'articulation entre la clinique et la théorie établie avec Gabriel et Monsieur L., ont permis de développer l'importance du corps et de la relation qu'offre le psychomotricien. Découvrir, accueillir, vivre et comprendre l'agitation psychomotrice de Gabriel et la chute de Monsieur L. présentant la maladie de Parkinson, m'a permis de faire valoir ce qu'est l'identité grâce et au travers, de la construction corporelle dans le développement de l'enfant et le remodelage de la réadaptation corporelle lié au vieillissement.

Tant dans le développement de l'enfant présentant de l'agitation psychomotrice qu'après du niveau d'involution de la personne âgée, l'approche psychomotrice se situerait dans la sphère sensori-motrice et dans la mise en jeu corporelle, tout en étant en relation et en interactions en présence de l'autre et avec son environnement.

Par ce vécu relationnel associé à la complexité de l'être humain, j'en ai saisi l'importance de la relation thérapeutique. En effet, la relation thérapeutique demeure dans la capacité à savoir s'adapter. Bien que l'on puisse trouver l'accordage suffisamment bon, dans la relation et dans l'engagement psychocorporel du psychomotricien, nous collaborons pour mettre en œuvre de la bienveillance et de la contenance. Dans ces moments de partage, le sujet peut déployer toutes ses potentialités à la fois créatrice et véritable source de développement et de réadaptation. Malgré la nécessité d'élaborer un cadre, la psychomotricité suggère une liberté thérapeutique.

Conséquemment, selon moi, appréhender la psychomotricité peut se voir comme une philosophie de vie, pleine d'humanité : l'être humain s'imprègne dans le temps et dans l'espace, un savoir-être et un savoir-faire. Elle se ponctue grâce à l'essence du corps relationnel. Dans cette complexité humaine à la fois pleine de richesses et de liberté, le corps est la quintessence du sentiment d'être et d'exister : être au monde.

Bibliographie

ANCET, P. (2010). *Le corps vécu chez a personne âgée et la personne handicapée*. Dunod. Edition de 2014.

ANZIEU, D. (1985). *Le Moi-peau*. Editions Dunod.

ALBARET, J-M et AUBERT, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. De Boeck Solal. 3ème édition.

BAUDRY, R. et JUCHS J-P. (2007). *Définir l'identité*. Hypothèses, 1 (10), p. 155-167.

BERGER, M. (1999). *L'enfant instable: Approche clinique et thérapeutique*. Dunod. 2ème édition.

BREDART, S., EUSTACHE, F. et VAN DER LINDEN, M. (2012). *Identité et cognition: apports de la psychologie et de la neurosciences cognitives*. DeBoeck.

BULLINGER, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: un parcours de recherche*. Tome 1. Erès.

CICCONE, A. et LHOPITAL, M. (2001). *Naissance à la vie psychique*. Dunod

DA SILVA LOULEIRO, M-B. (2009). *Evaluation psychomotrice chez les personnes âgées à la lumière de Wallon*. in Evolutions psychomotrices, vol. 21 (n°84), p.79-83

DOLTO, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Editions du Seuil.

FERREY, G. et LE GOUES, G. (1989). *Psychopathologie du sujet âgé*. Masson. 6ème édition (2008)

FREUD, S. (1923). *Le Moi et le ça*. Editions Payot.

GIROMINI, F., ALBARET. J-M. et SCIALOM, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3 : clinique et thérapeutiques*. Editions Deboeck.

HILION, A. (2011). *La psychomotricité en gériatrie: Axe corporel et identité du sujet âgé*. Evolutions psychomotrices, vol. 23(n°93), p.159-162.

- JACQUET, C ., NEVEU, P., PIREYRE, E.W., SAINTE MAREVILLE, F et SCIALOM, P. (2014). *Les liens corps esprit. Regards croisés à partir de cas cliniques*. Dunod
- JOLY, F. et LABES, G. (2008). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Volume 1: Corps, tonus et psychomotricité*. Editions du Papyrus
- JUHEL, J-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée: Réfléchir, Agir et Mieux-vivre*. Presses Université Laval
- LESAGE, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle: structures, étayage, mouvement et relation*. Editions Erès. Collection l'Ailleurs du corps. 2ème édition (2015)
- MUCCHIELLI, R. (1962). *La personnalité de l'enfant*. Editions ESF.
- MUCCHIELLI, R. (2009). *L'identité. Que sais-je ?* . PUF 7e édition
- PERSONNE, M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*. Editions Erès.
- PIREYRE, E.W. (2011). *La clinique de l'image du corps: Du vécu au concept*. Dunod (2015).
- POTEL, C. (2010). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès. Editions 2015.
- ROBERT-OUVRAY, S.B. (2002). *Intégration motrice et développement psychique*. Editions Desclée de Brouwer.
- WINNICOTT, D. (1957). *L'enfant et sa famille*. Editions Payot. p.177-184.
- WINNICOTT, D. (1996). *L'enfant, la psyché et le corps*. Editions Payot.

Résumé

Habiter son corps quand vous vivez dans un corps qui est non-maîtrisable est angoissant. L'enfant doit faire face à ses débordements corporels et la personne âgée doit accepter de réaliser le deuil de l'image Idéal du Moi. A travers Gabriel et Monsieur L. et leur évolution, ce mémoire tente de comprendre la pertinence du corps et des représentations de soi dans une thérapie à médiation corporelle. Ce terme de médiation corporelle est un champ vaste qui permet d'offrir une liberté thérapeutique tout en accompagnant et soutenant le sujet par le biais de la relation.

Vivre avec un corps, c'est exister. Intégrer son corps comme le sien, c'est se sentir exister et être reconnu par les autres. L'identité prend « corps ».

Mots-clés : Psychomotricité – Identité – Relation – Corps – Agitation psychomotrice – Syndrome-Post-Chute – Maladie de Parkinson

Summary

Living in a body is unmanageable is agonising. The child has to face his body outbreak and the older person has to accept the mourning of the Ideal Self image. Throughout Gabriel and Mr. L.'s evolution, this memory tries to understand the relevance of the body and one's self-representations in a body mediation therapy. The concept of body mediation is vast field but it offers a therapeutical freedom while accompanying and supporting the subject throughout the relation. Live with a body means existing. Integrate a body as own means being felt by others. One's Identity requires a body.

Keys words : Psychomotricity – Identity – Relation – Body – Psychomotor Restlessness– Post-fall's disorder – Parkinson's disease