



HAL
open science

L'eau enveloppe : apport de la psychomotricité et de la médiation eau dans le soutien de l'enveloppe psychocorporelle

Emilie Dubertrand

► **To cite this version:**

Emilie Dubertrand. L'eau enveloppe : apport de la psychomotricité et de la médiation eau dans le soutien de l'enveloppe psychocorporelle. Psychologie. 2020. dumas-02894626

HAL Id: dumas-02894626

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894626v1>

Submitted on 9 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

L'eau enveloppe

Apport de la psychomotricité et de la médiation eau
dans le soutien de l'enveloppe psychocorporelle

DUBERTRAND Émilie
Née le 10/10/1997 à TARBES (65)

REMERCIEMENTS

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité (IFP) de Bordeaux pour son accompagnement et son écoute durant ces trois années.

Merci à mes maîtres de stage Alix, Anne-Catherine et Laura pour leurs précieux conseils et le temps qu'elles m'ont accordé.

Merci à Alix pour son investissement, son écoute et son accompagnement dans l'élaboration de ce mémoire.

Merci à Laura pour ses relectures attentives, sa disponibilité et ses conseils.

Merci aux institutions et aux psychomotriciens, Maëlle, Nicolas, Nine et Catherine pour leur accueil sur mes différents lieux de stage.

Merci à toutes les personnes, professionnels, patients ou étudiants, rencontrées au cours de ces trois années qui m'ont fait évoluer personnellement et professionnellement.

Merci à tous mes proches et amis pour leur soutien et leur présence dans les moments de doute.

Merci à mes amis de l'IFP pour tous les moments passés ensemble.

Merci plus particulièrement à Agathe, ma « *filleule* » pour ses mots justes et son soutien sans faille et à Margot, ma binôme depuis ces trois années, pour tous ces échanges, ces partages, ces moments de stress et de joie que nous avons vécu toutes les deux.

SOMMAIRE

Remerciements	3
Sommaire	4
Avant-propos	5
Introduction	6
<u>PARTIE 1 : L'enveloppe psychocorporelle</u>	9
I. Le concept.....	9
II. L'instauration de l'enveloppe psychocorporelle.....	15
III. Des enveloppes psychocorporelles défaillantes.....	19
<u>PARTIE 2 : L'eau</u>	29
I. L'élément eau.....	29
II. La médiation eau.....	37
III. Les diverses pratiques.....	42
<u>PARTIE 3 : Le psychomotricien avec la médiation eau, un soutien de l'enveloppe psychocorporelle</u>	49
I. La psychomotricité dans deux lieux de stage différents.....	49
II. L'utilisation de la médiation eau par le psychomotricien pour soutenir l'enveloppe psychocorporelle.....	59
<u>PARTIE 4 : Zoom sur deux cas cliniques</u>	69
I. Rémi.....	69
II. Madame L.....	79
Conclusion	89
Annexes	90
Bibliographie	94
Table des matières	96

AVANT-PROPOS

La psychomotricité, une rencontre avec soi

Lève un bras, tourne autour de toi,
Ralentis le pas, pose ton regard,
Retiens tout mouvement jusqu'à ne percevoir que celui de ta respiration.

Que ressens-tu ?

[...]

Laisse l'énergie s'emparer de ton corps de nouveau,
Et l'emmener vers ce qu'il a de plus beau !
Ce corps c'est le tien,
Guide-le, apprivoise-le sous tous ses aspects.
Même s'il t'appartient,
Il possède ses secrets.
Prends le temps d'écouter,
Sa manière d'exprimer,
Ta joie, ta tristesse, ta peur, ton anxiété, ton soulagement,
Qu'il vit autant que toi à chaque instant.
Alors, tu ne feras plus qu'un.

Écrit par C. DELFAU et C. RENON.

INTRODUCTION

Des quatre éléments fondamentaux de la Terre, l'eau est celui qui m'a toujours attiré. L'eau a été omniprésente tout au long de mon enfance. Elle m'a amené de l'amusement, de la détente, des rencontres mais aussi de la douleur et de la peur. Née au sein d'une famille qui a toujours aimé les activités aquatiques, j'ai fréquenté dès mon plus jeune âge les piscines et les plages. Un véritable poisson dans l'eau souvent inconscient du danger... Pour remédier à quelques frayeurs, j'ai appris à nager et je n'ai jamais, depuis, cessé de fréquenter les bassins. Je débute alors mes passions : la natation et le sauvetage sportif. Ce milieu est donc devenu, pour moi, signe de compétition et de dépassement de soi. Cependant, l'eau reste toujours « *ce petit cocon* » dans lequel je me sens libre et dans mon élément.

En intégrant les études de psychomotricité, je ressens rapidement l'envie d'étudier et d'approfondir mes connaissances sur cet élément qui prend une grande place dans ma vie. L'écriture de ce mémoire est donc l'occasion pour moi de faire le lien entre mon expérience, mes positionnements théoriques et mes observations cliniques autour de la **médiation eau**. En effet, les psychomotriciens utilisent l'eau sous différentes formes (piscine, bain, hydrothérapie...) comme médiateur dans leur prise en soin.

La **psychomotricité** se compose de pratiques vastes et variées, il existe autant de psychomotricités que de psychomotriciens. Cependant, des notions sont communes et constituent les piliers de la psychomotricité : le tonus, le schéma corporel, l'image du corps... de même que l'enveloppe psychocorporelle et sa fonction contenante.

Étant sensible à la question de l'**enveloppe psychocorporelle** depuis le début de mes études, j'ai en tête d'aborder cette notion en lien avec la médiation eau. Ce choix se confirme lors d'une situation de stage en Institut Médico-Éducatif (IME) pendant une balnéothérapie où la psychomotricienne et moi avons enveloppé un jeune dans un drap dans l'eau. Contenu comme un enfant emmaillotté et bercé par les mouvements de l'eau, le jeune s'apaise, presque endormi. Cela attise ma curiosité : *en quoi le sentiment d'enveloppe amène-t-il cet état de détente ? Comment le psychomotricien et l'eau soutiennent-ils cela ?*

Cette situation me fait cheminer et me guide vers ce sujet. L'**articulation** entre l'enveloppe psychocorporelle, l'eau et la psychomotricité m'intéresse, m'anime et me questionne.

Je suis actuellement en stage dans deux structures, je les ai choisies pour leur point commun : la médiation eau.

Je suis en stage dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). L'EHPAD possède une salle de spa équipée d'un jacuzzi, une salle de balnéothérapie munie d'une baignoire ainsi qu'une salle multi-sensorielle avec un matelas à eau. J'assiste avec une des psychomotriciennes de l'établissement à des prises en soin autour de la médiation eau : une balnéothérapie au spa ainsi qu'une séance en salle multi-sensorielle avec le matelas à eau.

Je suis aussi en stage dans un Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD) pour enfants en situation de handicap moteur. Actuellement, le SESSAD intervient auprès de jeunes ayant des myopathies, des cancers, des maladies génétiques... Je participe à une pataugeoire en tant que soignante qui joue avec l'enfant, la psychomotricienne est observatrice.

Sur ces deux lieux de stage, j'ai observé que l'eau, malgré des médiations pratiquées différentes, amène à des effets sur le corps propre qui se répercutent sur le psychisme, notamment des sentiments d'unité, de globalité qui apportent de la contenance psychocorporelle.

De ma réflexion émergent plusieurs questionnements : *qu'est-ce que l'enveloppe psychocorporelle ? Comment s'élabore-t-elle ? Est-elle toujours imperméable ? Peut-elle être défaillante chez les personnes présentant des pathologies ? En quoi l'eau et la psychomotricité viennent-elles la soutenir ? Pourquoi utiliser la médiation eau en tant que psychomotricien ?*

Ces questionnements me font formuler la problématique suivante :

Comment le psychomotricien, par le biais de la médiation eau, participe-t-il au soutien d'une enveloppe psychocorporelle contenante et sécurisante ?

De cette réflexion, émergent plusieurs hypothèses :

- *L'enveloppe psychocorporelle est garante de l'être, de son identité et de son unité. Elle amène le sujet vers un vécu psychocorporel unifié, un sentiment de contenance et de sécurité interne ;*
- *La médiation eau est un espace à part rempli de symboliques. Elle présente de nombreux intérêts du fait de ses propriétés dans une prise en soin psychomotrice ;*
- *La médiation eau permet un soutien de l'enveloppe psychocorporelle du sujet mais elle ne fait pas tout : c'est la relation avec le psychomotricien à travers l'utilisation du médiateur qui est essentielle.*

Pour répondre à ma problématique, je construis mon mémoire en quatre parties.

J'aborde dans une première partie le concept d'enveloppe psychocorporelle, son instauration chez le sujet ainsi que son atteinte plus particulièrement chez les populations présentes sur mes lieux de stage, à savoir les enfants déficients moteurs et les personnes âgées.

Dans une deuxième partie, j'évoque l'eau comme élément puis comme médiation. Je présente les médiations eau que je rencontre en stage : la pataugeoire, le bain thérapeutique et le matelas à eau dans la salle multi-sensorielle.

Je développe en quoi la médiation eau est intéressante dans la prise en soin en psychomotricité et comment, par son biais, le psychomotricien soutient l'enveloppe psychocorporelle du sujet dans une troisième partie.

Dans ma quatrième et dernière partie, je présente deux cas cliniques rencontrés lors de mes stages qui m'évoquent cette articulation eau, enveloppe psychocorporelle et psychomotricité.

PARTIE 1 : L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

L'**enveloppe psychocorporelle** demeure une surface d'ancrage de toutes nos expériences motrices, sensorielles et relationnelles vécues, de notre vie fœtale à notre vieillissement.

I. Le concept

1. Définitions

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit l'**enveloppe** comme étant « *ce qui couvre naturellement quelque chose, protectrice de quelque chose* » (47).

En effet, l'enveloppe englobe le sujet dans son entièreté psychocorporelle et protège son espace interne du milieu extérieur. D. HOUZEL ajoute que c'est « *ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est ainsi fermé* » (22, p.9). Elle peut être décrite comme ce qui entoure entièrement un espace et délimite alors un contenant. Ce concept d'enveloppe évoque plusieurs notions : une délimitation entre le dedans et le dehors, une frontière plus ou moins perméable qui permet une filtration des informations et une protection.

Il est à noter que la notion d'enveloppe est indissociable de celle de sa **fonction contenantante**. La contenance renvoie « *au réceptacle renfermant un volume et accueillant un contenu* » (45). Le contenant peut garder en lui et limiter la répartition du contenu. L'enveloppe, par sa fonction contenantante, épouse plus ou moins la forme de la matière. Elle permet de créer une interface entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui se situe à l'extérieur de celle-ci, délimitant ainsi un espace interne et un espace externe.

De ce concept, il existe deux notions essentielles :

- la caractéristique **statique** de l'enveloppe est ce qui entoure une ou plusieurs parties et les tient ensemble ;
- la caractéristique **dynamique** de la fonction contenantante anime ces différentes parties et les fait fonctionner ensemble de manière harmonieuse.

La **contenance** renvoie également « *à la manière d'être et à la capacité de maintenir en soi un contenu* » (45). La fonction contenantante n'est pas seulement un réceptacle passif mais un processus psychique dynamique qui contient les éprouvés primaires afin d'éviter leur éparpillement et de les lier entre eux dans un ensemble cohérent.

Elle permet de contenir les pulsions, les pensées, les affects non rassemblés du sujet pour contrer tout débordement psychique et de les transformer en éléments plus assimilables.

La fonction contenante est définie par D. MELLIER « *comme la position psychique à adopter et à mettre en œuvre sur le terrain [...] pour recevoir et transformer des souffrances très primitives* » (33). Cela fait référence au positionnement clinique du thérapeute qui contient les anxiétés archaïques éprouvées par la personne en face de lui.

La littérature évoque les notions d'enveloppe corporelle et d'enveloppe psychique en les dissociant en théorie même si elles sont intimement liées en réalité. Effectivement, comme je l'expose par la suite, l'intériorisation de l'enveloppe corporelle, contenant de l'organisme, et celle de l'enveloppe psychique, contenant de la psyché, sont en **interaction** et en **co-construction** permanente pour aboutir à une sécurité psychocorporelle.

L'**enveloppe corporelle** fait référence à l'enveloppe organique : le corps et ses différents systèmes (os, muscles, articulations...). La peau est l'organe qui recouvre l'entière surface du corps. Elle permet de délimiter un dedans (l'organisme) et un dehors (le monde environnant) (15). Selon D. HOUZEL, « *le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur [...] et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes* » (22, p.23). L'**enveloppe psychique** donne une stabilité et une contenance à la psyché. Elle est composée de différents feuillets qui s'étayent entre eux dans la rencontre à soi, à l'autre et à l'environnement.

Par conséquent, l'espace psychique et l'espace corporel sont intimement liés (29, p.254) : la construction et l'autonomisation de la psyché dépendent de l'état de différenciation et de cohésion du Corps (dans le sens de **corporéité** définie par F. GIROMINI comme « *le nom générique que l'on donne à l'ensemble des corps : réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel* » (29, p.257), et inversement.

Selon M. BRUCHON, « *l'avènement d'un corps psyché est une étape nécessaire dans le développement du Moi et la différenciation de l'appareil psychique* » (10). Le **Moi**, en référence à la seconde topique de S. FREUD, est la partie de la personnalité la plus consciente, toujours en contact avec la réalité extérieure.

La **co-construction** entre enveloppe corporelle et enveloppe psychique amène à la notion d'enveloppe psychocorporelle.

L'**enveloppe psychocorporelle** assure un sentiment d'unité et d'intégrité. Elle peut être conçue comme une membrane qui vient maintenir les parties du corps ensemble mais également les sensations, les représentations, les affects, les pensées afin d'assurer un sentiment d'unité d'être, de soi.

Elle contient les éléments intérieurs, peut s'y ajuster et même devenir une couche différenciée de l'objet contenu comme l'enveloppe cutanée chez l'Homme. Elle assure une perméabilité permettant de filtrer les perceptions, les excitations, les attaques de l'extérieur.

De par cette délimitation dedans/dehors, l'enveloppe psychocorporelle marque la différence entre le soi et le non-soi et amène donc une **individualité** et une **identité** propre au sujet. Contrairement à ce qu'avait R. DESCARTES au XVII^{ème} siècle, corps et esprit sont **indissociables**, d'où le terme « *psychocorporel* ». L'enveloppe psychocorporelle permet le sentiment d'un Corps et d'une psyché tenus et contenus ce qui favorise, dans ce prolongement, le sentiment contenant d'unité et de continuité d'être.

T. SAGE parle de la notion d'**enveloppe sentinelle du soi**. Elle remplit « *ses fonctions de délimitation entre l'espace du monde interne d'un sujet et l'espace du monde extérieur, tout en assurant des communications entre ces deux mondes, donc en faisant preuve d'une certaine perméabilité* » (22, p.25). Il existe un lien inéluctable entre l'instauration de cette enveloppe et l'acquisition d'un sentiment de contenance, de sécurité de base, au service d'un développement harmonieux du Moi, d'une conscience de soi différenciée de l'autre.

2. La peau et ses rôles

La **peau**, lieu d'échanges des interactions précoces, est une enveloppe contenant et une membrane protectrice. Elle est primordiale dans l'émergence de la conscience de soi, des limites du corps et, progressivement, de celles du psychisme.

La peau constitue l'**enveloppe cutanée**, c'est la surface la plus importante du corps, elle nous enveloppe en totalité. La peau est un organe complexe, vital et dynamique qui est en continuité avec les muqueuses qui couvrent les cavités naturelles de notre organisme.

Elle possède de nombreux récepteurs sensoriels qui interviennent dans les sensations auxquelles la peau est confrontée : tact, tension, pression, vibration (mécanorécepteurs), température (thermorécepteurs), douleur (nocicepteurs). La peau a également de multiples terminaisons nerveuses et une vaste irrigation sanguine ce qui lui confère une forte sensibilité.

La peau est composée de **trois couches** (34) (annexe 1) :

- épiderme : couche la plus superficielle avec de nombreuses couches cellulaires ;
- derme : couche moyenne qui contient des fibres musculaires lisses et de collagène ;
- hypoderme : la couche la plus profonde composée de tissus conjonctifs.

Les **fonctions** de la peau sont nombreuses (37, p.77) :

- elle limite le corps, maintient les organes et donne une apparence ;

- elle assure la thermorégulation en permettant au corps de respirer et de perspirer ;
- elle est une barrière mécanique efficace qui protège des agressions extérieures et qui permet d'éliminer les toxines ;
- elle synthétise de nombreuses substances comme, par exemple, la vitamine D, des neuromédiateurs ou des cytokines ;
- elle est un organe sensoriel ;
- elle a une capacité de régénération en conditions normales (entretien physiologique) mais aussi après une agression (cicatrisation) et de régulation de sa propre teneur en eau.

Selon D. ANZIEU, la peau « *respire et perspire, elle sécrète et élimine, elle entretient le tonus, elle stimule la respiration, la circulation, la digestion, l'excrétion et bien sûr la reproduction* » (2, p.36-37). De par ses fonctions, elle est essentielle au bon fonctionnement de l'organisme. Recouvrant l'entièreté de notre corps, elle est ainsi notre **enveloppe corporelle de base** qui contient ce qui nous constitue et qui témoigne de notre unité corporelle. Elle délimite un dedans et un dehors tout en permettant des échanges entre ces deux espaces grâce à ces différents récepteurs. Cependant, la peau est **paradoxe** dans son fonctionnement : elle est à la fois perméable et imperméable, solide et fragile, source de douleur et de plaisir.

À première vue, la peau d'un bébé ressemble à celle d'un adulte mais elle s'en distingue fortement. En effet, lors des premiers temps de vie, la peau est encore **immature** et fragile. Les couches du derme sont trop fines pour faire office de barrière protectrice efficace. La perméabilité de cette membrane est exagérée. De ce fait, le bébé est plus sensible aux agressions extérieures et la thermorégulation n'est pas garantie.

Par conséquent, cette peau ne peut pas assurer toutes ses fonctions au début de la vie. Le nourrisson est alors **dépendant** de ses sensations, de son environnement et de ses figures d'attachement.

Le **toucher** est un des cinq sens, il correspond à la sensibilité cutanée. Il est le premier sens à se développer dès la 4^{ème} semaine in utero (23). Durant la vie intra-utérine, le bébé est exposé à de nombreuses sensations tactiles.

Le sens du toucher fonctionne dès la naissance : il est alors le sens le plus mature. Malgré la désafférentation sensorielle (absence ou grande pauvreté des sensations atteignant le cerveau à cause de l'altération sensorielle du fait du vieillissement), le sens tactile est celui qui perdure le plus et ce jusqu'à la fin de la vie. Le **toucher thérapeutique** va donc être un médiateur de choix dans la prise en soin en psychomotricité. Ce sens peut néanmoins être affecté par des lésions cérébrales ou nerveuses ou par des pathologies comme le diabète, la sclérose en plaque (28).

3. Le Moi-Peau

D. ANZIEU va métaphoriser les fonctions repérées de la peau en développant le concept de **Moi-Peau**. Selon lui, « *toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Le Moi-Peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau* » (2, p.39).

Il 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 de la surface du corps* » (2, p.39).

La peau est le contenant de l'intérieur du corps. L'intégration de ce « *sac* » par la pensée, via les expériences sensorielles vécues, permet d'offrir une limite au Corps et à la pensée, une enveloppe psychocorporelle.

Du fait de l'intériorisation des fonctions de la peau sur le plan psychique, le Moi-Peau vient envelopper l'appareil psychique. Il a trois caractéristiques principales : contenant rempli d'expériences satisfaisantes, surface entre le dedans et le dehors et zone d'échange et de communication avec autrui.

Le Moi-peau peut être considéré comme un **concept psychomoteur** puisqu'il comporte des fonctions inter-liées entre elles qui sont :

- les fonctions corporelles (celles de la peau) ;
- les fonctions psychiques (celles du contenant psychique) ;
- les fonctions affectives (de par les émotions suscitées) ;
- les fonctions cognitives (avec la communication et la préparation au langage).

D. ANZIEU reconnaît **huit fonctions** au Moi-peau qu'il relie aux fonctions physiologiques de la peau, il précisera par la suite que sa liste n'est pas exhaustive (2 et 37) :

▫ la fonction de maintenance du psychisme : « *de même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, de même le Moi-peau remplit une fonction de maintenance du psychisme* » (2, p.121) ;

▫ la fonction de contenance : la peau recouvre « *la surface entière du corps et dans laquelle sont insérés tous les organes des sens externes* » (2, p.124). Le Moi-Peau enveloppe la psyché et devient ainsi le contenant des représentations psychiques ;

▫ la fonction de pare-excitation : le Moi-Peau, avec ces différentes couches, est une barrière protégeant l'organisme des agressions extérieures ;

▫ la fonction d'individuation du soi : avec ses caractéristiques (grain, couleur, texture, odeur...), la peau individualise le sujet et lui confère une identité personnelle. Ainsi, « *le Moi-peau assure une fonction d'individuation du soi qui apporte à chacun le sentiment d'être unique* » (37, p.81) et différent de l'autre ;

▫ la fonction d'intersensorialité : la peau reçoit les informations sensorielles via ses récepteurs et les relie entre elles pour aboutir à une signification commune. Chaque sens fonctionne de manière interdépendante les uns des autres. Le Moi-Peau assure la mise en lien de toutes les sensations permettant ainsi la perception de soi et de son enveloppe psychocorporelle ;

▫ la fonction de soutien de l'excitation sexuelle : la peau du bébé est investie libidinalement par la Mère. Le terme de **Mère** est à entendre comme « *fonction maternelle* » qui peut être adoptée par tout adulte référent de l'enfant (père, mère, grands-parents, tuteur...). Le plaisir procuré par les soins corporels prépare l'auto-érotisme et représente la peau comme toile de fond des plaisirs sexuels. Ainsi, le Moi-peau est une surface où s'établissent progressivement des zones érogènes, il « *capte sur toute sa surface l'investissement libidinal et devient une enveloppe d'excitation sexuelle globale* » (2, p.127) ;

▫ la fonction de recharge libidinale : « *à la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes répond la fonction du Moi-peau de recharge libidinale du fonctionnement psychique* » (2, p.128). La peau fournit, à travers les sensations perçues, des informations directes sur l'environnement ;

▫ la fonction d'inscription des traces sensorielles : le Moi-peau sert de support de mémoire des traces sensorielles tactiles. Ainsi, « *le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'une palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées* » (2, p.128).

Selon D. LABALETTE, « *le concept de Moi-peau met en évidence l'importance des expériences sensorielles véhiculées dans une relation d'attachement positif, de maternage et de communication pour la constitution du Moi psychique* » (24). Le Moi-peau s'étaye sur les expériences sensorielles tactiles lors du contact peau à peau et des soins donnés par la Mère.

II. L'instauration de l'enveloppe psychocorporelle

La **peau** et le **toucher** ont un rôle essentiel dans le développement de l'être humain. Ils contribuent à l'émergence de l'attachement grâce au contact peau à peau et aux premiers soins de Maternage. L'importance du toucher de la peau est inéluctable dans le développement psychomoteur, psychoaffectif et psychocorporel du bébé : « *pour le nouveau-né ou l'enfant, toutes les formes de stimulations cutanées qu'il reçoit sont de la plus grande importance pour le développement harmonieux de son corps et de son comportement* » (35, p.25).

Notre enveloppe psychocorporelle nous soutient dès notre développement intra-utérin et jusqu'à notre dernier souffle. Elle n'est pas figée, elle est dynamique et modulable, façonnée et façonnable selon nos expériences de vie.

L'**instauration** de l'enveloppe psychocorporelle dépend d'un environnement suffisamment bon. La mise en place de soins Maternels adaptés va être primordiale afin que puisse se construire une enveloppe psychocorporelle de bonne qualité, propre à l'enfant, laquelle lui permettra de s'individualiser.

Pour J-C. CARRIC, « *de toute la vie de l'Homme, les neuf mois de sa vie intra-utérine et ses premiers mois et années de vie extra-utérine sont les moments les plus fondamentaux et les plus décisifs de son développement* » (12). C'est pourquoi je vais aborder la constitution de cette enveloppe psychocorporelle en m'attardant sur les premiers instants de vie, essentiels pour le bon développement de l'enfant.

1. Le berceau utérin

Durant neuf mois, le fœtus se développe au sein de la **cavité utérine** de sa mère. Cet espace sécurisant et contenant lui offre une première enveloppe. Il flotte dans le liquide amniotique. La mère et le fœtus sont en interaction au-delà même du lien anatomique que représente le placenta. Des échanges riches entre le fœtus et sa mère, mais également entre le fœtus et son environnement, vont avoir lieu in utero et vont concourir au développement de son enveloppe psychocorporelle. Ce berceau utérin est le lieu de stimulations sensorielles notamment au niveau de la peau. À 8 mois, l'utérus enserme le fœtus (40). R.A. RUEGER écrit « *le stade utérin nous procure l'étreinte la plus complète qui soit* ». Du fait de ses expérimentations in utero, s'établit alors une **enveloppe tactile** qui aide à la structuration harmonieuse du futur enfant.

Progressivement, le fœtus développe des compétences sensorielles permettant un accès au monde extérieur. Dès 20 semaines in utero, l'organe sensoriel de l'ouïe est formé, il perçoit alors les sons physiologiques, la voix de sa mère et du monde environnant (6, p.99).

Ce bain sonore, à la fois interne et externe, constitue une **enveloppe sonore**. Puis, le fœtus devient **acteur** des échanges en répondant aux stimulations : il se colle là où le ventre est touché. Ces **interactions** participent à l'investissement psychique de l'enfant par ses parents et constituent la base d'un attachement précoce.

Ces premières interactions affectives et fantasmatiques favorisent l'émergence d'une **première enveloppe psychique**. « *L'utérus maternel fournit l'ébauche d'un contenant psychique ; il est vécu comme le sac qui maintient ensemble les fragments de conscience du début de la vie* » (10). Ces enveloppes fournissent au fœtus une contenance psychocorporelle.

La **naissance** provoque un vide, un choc tactile, une rupture avec le passage d'un milieu aquatique à un milieu aérien. Le nouveau-né fait face aux sensations de froid et de pesanteur. M. MEAD parle du « *choc de la peau* ». En effet, il est soumis à de nombreuses modifications corporelles, sensorielles et psychiques. M. BRUCHON ajoute : « *le nouveau-né quitte son abri utérin, ses enveloppes et perd la complétude des échanges spontanés. Ce passage du dedans au dehors le propulse dans un espace beaucoup moins contenant et sécurisant que celui qu'il a connu* » (10). La sensation d'enveloppe et la contenance dont bénéficiait le fœtus au sein de la cavité utérine sont donc mises à mal. Le nouveau-né est confronté à des **angoisses archaïques** (angoisses de chute, de morcellement, d'éparpillement).

Dès la naissance, les premiers peau à peau et les soins Maternels permettent de soutenir son **sentiment de continuité d'existence** (D.W. WINNICOTT), indispensable à la construction de l'enveloppe psychocorporelle. Des études ont démontré que le toucher a un rôle essentiel pour le nouveau-né. En effet, les stimulations tactiles sont nécessaires au développement du système immunitaire, digestif et respiratoire (40). Elles lui permettent de s'apaiser et de calmer ses pleurs : les caresses peuvent rappeler l'enveloppe tactile de la cavité utérine (23).

2. Les soins Maternels

Suite à la naissance qui fut brutale, le nouveau-né se trouve dans un « *état primaire de non-intégration* » selon D.W. WINNICOTT. Il naît **néoténique**, inachevé avec des compétences qui ne sont pas encore matures. Il se retrouve alors dépendant de ses figures parentales. L'appareil psychique de la Mère doit suppléer celui de son enfant, encore immature, pour accueillir et transformer ses angoisses afin de les apaiser.

W.R. BION décrit la **capacité de rêverie maternelle** (9) en référence à la fonction contenante Maternelle. Le bébé vit des sensations inassimilables : cette expérience nécessite la présence d'un contenant qui puisse l'accueillir et la transformer afin de la détoxiquer.

L'objet contenant, la Mère, transforme les éléments bêta, éléments bruts projetés, en éléments alpha, éléments disponibles pour la pensée. « *La fonction contenant de la mère consiste à les recevoir et à les transformer en éléments assimilables psychiquement* » (22). C'est la **fonction alpha**. La Mère alimente la vie psychique de son enfant en donnant un sens à ses éprouvés et contient ses angoisses. Ce sont les premiers pas vers l'activité de pensée du nourrisson.

Dès le début de la vie, le tonus est un moyen de communication privilégié entre le nourrisson et sa Mère. L'ajustement tonique de cette dyade permet l'émergence d'un **dialogue tonique**, notion décrite par H. WALLON. Ce dialogue désigne l'ensemble des échanges entre la Mère et l'enfant, médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu et la façon dont il y répond. La capacité d'écoute et d'accordage Maternelle corporelle définit un **dialogue tonico-émotionnel** (J. DE AJURIAGUERRA) permettant à l'enfant de sentir son corps comme étant rassemblé et unifié et donc, qui favorise l'émergence de l'enveloppe psychocorporelle.

Ceci est permis grâce à l'empathie de la Mère vis-à-vis de son enfant. D.W. WINNICOTT décrit une période particulière qu'il nomme la **préoccupation maternelle primaire** (11). Cet état correspond à une hypersensibilité biologiquement programmée où la Mère se trouve en symbiose avec son enfant. Elle capte des signaux qu'elle décode et interprète. La Mère intervient donc à chaque demande de l'enfant et parvient à combler les besoins de son nourrisson (49).

D.W. WINNICOTT développe les notions de holding et de handling, indispensables à la construction de l'identité et de l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant. C'est dans ce peau à peau qu'est « *la source de l'indwelling* », c'est-à-dire « *l'installation ou l'habitation de la psyché dans le corps* » (27) où l'enfant, être en devenir, s'individualise et s'approprie son Corps.

Le **holding** est « *la manière dont l'enfant est porté* », tant physiquement que psychiquement (46, p.204). Ce concept fait référence aux comportements de Maternage, au portage, à la manière dont l'enfant est tenu, porté et soutenu par la Mère. La qualité de cette réponse, sa régularité et sa fonction contenant apporte à l'enfant un sentiment de confiance et de sécurité.

Le **handling** est « *la manière dont l'enfant est traité, manipulé* » (46, p.204) ce qui correspond à la façon dont la Mère prend soin de son enfant au quotidien et aussi aux contacts affectifs cutanés.

Par l'intermédiaire du visage de sa Mère qui le reflète, le bébé est en relation avec lui-même. Selon M. GAUBERTI, dans *Mère-enfant : à corps et à vie*, « *c'est par les yeux et les mots et les caresses de sa mère que le bébé se voit unifié dans son reflet* ». Ce rôle de **miroir** assuré par la Mère suppose un accueil, une disponibilité et un accordage affectif. L'enfant perçoit, non pas un reflet de lui-même, mais le reflet sensible de son être vu et compris par l'autre.

Le visage de la Mère est le précurseur du stade du miroir. C'est **dans la relation à l'autre** que l'enfant se différencie et trouve sa limite. L'enveloppe psychocorporelle n'est pas intégrée de manière innée, son intériorisation dépend des soins Maternels.

L'intégration de l'image du corps (représentation du corps liée aux affects et aux émotions selon J-C. CARRIC 13, p.116) et de la conscience du corps est progressive en passant notamment par l'étape du **stade du miroir**.

J. LACAN décrit ce stade comme fondamental dans la représentation globale de son Corps et dans l'émergence du « *je* ». Il intervient entre 6 et 18 mois et permet l'acquisition de la reconnaissance du Corps comme le sien, différent de celui d'autrui. Lorsque l'enfant est confronté à son reflet dans un miroir, il y reconnaît l'autre mais ne s'y identifie pas. Ce n'est qu'à partir du stade du miroir que va se mettre en place une **identification** vis-à-vis de son reflet. C'est la parole de l'autre, souvent la figure Maternelle, qui vient nommer cette image « *oui, c'est bien toi* ».

L'enfant, ayant une image morcelée, va, en se reconnaissant dans le reflet du miroir, prendre conscience de son unité.

Ainsi, l'enveloppe psychocorporelle s'élabore à partir des ressentis de l'image du corps, de la conscience de soi et de l'élaboration du schéma corporel (représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace selon H. PIERON 20).

Au cours du développement, se mettent en place différentes **enveloppes sensorielles** qui permettent de nourrir sa conscience corporelle en rassemblant les différentes parties du corps entre elles. Pour D. ANZIEU, le Moi du sujet se structure grâce à différentes enveloppes qui peuvent être sonore, visuelle, olfactive, tonique, thermique, de douleur... Il ajoute : « *l'enveloppe cutanée qui fonde le Moi-peau est structurellement la plus importante, mais elle n'exclut pas d'autres types d'enveloppes s'étayant sur d'autres modalités sensorielles ou sur d'autres fonctions (enveloppe du rêve, de mémoire...)* » (2, p.9).

S. ROBERT-OUVRAY (53) évoque l'enveloppe corporelle comme une enveloppe fermée par des **sphincters**. Entre 12 et 24 mois, c'est la découverte de la maîtrise du corps. L'enfant, grâce à la maturation neurologique et psychomotrice, va pouvoir contrôler ses sphincters volontairement. Cela pose la question de se sentir contenant et de pouvoir volontairement garder à l'intérieur ou bien laisser partir à l'extérieur.

S'il y a des échecs de maîtrise, l'enveloppe psychocorporelle peut être vécue comme fragile et mal fermée, cela donne une sensation de « *corps-passoire* » qui n'est pas étanche et qui ne contient pas. Cela amène une insécurité et une angoisse de se vider de son intérieur.

« *Sans l'autre, je ne suis rien* » (A. JOLLIEN). En effet, c'est par la répétition des soins Maternels et l'expérience de liens d'attachement de qualité que va se construire l'enveloppe psychocorporelle. La qualité de ce lien à l'autre apporte à l'enfant un sentiment de sécurité interne, de confiance nécessaire au développement de ses potentialités et à l'exploration de son environnement qui va lui faire vivre de nouvelles expériences.

Ainsi, l'enfant peut progressivement construire et avoir conscience de son enveloppe psychocorporelle stable et sécurisante, amenant un sentiment d'unité psychocorporelle. Se sentir contenu et unifié est primordial afin de ressentir un **sentiment de continuité d'existence**. Un Moi-Peau bien constitué contribue à nourrir le schéma corporel et apporte une valence positive à l'image du corps.

La question de l'enveloppe psychocorporelle s'élabore tout au long du développement du sujet en appui sur l'interaction avec l'environnement. Or, cette enveloppe psychocorporelle relève d'un processus **en perpétuel remaniement** au gré des expériences de la vie. Elle structure et limite. L'enveloppe psychocorporelle est malléable et en constante évolution.

III. Des enveloppes psychocorporelles défailantes

Par enveloppe psychocorporelle défailante, on entend trouble de l'enveloppe dû à des **failles de la fonction contenante**. Des pathologies, des expériences de vie et le passage du temps peuvent fragiliser l'enveloppe psychocorporelle. Les troubles de l'enveloppe psychocorporelle ne sont pas propres à l'enfance, on peut les retrouver à tout âge.

Une pathologie de l'enveloppe peut être observée chez des personnes présentant des personnalités carencées, des pathologies psychiatriques, des troubles du comportement alimentaire, des personnes cérébro-lésées, des personnes présentant un trouble du spectre autistique...

L'enveloppe peut se rigidifier, se fragiliser ou encore se « *déchirer* ». Elle sera alors défailante du fait d'une non démarcation ou d'une démarcation floue des limites, ce qui aura des conséquences sur l'intégrité du sujet. A-M. LATOUR parle des **images pré-contenantes** pour évoquer ces troubles. « *Toute atteinte de l'enveloppe risque d'entraîner une confusion entre le monde interne et le monde externe mais aussi entre le monde psychique et le monde réel* » (17).

La personne peut éprouver des angoisses de différentes origines et un mal-être psychique de degré variable du fait de cet état de chaos, de flou au niveau des limites. Sa relation à soi, à autrui et à l'environnement va être modifiée voire altérée. Elle peut se sentir menacée de la perte de son identité, de son unicité et de son sentiment de continuité d'existence. Une **enveloppe défailante** amène une perte de l'unité du sujet, une mauvaise conscience de soi, une confusion dans la différenciation soi/non-soi et une perturbation des fonctions du Moi-Peau.

Tout ceci engendre des difficultés d'**élaboration** que l'on peut définir comme le travail de l'appareil psychique qui consiste à lier des quantités d'énergie pulsionnelle à des représentations, et de **symbolisation**, processus qui relie des éléments de la réalité extérieure à la réalité psychique et crée une expérience consciente au sein de cette dernière.

Sur mes lieux de stage, je rencontre deux populations pouvant présenter des défaillances au niveau de l'enveloppe psychocorporelle.

1. L'enfant porteur d'une déficience motrice

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la **déficience** est « *une altération d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique* ». Cela renvoie à l'aspect lésionnel du handicap.

Une **déficience motrice** est une atteinte de la motricité, c'est-à-dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir ou à se maintenir dans une position donnée, quels que soient le but et la fonction du mouvement produit ou du positionnement obtenu (52) :

- déplacement (locomotion, transferts) ;
- fonction posturale (se tenir debout, assis) ;
- action sur le monde extérieur (préhension, manipulation) ;
- aspect moteur de la communication (parole, gestes et mimiques, écriture) ;
- alimentation (mastication, déglutition, digestion) ;
- perception du monde extérieur (orientation et mouvement des yeux, de la tête, des oreilles...) ;
- mouvement réflexe.

Les **étiologies** de la déficience motrice sont diverses avec des atteintes dues à (52) :

- des lésions cérébrales (lésions cérébrales précoces, traumatismes crâniens, Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), tumeurs cérébrales, malformations cérébrales...) ;
- des lésions médullaires ou neuromusculaires (neuropathies, myopathies...) ;
- des lésions ostéo-articulaires (malformations, amputations, scoliose...) ;
- des étiologies inclassables, indéterminées et incertaines.

Ces causes peuvent survenir en anténatal, en périnatal ou en postnatal avec la mise en jeu de différents facteurs. 3 enfants pour 1 000 naissent avec une déficience motrice (52).

Des troubles peuvent être **associés** à la déficience motrice (52) :

- des difficultés des apprentissages ;

- de l'épilepsie ;
- des troubles neuropsychologiques (trouble praxique, neuro-visuel, du langage...) ;
- des difficultés psychoaffectives qui se traduisent par des états dépressifs ou, au contraire, par des états d'agitation et d'instabilité ;
- une atteinte de la sensibilité (hypoesthésie) ce qui peut provoquer des troubles sphinctériens et une fragilité cutanée.

Par conséquent, le **handicap** est donc extrêmement variable en fonction de la localisation des lésions, du type d'atteinte et des troubles associés. Le handicap ne se résume pas aux déficiences mais englobe les incapacités quotidiennes et surtout les complications qui peuvent en découler. Le **handicap moteur** est généralement visible – marche difficile, troubles de l'équilibre, utilisation d'aides techniques – ce qui peut amener à une certaine stigmatisation et discrimination. Les conséquences du handicap sur le développement psychomoteur, psychoaffectif et cognitif de l'enfant dépendent de l'origine et de la sévérité de l'atteinte, de l'âge du sujet au moment de celle-ci et de son environnement, de son entourage, de ses conditions de vie.

Si l'enfant est, ou devient déficient moteur, l'investissement relationnel lors des soins Maternels est perturbé. En effet, l'**annonce du handicap** est, selon C. CHAMPONNOIS, une « *violente atteinte narcissique* » (14) qui signifie la perte de l'enfant imaginaire, fantasmé, rêvé pendant la grossesse. Le handicap provoque un séisme dans les identifications filiales et générationnelles de toute la famille. Cette différence introduit l'**échec de l'illusion** : la Mère décontenancée n'assure pas son rôle de fonction alpha, elle n'arrive plus à transformer les sensations de l'enfant en éprouvés psychiques supportables. Elle se sent alors attaquée, démunie dans sa capacité Maternelle et est envahie en retour par le vécu brut renvoyé par l'enfant. Ainsi, le lien d'attachement précaire et la mise à mal de l'enveloppe commune entre la Mère et l'enfant rendent difficile la constitution d'une enveloppe psychocorporelle contenant et sécurisante.

En fonction des conséquences du handicap, l'enfant peut être amené à vivre des **renoncements** comme marcher, courir, écrire... Il doit se résigner à une certaine « *normalité* » et à une autonomie totale. Il peut donc avoir une image dévalorisée de lui-même et de ses capacités. L'atteinte motrice vient entraver la mobilité et l'exploration nécessaires au développement harmonieux de l'enfant. L'enfant fait peu d'expériences de façon autonome. Il dépend alors d'une tierce personne pour découvrir le monde environnant. L'enfant n'expérimente que très peu seul ce qui met à mal son indépendance, sa différenciation à l'autre et son individuation. De plus, l'enfant souffrant d'une déficience motrice passe « *rarement par les stades habituels du développement moteur* » (30) ce qui entrave la conscience corporelle et amène à un rapport au corps particulier.

Les troubles moteurs affaiblissent les mouvements volontaires car trop coûteux en énergie. Les sensations du corps en mouvement sont donc diminuées ce qui participe à un **appauvrissement du schéma corporel**. Parfois, certains enfants sont envahis par leurs mouvements anormaux et involontaires, ils se vivent dans un corps qu'ils ne maîtrisent pas, qu'ils ne contrôlent pas ce qui peut générer des difficultés à l'émergence d'une unité et d'une enveloppe psychocorporelle.

Ceci entraîne souvent un **désinvestissement** du corps ou d'une partie du corps. L'enfant met à distance son « *corps-fardeau* » pour se protéger, avec une tendance à l'évitement de la réalité qui est celle du handicap. Cette perte de repères perturbe l'identité pouvant parfois aller jusqu'à « *la perte de sentiment d'appartenance à l'espèce humaine* » (5).

Sofia, 8 ans, a une paraplégie sensitivomotrice traumatique. Ne recevant plus aucune sensation, elle a totalement désinvesti ses membres inférieurs. Lors d'un jeu de cache-cache, elle se cache sous un tissu laissant dépasser ses jambes. Sofia n'a pas intégré dans son schéma corporel ses membres inférieurs entraînant une insécurité psychocorporelle.

Les **appareillages** corrigent et préviennent l'aggravation des déformations orthopédiques, prolongeant ainsi la qualité et l'espérance de vie. Ils renvoient à une enveloppe dure, moulée à la forme du corps, comme un « *tuteur contenant* » (26) qui viendrait envelopper et qui renforcerait le sentiment d'être contenu, maintenu. Cependant, l'enveloppe corporelle se trouve enfouie sous le corset, la coquille... L'enfant peut ressentir un vécu d'enfermement, de blocage qui lui amène peu d'expérimentations et de sensations. Les appareillages entravent la mobilité et réduisent les occasions de ressentir le Corps et ainsi d'intégrer un schéma corporel stable et unifié.

Pour M. GAUDENZI, l'appareillage va agir comme un « *révélateur* » qui dévoile et exacerbe les incapacités au regard de l'autre. Ainsi, pour O. LEGRAND, le « *corps-visible* » est un « *corps-sujet dépossédé par le handicap de ce qu'il aurait dû être* » (26). L'appareillage est compris comme un tout indifférencié du corps propre de l'enfant. Il fait partie de son enveloppe psychocorporelle, l'enfant peut avoir des réticences à l'enlever ou, au contraire, se sentir libéré selon sa conscience psychocorporelle.

La déficience motrice est là pendant la période de développement du sujet ce qui accentue la différence, tant morphologique que psychologique, avec autrui. En manque de confiance et en perte d'identité, l'enfant éprouve des difficultés à être en relation avec les autres, se sentant à part. Il est possible de constater des replis sur soi et des phobies sociales.

A contrario, les comportements agressifs observés sont, la plupart du temps, l'expression de la violence, de la haine et de l'agressivité que la personne ressent envers elle-même et face à l'injustice de la vie (5).

La déficience motrice est à associer étroitement avec une **fragilité psychique** non négligeable. En effet, le corps réel organique est attaqué par la maladie. Le parcours médical et les soins précoces peuvent laisser des marques affectant le vécu psychocorporel. L'identité corporelle est mise à mal par les soins médicaux, souvent directs et brutaux, amenant à un vécu de corps instrumentalisé. En effet, les opérations multiples, les actes médicaux intrusifs, les blessures peuvent perturber la perception d'un corps uni, contenu par une enveloppe cutanée. Ils représentent des agressions corporelles en pénétrant à l'intérieur de celui-ci. L'enfant est peu touché dans sa globalité, seules les zones nécessitant des soins sont investies par les soignants. Cet **investissement partiel** peut générer un vécu corporel « *morcelant* », « *éclaté* ». La peau est alors malmenée, « *percée* » et n'assure plus ses différentes fonctions, de même pour le Moi-Peau. Cela affecte le vécu du Corps et par conséquent l'enveloppe psychocorporelle de l'enfant qui est alors « *perforée* ».

La peau est agressée et devient une enveloppe douloureuse et non protectrice ce qui menace l'intégrité psychocorporelle de l'enfant. Ce corps, objet de nombreux soins, perd l'occasion de s'éprouver autrement que dans la **douleur**. La « *douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps, affecte la capacité de désirer et l'activité de penser* » (2, p.227). Elle dépasse les capacités d'adaptation de l'enfant dont la peau ne peut plus assurer ses fonctions.

La douleur entrave la construction d'une unité psychocorporelle nécessaire au développement de l'enfant. En effet, l'intégration d'une enveloppe psychocorporelle contenant est essentielle afin d'intérioriser un sentiment de sécurité interne, une différenciation et de construire son identité. L'enfant atteint d'une déficience motrice a une **enveloppe psychocorporelle fragilisée** par un vécu corporel douloureux et une **image de son corps morcelée** par les soins intrusifs.

De plus, M. MAURY ajoute que « *les déficiences sphinctériennes sont parmi les plus fréquentes atteintes associées à des déficiences motrices* » (52). L'**incontinence** urinaire ou anale met à mal la fonction contenant de l'enveloppe psychocorporelle, elle ne contient plus, elle ne tient plus, elle lâche. L'enfant peut ressentir un sentiment d'anxiété et d'insécurité avec ce « *corps-passoire* » qui n'est pas maîtrisable. L'enveloppe psychocorporelle est fragilisée et l'enfant peut percevoir son Corps comme défaillant et non fiable.

Le handicap attaque le Corps du sujet, son identité et sa sécurité. L'image du corps, nourrie d'affects négatifs, associée à un corps persécuteur, fragile, douloureux, s'en trouve complètement perturbée. La sécurité interne, indispensable au sentiment d'indépendance et de sûreté, est précaire.

L'expression d'**angoisses archaïques** est souvent observable (angoisse de chute, de morcellement, de liquéfaction) renforcées par une angoisse de mort toujours très présente (5).

Ainsi, l'atteinte motrice peut amener à une altération de l'enveloppe psychocorporelle puisqu'elle touche l'enfant dans son entièreté.

De même, le vieillissement et les démences vont modifier et détériorer cette enveloppe psychocorporelle.

2. La personne âgée

Selon F. SIMERAY, la personne vieillissante subit des pertes au niveau social, corporel et psychique qui entraînent des **remaniements** sur sa psychocorporité. Le sujet peut être attaqué dans son enveloppe psychocorporelle d'autant plus s'il souffre de troubles.

La retraite transforme la place dans la société : le sujet n'est plus un actif. La personne âgée est de plus en plus confrontée à la mort, que ce soit la sienne ou celle de ses proches. Par analogie au stade du miroir décrit par J. LACAN, J. MESSY introduit la notion de **miroir brisé** dans lequel le sujet vieillissant voit l'anticipation de sa propre mort. L'isolement social est courant. Le manque de relation avec autrui engendre une dégradation de l'estime de soi, du sentiment d'utilité et d'existence pouvant entraîner un repli.

Le passage du temps cause des **changements visibles** sur la peau (rides, tâches) avec un amincissement et un affaissement la rendant plus fragile (escarres, œdèmes). Les modifications des phanères (cheveux, poils et ongles) peuvent remettre en cause l'**identité** propre de la personne. Avec le vieillissement, il y a une diminution du contrôle sphinctérien qui provoque des **troubles de la continence**. Cette incontinence est à l'origine d'une insécurité au niveau de l'enveloppe psychocorporelle. « *Ces troubles montrent là encore une défaillance du Moi-peau en tant qu'enveloppe somato-psychique [...] Le fantasme qui prédomine alors est celui d'une peau percée, d'une enveloppe qui se délite jusqu'à ce que le corps même ne parvienne plus à contenir ses matières* » (43). Cela peut amener à un vécu de « *corps-passoire* » avec une contenance plus ou moins fiable, mettant en danger l'identité et la dignité du sujet.

Les **systèmes sensoriels** sont aussi affectés par le processus du vieillissement. Le rapport qu'entretient la personne à son Corps et à son environnement est modifié du fait de la désafférentation sensorielle. La diminution des stimuli extérieurs conduit à un isolement sensoriel entraînant des troubles de la perception de soi et de l'environnement, des troubles relationnels et de l'adaptation au milieu. La réduction des activités motrices, le vieillissement des structures nerveuses et sensorielles concourent à l'**appauvrissement du schéma corporel**.

La perte des capacités physiques impacte d'autant plus l'image du corps du sujet âgé lorsque l'investissement narcissique a été défaillant auparavant. Ainsi, la personne âgée a fréquemment une **image dévalorisée** de son Corps pouvant s'exprimer par un déni, un dégoût voire même une dysmorphophobie (préoccupation exagérée manifestée au sujet de l'aspect disgracieux de tout ou d'une partie du corps, que cette crainte ait un fondement objectif ou non).

La sénescence nécessite un **travail psychique** visant à s'accepter tel que l'on est mais il est bien souvent difficile à accomplir. En effet, l'image du corps est altérée par le temps et les pathologies. L'idéal du Moi, valeurs positives auxquelles aspire le sujet, ne trouve plus de support de projection : la personne âgée ne correspond plus ni aux critères de beauté ni aux idéaux de productivité de la société actuelle. La personne âgée doit vivre avec cette nouvelle image d'elle-même, image qu'elle n'a pas choisie et qu'elle subit. Le narcissisme est touché, les sentiments de soi et de continuité d'existence sont mis en péril.

Il peut y avoir un **décalage** « *entre apparence et intériorité* » selon P. ANCET : le sujet n'a pas assimilé ces changements et reste bloqué sur une apparence antérieure. La personne âgée peut se vivre dans une psychocorporéité qui n'est plus la sienne, elle n'intègre pas sa perte d'autonomie et sa nouvelle image du corps. Il peut y avoir une **sur-évaluation** des capacités qui entraîne des mises en danger, des accidents et/ou des troubles de l'identité. Il y a une rupture d'enveloppe psychocorporelle qui ne remplit plus ses rôles de protection, de maintenance et de soutien. M. BRUCHON rapporte « *D. Liotard parle de l'enveloppe du sujet âgé comme d'un « contenant aux limites devenues floues* » » (10).

Le constat des régressions amène à une **blessure narcissique**. La personne âgée se dévalorise, le sentiment d'estime de soi est totalement bouleversé. Ces modifications sont des « *manifestations de l'être qui ramènent à la surface des éléments inscrits au plus profond du sujet* » (43). Cela peut amener de **vives angoisses** comme des sensations de morcellement, d'éparpillement, de liquéfaction, d'abandon. Le vieillissement va réactiver le « *sentiment de détresse* » (43) : le sujet peut être pris dans le désarroi de sa disparition comme l'anticipent les atteintes de son corps.

De ce fait, la personne âgée est confrontée à une mise à mal de son enveloppe psychocorporelle rendant difficile la relation à soi, à l'autre et au monde environnant.

Lorsque les déplacements en autonomie ne sont plus possibles même avec des aides techniques comme un déambulateur, un **fauteuil roulant** est mis en place. Cette solution, même si elle est nécessaire, risque de renforcer la diminution des capacités et de l'autonomie.

Le fait de rester constamment au fauteuil, sans pouvoir se mobiliser ne donne que peu l'occasion de sentir son corps et de nourrir sa conscience corporelle. La sensation d'enveloppe psychocorporelle est affaiblie. Cela nécessite un processus d'ajustement. Le Corps de la personne est transformé : la perception est progressivement modifiée car médiatisée par le fauteuil. Le sujet apprend à sentir son fauteuil roulant, qui s'efface progressivement et « *fait corps* » avec lui. La personne intègre peu à peu cet appareillage dans son schéma corporel.

La **douleur** est très fréquente chez la personne âgée. Les plaintes douloureuses augmentent avec l'âge, notamment les sujets porteurs d'une polyopathie ou souffrant de maladie chronique. Cette sensation peut se comprendre comme une attaque de l'enveloppe psychocorporelle. La douleur amène à un ressenti de corps lourd, pesant, incapable, pouvant entraîner un désinvestissement corporel. S. GIBSON ajoute « *le corps déjà corps souffrant et vieillissant se transforme en corps-fardeau* » (8). Une **carapace tonique** peut se créer pour se protéger des douleurs, cela conduit à une rigidité psychocorporelle.

E. BICK a parlé de **seconde peau musculaire** qui permet, à la fois, de contenir le Moi du sujet et de maintenir une unité corporelle « *en recréant corporellement une enveloppe sensorielle, un lien sécurisant, la perception rassurante d'un dedans qui tient, la contenance d'un rassemblement premier* » (10).

La douleur a des répercussions sur l'**identité psychomotrice** du sujet : tonus, schéma corporel, image du corps, motricité, narcissisme sont bouleversés. Elles sont multiples car la douleur comprend quatre dimensions essentielles à l'identité du sujet : dimension physique, psychologique, sociale et spirituelle. Ainsi, elle touche la personne dans son entièreté ce qui peut entraîner des remaniements de l'enveloppe psychocorporelle.

À tout cela peuvent s'ajouter les **démences** qui vont fragiliser davantage l'enveloppe psychocorporelle du sujet. Selon l'OMS, la démence est un « *syndrome généralement chronique ou évolutif dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal [...] La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive* » (54). Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V) la qualifie de **trouble neurocognitif majeur** (annexe 2).

On dénombre 50 millions de personnes atteintes de démence dans le monde, avec 10 millions de nouveaux cas chaque année. Elle est l'une des causes principales de handicap et de dépendance chez les personnes âgées.

La démence se caractérise par une atteinte du système nerveux central avec une lésion du tissu neuronal et/ou des données neurobiologiques. Il en existe plusieurs formes :

- les **démences neurodégénératives** corticales (maladie d'Alzheimer, démence fronto-temporale), sous-corticales (maladie de Parkinson, chorée d'Huntington, syndrome de Korsakoff) ou sous cortico-corticales (démence à corps de Lewy) ;
- les **démences vasculaires** en lien avec des facteurs de risque vasculaires ou un AVC ;
- les **démences par agent transmissible** (maladie de Creutzfeldt-Jakob)

Les frontières entre ces différents types ne sont pas nettes et les formes mixtes sont fréquentes (54). La dépression peut simuler une démence, nommée alors pseudo-démence.

La démence a un début insidieux, son apparition est progressive (51). Les symptômes de la démence se développent selon un **continuum** qui va du symptôme précoce au symptôme tardif.

- Au début, la mémoire des faits récents est altérée. Des changements d'humeur et des modifications de la personnalité se développent. Les sujets peuvent présenter des difficultés croissantes dans leurs actes quotidiens. Ils peuvent réagir à cette perte d'autonomie par de l'irritabilité, de l'hostilité et/ou de l'agitation. L'entourage peut commencer à rapporter un comportement étrange et une labilité émotionnelle. Les capacités fonctionnelles peuvent être limitées par des troubles comme :

- **l'agnosie** : impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes. Certaines personnes souffrantes de démence ne reconnaissent plus leur reflet dans un miroir, il y a une perte d'identité, signe d'une atteinte de l'enveloppe psychocorporelle ;
- **l'apraxie** : altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes ;
- **l'aphasie** : perturbation du langage qui peut se manifester par une difficulté à nommer, un discours vague et/ou une utilisation excessive de mots imprécis ;
- **l'amnésie** : trouble de la mémoire qui se traduit par une perte, plus ou moins complète de la capacité à se remémorer des faits ou des souvenirs.

- Puis, arrivent les symptômes intermédiaires. La mémoire des événements anciens est altérée, les souvenirs sont dégradés. Or, ils définissent ce que nous sommes, ils participent à la construction de notre histoire et de notre subjectivité. La perte de ces souvenirs entraîne une altération de l'enveloppe psychocorporelle puisqu'elle attaque le sujet dans son sentiment d'existence. Les modifications de la personnalité s'accroissent : les personnes atteintes peuvent devenir irritables, égocentriques, anxieuses, rigides, colériques ou, au contraire, plus passives avec un émoussement affectif, une dépression, une perte de spontanéité voire même un retrait.

Le sommeil est souvent désorganisé avec une inversion du rythme jour/nuit. Elles peuvent présenter une désorientation spatio-temporelle car elles ne sont plus en mesure d'exploiter efficacement les indices de leur environnement.

- À un stade plus sévère, les sujets perdent leur autonomie et deviennent totalement dépendants. Le placement en institution est souvent nécessaire. Ils peuvent devenir incontinents et développer des troubles de la déglutition. Les symptômes psycho-comportementaux (hallucinations, désinhibition, instabilité de l'humeur, agressivité, anxiété, idées délirantes, euphorie, apathie, comportements moteurs aberrants) sont d'autant plus importants que la maladie avance. Les conséquences physiques, psychologiques et sociales sont considérables tant pour la personne malade que son entourage, les personnels soignants ou la société.

L'enveloppe psychocorporelle du sujet atteint de démence est perméable et poreuse du fait de la fuite psychique. Il est en constante lutte contre la perte de contenance et de représentations de ses propres limites. Ses limites psychocorporelles deviennent poreuses, les différenciations dedans/dehors et soi/non-soi sont confuses et les fonctions du Moi-Peau s'affaiblissent.

C. MONTANI évoque le « *trouble de la permanence de soi* » (36) qui s'originerait « *dans une dédifférenciation entre moi psychique et moi corporel* ». Face à cette perte de limites et d'enveloppe, la personne peut éprouver des phénomènes d'étrangeté (« *je ne sais plus où je suis. Où suis-je ? Où est ma maison ?* »). Elle peut se trouver dans une **désorientation existentielle** qui déborderait la sphère cognitive.

Il existe alors une **désorganisation identitaire** chez le sujet atteint de démence. L'enveloppe psychocorporelle est altérée dans ses fonctions de pare-excitation et de contenance. L'image du corps peut être vécue comme perforée et perforable ce qui peut amener à des angoisses de vidage. Des tentatives de recréation d'une contenance sécurisée, d'un « *colmatage auto-contenant* » (36) sont observables par la recherche de sensorialité (mouvements stéréotypés, exploration sensorielle accentuée, déambulation).

Mme V. est atteinte d'une démence. Je la trouve souvent désorientée dans le couloir. Elle ne sait plus qui elle est ni où elle est : « je suis qui ? Je ne sais plus ! J'ai l'impression que je viens de naître ! ».

Ainsi, le vieillissement et les démences peuvent altérer l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée.

La **médiation eau**, avec ses propriétés et son accessibilité, semble intéressante pour soutenir l'enveloppe psychocorporelle d'un sujet dont les limites et la contenance sont fragiles.

PARTIE 2 : L'EAU

L'eau est un objet médiateur très utilisé en psychomotricité auprès de diverses populations. De par ses propriétés physiques, l'eau évoque en nous des sensations, des émotions, des images que notre psychocorporéité enregistre sous forme de plaisirs et/ou de déplaisirs. Cette matière met en jeu psychocorporellement le sujet. La médiation eau est tout à fait pertinente pour soutenir l'enveloppe psychocorporelle.

I. L'élément eau

Dans toutes les religions et les traditions du monde, les quatre éléments (l'eau, la terre, l'air et le feu) occupent une place prépondérante. Ainsi, l'eau est une substance particulière porteuse de caractéristiques, de symboles et d'effets. Elle est vécue différemment en fonction de l'histoire de vie et de la sensibilité de chacun.

1. Un élément vital

L'eau est un élément essentiel aussi bien pour tous les êtres vivants (Homme, animaux, végétaux) que pour la Terre. Elle est à la fois **omniprésente** et **indispensable** dans notre vie quotidienne. L'eau est à l'origine de la vie sur Terre. Sur les planètes où l'eau est inexistante, la vie l'est aussi. En effet, l'arrivée des premiers signes de vie sur notre planète (micro-organismes) correspond à l'apparition de l'eau. Près de **70%** de la surface de notre planète est recouverte d'eau (97% d'eau salée et 3% d'eau douce) essentiellement sous forme liquide dans les océans et les mers mais également sous forme gazeuse (vapeur d'eau) et solide (glaciers).

L'eau a un rôle essentiel dans le fonctionnement de l'organisme de l'Homme. A. de SAINT-EXEPURY écrit : *« tu n'as ni goût, ni couleur, ni arôme, on ne peut pas te définir, on te goûte, sans te connaître. Tu n'es pas nécessaire à la vie : tu es la vie ».*

L'eau est le **principal constituant** du corps humain. Il est composé de **65%** d'eau à l'âge adulte, 75% chez le nourrisson et 94% chez l'embryon de 3 jours ce qui montre la véritable nécessité de l'eau dans la création de la vie (48). Cette quantité varie tout au long de la vie, elle décroît notamment en vieillissant avec la diminution de la masse musculaire. En effet, les muscles contiennent beaucoup d'eau (75%).

De plus, l'eau est indispensable pour assurer les **fonctions métaboliques** du corps humain (48) :

- la thermorégulation : l'eau maintient la température constante à l'intérieur du corps (37°C +/- 0,5°C) en absorbant la chaleur puis en la libérant sous forme de sueur ;

- les systèmes de transport et d'excrétion : l'eau permet le transport des nutriments, des hormones et des enzymes car elle dissout les substances et les véhicule à l'intérieur ou à l'extérieur d'une cellule ou entre les cellules elles-mêmes. Elle élimine une grande partie des déchets métaboliques via les urines ;
- les réactions chimiques : elle intervient dans de nombreuses réactions chimiques car elle fournit l'atome d'Hydrogène (H) souvent nécessaire. Elle est capitale dans la glycolyse, réaction essentielle à la production d'adénosine triphosphate, énergie servant à la contraction musculaire ;
- la composition des articulations et des organes : l'eau participe à la lubrification des articulations (synovie) et des organes du système digestif (mucus et salive).

Cependant, notre organisme n'est pas capable de stocker l'eau. L'hydratation régulière est primordiale pour un bon fonctionnement de toutes nos capacités. Un déficit de 5/10% d'eau entraîne déjà une diminution d'énergie : la déshydratation peut être mortelle.

De nos jours, l'eau fait partie de notre quotidien, nous l'utilisons tous les jours. Pourtant, dans certains pays, cet **élément vital** essentiel ne coule pas de source, il devient une denrée rare et précieuse. Son utilisation abusive et l'augmentation de la population mondiale réduisent sensiblement sa quantité et sa qualité sur Terre. L'eau devient alors un enjeu économique et écologique.

Le **liquide amniotique** constitue notre premier milieu de vie : durant nos neuf premiers mois de vie, nous nous développons in utero dans ce fluide. Il se compose principalement d'eau et d'électrolytes auxquels s'ajoutent le glucose, les lipides, des protéines et des cellules épithéliales fœtales desquamées. Le volume du liquide amniotique varie au cours de la grossesse selon les besoins du futur bébé.

C. POTEL ajoute « à l'origine, il y a l'eau. Cette eau, c'est le liquide amniotique, qui baigne et berce le fœtus » (39, p.40).

Cette auteure énonce trois actes de la naissance montrant bien la **dépendance** entre le Corps et l'eau (39, p.40) :

- la perte des eaux qui annonce la naissance ;
- le premier rinçage, le premier bain qui rappelle, au nouveau-né, le milieu intra-utérin. Cela l'apaise et lui procure un état de bien-être ;
- le premier réflexe de téter synonyme d'incorporation du lait maternel.

Tous les êtres humains ont donc un **vécu archaïque** avec l'eau : les sensations associées à l'état de flottaison dans le liquide amniotique laissent des traces mnésiques. Chaque personne aura un vécu particulier avec cet élément.

2. Ses caractéristiques

Une molécule d'eau est composée d'un atome d'Oxygène (O) relié à deux atomes d'hydrogène d'où sa formule **H₂O**. C'est un liquide incolore, inodore et sans saveur à l'état pur. L'eau est constituée des mêmes composants que la matière organique ce qui est en fait « *une substance « vivante » et réactive* » (32, p.63).

Par ses propriétés spécifiques, elle ébranle tout sujet qui la rencontre intimement.

L'eau présente des caractéristiques physiques et chimiques propres qu'il est intéressant d'aborder. Du fait de ses propriétés, l'eau est un médiateur de choix en psychomotricité.

« Tout corps plongé dans un liquide reçoit de la part de celui-ci une poussée verticale, dirigée du bas vers le haut, égale au poids du volume de liquide déplacé » (39, p.167) : c'est la **poussée d'Archimède**. Sur Terre, l'apesanteur n'est présente que dans le milieu liquidien. Le poids de la personne correspond à la pesanteur, force inverse, qui fait couler. Le rapport de ces deux forces permet de flotter et d'être porté par l'eau. Grâce à ce phénomène, les corps semblent plus légers dans l'eau. Il est alors possible de réaliser des portés qui ne sont pas réalisables sur la terre ferme, des situations de holding peuvent être expérimentées. Le travail musculaire à fournir est ainsi beaucoup plus faible ce qui permet, aux personnes en difficulté pour se verticaliser, de se redresser plus facilement que dans le milieu aérien. La poussée d'Archimède permet une atténuation des douleurs physiques souvent liées à la masse physique et à la pesanteur.

La **pression hydrostatique** exerce une stimulation constante sur toutes les parties immergées du corps, stimulant les sens extéroceptifs et proprioceptifs. Elle permet ainsi une meilleure perception du corps dans sa globalité. Les limites corporelles et l'unité du corps peuvent être éprouvées ce qui renforce la sensation dedans/dehors et donc, la conscience d'un corps contenant, imperméable et individué. Dans certaines pathologies comme le trouble du spectre autistique, les limites restent floues ce qui peut être source d'angoisses, la personne aura l'impression de se confondre avec l'eau. L'ensemble de ces sensations et l'effet enveloppant ont un impact sur la respiration et le tonus musculaire, ceci en lien avec un vécu archaïque antérieur.

« Un corps en mouvement dans un liquide subit une résistance qui s'oppose à son avancement. Elle dépend du coefficient de résistance du liquide, de la surface du corps, de l'angle d'attaque et de la vitesse de déplacement » (39, p.167).

Cette **résistance hydrodynamique** est supérieure à la résistance qu'offre l'air. L'eau demande alors plus d'efforts pour la réalisation des mouvements ce qui intensifie les informations extéroceptives et proprioceptives et augmente le ressenti des sensations corporelles. Ceci permet une meilleure appréciation du schéma corporel lors du mouvement. Marcher dans l'eau demande un recrutement tonique plus important pour faire face à cette résistance alors que reculer dans l'eau donne l'impression d'être porté et d'aller dans son sens. L'eau nous invite aussi à une rythmicité différente, davantage dans la lenteur.

Les **échanges thermiques** sont plus importants dans l'eau que dans l'air : « *un corps chaud fournit spontanément de la chaleur à un corps froid. Cet échange thermique tend à l'égalisation des températures des deux corps* » (39, p.168). Une différence de température est ressentie entre l'extérieur et l'intérieur de l'eau. Une eau chaude à 34°C est au niveau d'indifférence thermique : la chaleur de la surface du corps (entre 33 et 35°C) est en continuité avec celle de l'eau. Cet équilibre entraîne le plaisir de l'immersion, un apaisement et un effet sécurisant.

De plus, la température de l'eau a une influence sur l'activité motrice et sur le relâchement musculaire. La température est essentielle selon l'objectif de la prise en soin. En effet, l'eau chaude provoque une vasodilatation et un effet décontractant ce qui permet une diminution du tonus et donc, une détente musculaire.

La chaleur de l'eau a également un effet analgésique notamment sur les douleurs musculaires ou articulaires. Elle active la circulation sanguine, les échanges cellulaires sont alors facilités ce qui stimule la production d'endomorphines (hormone sécrétée par l'hypothalamus qui joue un rôle dans l'inhibition de la douleur). Enfin, la chaleur diminue l'efficacité de la transmission des messages nerveux jusqu'au cerveau. Ainsi, le seuil de douleur est augmenté. L'eau chaude soulage et réveille des mouvements auparavant inhibés par la douleur.

Maxime est un adolescent de 17 ans. Il est atteint d'une maladie génétique, le syndrome de l'X fragile. Du fait de sa pathologie, ses articulations sont hyperlaxes, il a eu de multiples luxations et est très douloureux au niveau des genoux et des épaules. Une fois dans l'eau chaude, il se laisse flotter en faisant la planche sur le dos. Ses douleurs si insupportables diminuent. Il passera toute la séance en flottaison sur le dos dans un état de détente et d'apaisement.

La **surface**, interface entre l'air et l'eau, permet de prendre appui pour être légèrement porté et de bien ressentir les différentes parties du corps (mains, dos). Elle est également un support qui permet la révélation des ondes, preuves observables de la portée d'un mouvement.

La **profondeur** est la « *distance qui sépare la surface d'un volume et le fond* » (39, p.168). Les changements de profondeur permettent de jouer avec les variations de poids du corps. L'eau, avec cette caractéristique, permet l'exploration dans un espace tridimensionnel. Ceci demande la mise en œuvre de nouveaux mécanismes comme la gestion de la respiration. La profondeur permet de découvrir le corps dans tous les plans de l'espace, d'expérimenter les espaces dedans/dehors, la surface/le fond, le dessous/le dessus, l'endroit/l'envers... L'immersion (partielle ou totale) peut être source de plaisir comme source d'angoisse car elle entraîne une perte d'ancrage et de repères spatiaux.

La **transparence** permet au sujet d'appréhender la profondeur et de continuer à voir son corps dans la matière. Néanmoins, elle ne restitue pas exactement ce qui est sous l'eau car sa surface est déformante et réfléchissante. Ainsi, les parties du corps immergées seront vues différemment ce qui peut entraîner un sentiment d'étrangeté, des angoisses et des peurs.

L'eau est une matière dynamique en constant remaniement. L'**adhérence** correspond à l'attraction mutuelle entre l'eau et la majorité des matières, ce qui permet de contrer la gravitation. Du fait de la polarité, il peut se former des liaisons dans tout le volume de l'eau. Cela donne à la surface de l'eau une cohésion capable de supporter des charges très lourdes : c'est la **tension superficielle**.

Par ses différentes propriétés, l'eau installe une relation subjective entre elle et le sujet. Le milieu aquatique est un espace qui porte, qui soutient et procure des sensations plus intenses que dans le milieu aérien. En même temps, ces caractéristiques peuvent nous désorienter : nous retrouvons bien ici la **double valence** liée à l'élément eau.

3. Sa double valence

Notre rapport à l'eau a évolué au fil des siècles alternant source de pureté et vecteur de maladies. L'eau qu'elle soit vertueuse et curatrice ou, au contraire, qu'elle soit dangereuse et agressive berce depuis toujours la vie des Hommes.

À l'**Antiquité**, l'eau porte déjà un caractère sacré et purificateur. En effet, HIPPOCRATE a déjà constaté que l'eau consommée a une influence sur la santé. La création des aqueducs permet de fournir une eau saine aux populations. Les thermes et les bains sont des endroits très prisés. Cette source vénérée est utilisée pour le traitement de certaines maladies : les Grecs soignent les troubles mentaux en immergeant les malades dans les « *asclepieia* » (piscines saintes).

Au **Moyen Âge**, les aqueducs sont abandonnés après les grandes invasions. Cela oblige les habitants des villes à boire l'eau des cours d'eau, canaux qui évacuent des déchets de toutes sortes. Les populations tombent malades. Durant cette période, l'eau est considérée comme vectrice de nombreuses maladies. Les notions d'hygiène évoluent : les gens prennent préférentiellement des toilettes sèches en se lavant avec de la poudre et se parfument. Les bains humides sont réservés aux personnes pauvres qui ne peuvent pas s'acheter de quoi se faire une toilette sèche.

À la **Renaissance**, c'est toujours le règne de la toilette sèche. L'idée que le corps devient propre lorsque le linge est changé s'affirme. Le bain chaud, supposé affaiblir l'organisme, connaît une expansion croissante dans l'optique d'un usage médical. À partir du XVIII^{ème} siècle, l'eau est réintroduite comme agent des soins corporels. Les douches froides deviennent un moyen d'assurer la santé, à la fois, physique par la tonification du corps et morale car une telle pratique signifie le refus de la mollesse. Les bains chauds sont réservés aux soins médicaux car ils activent la circulation sanguine. Puis, les travaux de L. PASTEUR sur les microbes apportent des justifications à la pratique régulière du bain et des ablutions : le lavage devient préventif.

Comme nous avons pu le voir dans son rapport à l'Homme, l'eau possède non pas une ambivalence mais une **double valence**, c'est-à-dire qu'elle possède des éléments positifs et des éléments négatifs qui, loin de s'opposer, se complètent.

L'eau a la particularité d'être **symbole de vitalité** avec l'exemple de la Fontaine de Jouvence qui a la vertu de rajeunir ceux qui y plongent, et **source de vie** : sans eau, nous ne pouvons pas vivre ; sans liquide amniotique, l'embryon ne peut pas grandir. En effet, l'eau est présente dès le début de notre vie. Il subsistera des impressions archaïques de ce passage dans le milieu intra-utérin. Selon B. THIS, l'eau servirait à « *faire renaître des angoisses pré-natales* » (44). L'eau est **évocatrice de la maternité**.

Être dans l'eau permettrait un retour dans un milieu rassurant, maternel, primitif, qui abrite les prémisses de notre construction psychocorporelle. De par les représentations archaïques qu'elle véhicule, elle pourrait amener à un **vécu régressif**.

De plus, les personnes présentes dans une même eau, dans un même bassin sont liées par une matière physique visible où transite la relation. Cela permet la réactivation du **fantasme de peau commune** tel que le décrit D. ANZIEU, celui d'une peau unique, partagée entre la Mère et l'enfant lors des premiers temps de vie.

Cependant, l'eau n'est pas qu'un espace régressif sur lequel on se laisse complètement porter, elle permet aussi de réaliser un **dépassement de soi**. Elle peut être le lieu de défis personnels comme apprendre à nager, aller toucher le fond ou surmonter sa peur de l'eau.

Toutefois, l'eau possède un aspect négatif : elle est aussi **symbole de mort**. Elle peut faire vivre des angoisses en renvoyant à l'inconnu des profondeurs mais aussi de l'être. En effet, ce milieu peut être vécu comme périlleux mettant la personne face à sa vulnérabilité. Dans l'eau, même le meilleur nageur peut se noyer, être envahi ou englouti par les flots. L'eau peut se révéler par moment incontrôlable, puissante et mortelle (tempête, raz de marée, déluge). Il ne faut pas oublier que c'est un élément naturel qui échappe à la maîtrise de l'Homme.

C'est pour cela que, en fonction de notre histoire de vie, de notre rencontre avec l'eau, cette dernière s'appréhende de différentes façons. L'eau renvoie à une multiplicité d'images (39, p.50) : vie/mort, énergie/régression, respiration/angoisse, liberté/peur... C'est ainsi primordial de considérer le vécu de chaque personne avant d'utiliser ce médiateur.

L'eau est une médiation très utilisée par les psychomotriciens. Le thérapeute doit avoir en tête que chacun des sujets, ainsi que lui-même, possède inconsciemment des représentations symboliques autour de cet élément.

Si la personne a peur de l'eau, le rôle du professionnel n'est pas de dépasser ou de résoudre les manifestations d'angoisse, ni d'éviter ou de colmater leurs apparitions. Cette attitude de réassurance est illusoire. La question est plutôt de reconnaître les manifestations d'angoisses, de les conscientiser et de permettre au sujet de les intégrer. Avec sa palette de médiations, le professionnel peut également proposer un médiateur plus adapté à la personne peu à l'aise avec l'eau.

4. Un vécu original

D'après P. FERNANDEZ, l'eau perturbe nos repères et elle « *détermine une profonde transformation de toutes les fonctions corporelles de base* » (19). Cet auteur qualifie ce corps de « *corps aquatique* » qui est bien différent du corps quotidien en milieu terrestre.

Le corps aquatique mobilise différents registres essentiels à la mise en place de l'activité motrice dans l'eau (19) :

- la composante organique et fonctionnelle qui permet de développer des façons de se mouvoir ;
- la composante psychique qui comprend les représentations et la charge affective et émotionnelle investie dans la situation ;

- la composante relationnelle car le corps se construit dans et par l'interaction avec l'autre.

L'eau fait vivre de nombreuses sensations au niveau du corps propre. Elle permet un certain retour à notre **état archaïque de base**.

L'eau nous confronte à notre enveloppe psychocorporelle dans sa capacité à nous porter, à nous envelopper et à nous délimiter. Pour P. FERNANDEZ, « *l'eau nécessite de lâcher les ancrages, les repères habituels pour aller à la découverte de l'inconnu et à la rencontre de soi-même* » (19). Le passage dans cet élément permet au sujet d'accéder à une connaissance différente de sa propre réalité psychocorporelle.

Cela peut faire penser à la transition vécue lors de la naissance. Le fœtus est baigné pendant neuf mois dans le liquide amniotique. Il a acquis un certain nombre de repères corporels dans cette enveloppe qui lui est familière. Lors de sa venue au monde, le nouveau-né doit faire face à un univers inconnu : le milieu aérien où il est confronté à des sensations inédites. Le jeune enfant se construit alors d'autres repères grâce à son développement neurologique, psychoaffectif et psychomoteur et grâce aux soins Maternels.

De ce fait, réinvestir ce liquide nécessite une adaptation et une écoute autres que sur le sol terrestre. P. FERNANDEZ développe trois « *transfigurations* » (19), trois changements qui amènent le sujet à un **vécu original** :

- **l'eau comme peau**. Elle est vécue comme une enveloppe corporelle car elle prend la forme du corps matérialisant ainsi une contenance. Cette fonction d'enveloppe psychocorporelle s'établit avec l'intégration d'oppositions sensorielles : sec/mouillé, dedans/dehors, chaud/froid, densité/fluidité... Cet élément provoque une perturbation de la perception du corps qui devient à dominance cénesthésique liée à la sensibilité interne. Cette seconde peau conduit à un rapport d'immédiateté et de continuité avec l'eau. Cette sensation intense, qui concerne tout le corps, peut être extrêmement inquiétante voire déstabilisante chez certains sujets dans la mesure où elle entre en résonance avec le mode de relation primaire où l'enfant « *faisait corps* » avec sa Mère ;
- **l'eau comme source d'équilibre**. La portance de l'eau met en conflit les repères d'équilibration habituels et relance le contrôle des mouvements. Le milieu aquatique invite à la flottaison et à l'horizontalité alors que, sur Terre, le corps se construit à la verticale de par la pesanteur. Cela remet en question tout le processus d'autonomisation corporelle, que ce soit chez le jeune enfant, la personne en situation de handicap, l'adulte ou la personne âgée.

La maîtrise de la verticalité aquatique permet d'affiner les repères internes qui aident à l'équilibration. De ce fait, les informations proprioceptives prédominent pour nourrir cette sécurité interne et pour maintenir une unité psychocorporelle ;

- **l'eau, objet dynamique de mouvement.** Les mouvements sont facilités dans les trois plans de l'espace par l'effet de l'apesanteur. Le corps allégé peut expérimenter de nouvelles sensations, positions et mouvements. Ce milieu offre de multiples possibilités qui ne peuvent être vécues sur Terre ou alors vécues comme inconfortables. La fluidité des mouvements amène une harmonie psychocorporelle gratifiante pour le sujet. Se crée alors une danse : l'eau suit les mouvements du corps. Elle est comme un miroir car lorsque le sujet bouge, l'eau bouge en même temps. Cette dynamique forme des micro-massages sur la peau qui amènent des sensations contenantantes sur les zones douloureuses. A contrario, les ondes peuvent aussi réveiller ou amplifier des douleurs. Cette dynamique de mouvement permet un soutien de l'enveloppe psychocorporelle.

L'eau est un élément qui met le sujet face à lui-même et qui lui demande sans cesse de se **réadapter**. Même si l'eau est notre premier milieu de vie, il ne faut pas négliger la longue adaptation que le nourrisson fournit pour s'habituer au milieu aérien. Ainsi, les mêmes difficultés peuvent se retrouver face à l'adaptation au milieu aquatique.

La **médiation eau** ne s'inscrit pas comme une pratique déterminée mais plutôt comme une « démarche qui prend en compte la personne dans sa complexité » (19) que ce soit le thérapeute ou la personne accompagnée dans l'eau.

II. La médiation eau

En psychomotricité, le choix de la médiation fait partie de la prise en soin. Le thérapeute peut utiliser divers médiateurs comme la voix, la musique, le théâtre, un sport... Le médiateur est important de par ses propriétés. L'eau peut avoir un **effet thérapeutique** selon le thérapeute et la personne accompagnée. Elle permet également d'instaurer une relation de confiance qui rend cette médiation d'autant plus thérapeutique.

1. Objet médiateur

Le terme de « médiation » est issu du latin « *mediare* » qui signifie être au milieu, s'interposer. La médiation concerne la santé et d'autres domaines comme la justice, la pédagogie, les sciences humaines...

Son usage n'est donc pas réservé à une catégorie de professions. L'utilisation de la **médiation**, quelle que soit la population concernée, fait partie intégrante du secteur du **soin**. Elle peut être employée par n'importe quel professionnel de santé en accord avec ses compétences et son décret d'actes. Par exemple, l'eau est une médiation largement utilisée par les kinésithérapeutes.

La médiation a pour but de servir d'**intermédiaire** entre au moins deux personnes. « *Quelle soit corporelle ou autre, la médiation propose un espace « entre », un objet commun à partager et/ou à créer, cet objet étant en quelque sorte témoin de la relation existant entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe* » (32, p.20). Il y a une rencontre entre un **médié** (personne accueillie) et un **médiateur** (l'outil eau).

Par sa position de médiateur entre le thérapeute et le sujet, la médiation permet qu'advienne ce qui ne peut pas se jouer dans la relation non médiatisée car trop directe et frontale. En servant de **base commune et partagée**, l'objet médiateur facilite la rencontre entre la personne et le thérapeute, il sert d'appui à la relation et à l'alliance thérapeutique. Elle constitue un objet d'attention conjointe. Cette notion rappelle le Squiggle de D.W. WINNICOTT où la rencontre se fait grâce au dessin co-construit qui n'appartient ni au psychomotricien ni au sujet accompagné mais bel et bien aux deux personnes.

La médiation amène une **tiérisation** dans la relation. Ceci fait référence au concept d'aire transitionnelle, d'aire potentielle théorisé par D.W. WINNICOTT (16). Elle offre un espace tiers qui permet à la fois de réunir et de différencier le thérapeute et le sujet. C'est un espace qui va permettre de médiatiser la relation et l'inscrire dans un espace donné. L'eau peut être considérée comme un tiers qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre.

La médiation facilite la proximité entre le thérapeute et le sujet car elle se présente comme un objet commun d'échange. Paradoxalement, elle permet de créer une distance entre les deux protagonistes pour que chacun trouve sa propre place et se différencie de l'autre. Elle s'inscrit alors dans une mouvance dynamique de rapprochement et d'éloignement qui sont en complémentarité pour le bon déroulé du soin.

La médiation est nécessaire lorsque le travail thérapeutique ne peut se baser sur la parole, lorsque que celle-ci est difficile ou impossible d'emblée. Grâce à l'implication psychocorporelle, elle permet la mise en jeu de modalités autres que le langage comme la créativité, l'imaginaire, l'expression, la communication non verbale, l'émergence d'émotions...

Selon C. POTE (39, p.24), les objectifs de la médiation sont de :

- proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ;
- favoriser le jeu du corps porteur d'une expression dans un étayage relationnel contenant et soutenant ;
- aider à la transformation des éprouvés en représentations.

En effet, l'investissement psychocorporel permet de réactiver et de nourrir la **boucle sensorimotrice** en apportant une harmonie entre sensation, perception et représentation.

La médiation, avec ses différentes propositions, encourage le passage de la sensorimotricité vers la symbolisation afin de permettre une verbalisation du vécu.

Généralement, un suivi en psychomotricité se déroule par l'intermédiaire de médiateurs (relaxation, peinture, eau...) favorisant le développement sur un plan sensoriel, moteur, cognitif, affectif et symbolique. L'utilisation d'une médiation en psychomotricité n'a pas pour but un apprentissage ou une performance. L'objectif est de **proposer des expériences psychocorporelles** afin de mettre en mouvement le sujet et ses problématiques.

Chaque médiation est **unique** de par ses propriétés et sa demande d'implication psychocorporelle. Son utilisation sera **singulière**, propre aux sujets qui l'expérimentent. La sélection de la médiation nécessite une véritable réflexion de la part du soignant : le choix doit être réfléchi et pertinent vis-à-vis de la population visée, de ses caractéristiques, de ses pathologies, de ses problématiques et du contexte institutionnel. L'investissement du thérapeute va grandement influencer l'investissement du sujet. Celui-ci va également influencer sur le choix de la médiation. La prise en compte des appétences du sujet est primordiale : la médiation va être proposée et non imposée afin de créer une alliance thérapeutique.

La médiation en elle-même n'est pas thérapeutique. C'est la façon dont le professionnel l'amène ainsi que la relation thérapeutique qu'elle permet qui l'inscrit dans un processus de soin. De ce fait, l'effet thérapeutique de cet outil dépend du soignant et de l'adhésion du sujet dans l'accompagnement.

2. Objet malléable

R. ROUSSILLON reprend les propos de M. MILNER qui « *décrit une classe d'objets inanimés, les objets « médium-malléables »* » (42). R. ROUSSILLON décrit le **médium malléable** comme un « *objet transitionnel du processus de représentation* » (39, p.56). On retrouve comme objets médiums malléables la terre, l'argile, l'eau...

Ces objets particuliers sont des outils pour symboliser, c'est-à-dire qu'ils vont servir au sujet pour se représenter la symbolisation et développer des représentations. La pâte à modeler est l'exemple le plus parlant car l'enfant peut produire des **représentations-choses**, représentations à la fois symboliques et matérielles. C'est « *une substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont transférées au sens* » (39, p.57). Le médium sert de support d'extériorisation de la réalité interne et à mettre en forme ce qui ne peut pas se jouer directement avec le thérapeute. Pour accéder à la représentation, qui permet d'intégrer la réalité extérieure en prenant compte la réalité intérieure, il faut avoir vécu des expériences de destruction non catastrophiques lors du développement, notamment en s'appuyant sur le médium malléable.

Plusieurs propriétés sont inhérentes au médium malléable, elles sont issues des soins Maternels. La Mère doit se montrer suffisamment malléable pour que ces qualités soient expérimentées par le jeune enfant. Lorsque l'enfant grandit, la Mère pose des limites et devient moins malléable. L'enfant transfère alors ses expérimentations sur des objets.

R. ROUSSILLON présente cinq caractéristiques interdépendantes du médium malléable (42) :

- **l'indestructibilité** : le sujet peut exprimer son agressivité, le médium ne s'altère pas, il peut retrouver sa position de départ. Il n'est pas troublé par ce qu'il se passe même s'il peut être affecté. Il ne s'en souviendra pas et n'exercera pas de représailles : l'objet sera là la fois prochaine ;
- **l'indéfinie transformation** : l'objet permet toute modification, de la plus infime à la plus destructrice. Même en se transformant à volonté, le médium reste toujours identique à lui-même ;
- **l'extrême sensibilité** : le médium peut être affecté par l'action du sujet. Il se prête ainsi à l'exploration pour jouer d'impressions sensorielles variées ;
- **la disponibilité inconditionnelle** : l'objet est toujours présent, toujours là au fil des séances. Il se prête à toutes les manipulations même s'il peut être affecté ;
- **la qualité vivante** : le médium malléable a une animation propre, il peut être considéré, à un moment donné, comme une substance vivante.

L'eau peut être considérée comme un médium malléable car elle répond à l'ensemble des caractéristiques décrites par R. ROUSSILLON (39, p.58) :

- **l'indestructibilité** : il est possible de la frapper, de la battre avec toute la violence possible, elle ne s'altère pas. L'eau survit toujours et se reforme ;
- **l'indéfinie transformation** : l'eau se prête aisément aux différentes possibilités de manipulations, de transvasements, d'expériences.
Elle a la possibilité de changer de forme à l'infini suivant un contenant (qui la contient ou qui organise son flux) ou suivant la température ambiante (changement d'état). Tuyau, passoire, petit ou grand récipient, jet doux ou fort, l'eau s'adapte et se modifie ;
- **l'extrême sensibilité** : elle réagit au moindre de nos gestes, l'eau prolonge les mouvements du corps par l'écho et crée une trace. Lorsque que le contact semble difficile, l'eau peut servir d'intermédiaire pour entrer en relation de par un mouvement allant d'un sujet vers l'autre ;
- **la disponibilité inconditionnelle** : lors d'une pataugeoire par exemple, l'enfant ouvre le robinet, l'eau arrive. S'il la lance au loin, elle revient et se prête encore à ses expérimentations. À la fin de l'accompagnement, elle disparaît par le trou d'évacuation et pourtant, elle sera de nouveau là pour chaque prochaine séance ;
- **la qualité vivante** : nous pouvons parler d'elle comme d'un être humain car elle touche, porte, enveloppe, aspire, envahit... L'eau est animée par les mouvements du sujet, caractère vivant lié aux pulsions de vie ou de mort qu'elle suscite en lui.

De plus, cet élément a la particularité d'être visible, palpable et de varier en température.

C. POTEL le qualifie de « *médium malléable partiel* » (39, p.58) car, seule, l'eau ne peut pas conserver sa forme, elle a besoin d'un contenant extérieur.

3. Le choix de la médiation eau

L'eau est une des médiations thérapeutiques les plus utilisées, elle n'est pas uniquement réservée à une profession de soin. L'eau ne laisse personne indifférent : dès qu'un sujet la rencontre, il explore, il expérimente, il joue. Son utilisation s'inscrit dans un projet et un cadre thérapeutique où vont se dégager des « *axes d'investissement* » (39, p.25) :

- espace transitionnel avantageant la relation ;
- aire de jeu soutenant des explorations psychomotrices structurantes ;
- lieu de rencontre dans un autre milieu plus proche et plus intime ;

- travail rééducatif permettant un recrutement fonctionnel du corps.

Le regard sur cette médiation varie en fonction de la formation spécifique du soignant. Le **projet** et le **cadre thérapeutiques** se définissent en fonction de différents aspects :

- la population de personnes accueillie ;
- le choix de la pratique (pataugeoire, piscine, balnéothérapie...) et donc, de l'espace d'eau ;
- la demande et l'attente du sujet ainsi que celle du corps institutionnel.

Quelque soit la visée du projet (éducative, rééducative, thérapeutique, préventive...), le soignant est toujours confronté à son vécu personnel dans l'eau. Sa capacité à accueillir l'angoisse, le plaisir ou le déplaisir, son engagement et sa disponibilité pour accompagner vont dépendre de sa propre conscience et reconnaissance de ce qui s'engage entre l'eau et lui-même.

Chacun de nous a une histoire particulière avec l'eau, ce rapport peut être difficile à percevoir, à décrire et à affirmer. De ce fait, s'interroger sur le lien entre le sujet et l'élément eau permet d'avoir une autre lecture de la psychocorporalité et des difficultés du sujet. Cela amène aussi à élargir notre champ de pensée car la complexité de l'eau apporte des questionnements qui nécessitent un approfondissement des connaissances théoriques.

Il s'agit d'utiliser l'eau dans ses qualités sensorielles et enveloppantes pour le sujet. La **température** est à prendre en compte : sa variation entraîne des effets non négligeables sur la tonicité (7). Ainsi, les activités de relaxation se font dans des eaux chaudes (plus de 32°C) et les activités plus dynamiques dans des eaux fraîches (entre 28 et 30°C). Pour les personnes en situation de handicaps sévères, avec mobilité réduite, pour les bébés et jeunes enfants ainsi que pour les personnes âgées, le travail en eau chaude est recommandé.

III. Les diverses pratiques

L'accompagnement de personnes par la médiation eau est assez varié. Il est possible d'utiliser cette approche par la piscine, la balnéothérapie, le bain thérapeutique, l'hydrothérapie ou encore la pataugeoire.

Il est obligatoire d'avoir une **prescription médicale** avant de débiter tout suivi, la psychomotricité étant une profession paramédicale.

Suite à l'accord du médecin, les **indications** dépendront de l'histoire du sujet, de ses besoins, de sa demande, de ses troubles ainsi que des possibilités institutionnelles. Le médiateur eau le plus approprié est choisi en fonction du projet thérapeutique.

Néanmoins, il est important d'écartier toute **contre-indication** afin de mettre hors de danger le sujet concerné. Nous retrouvons les infections, les cardiopathies, l'épilepsie, les affections cutanées, les plaies non cicatrisées, l'incontinence et l'encoprésie (risque de propagation microbienne). De plus, il est conseillé que la personne soit à jour dans ses vaccins. Les séances dans l'eau peuvent être suspendues sur une courte période si la personne est malade.

Je souhaite aborder les pratiques que je rencontre sur mes deux lieux de stage : la pataugeoire, le bain thérapeutique et le matelas à eau. J'ai l'occasion d'assister à des prises en soin utilisant ces médiateurs.

1. Pataugeoire

P. LAFFORGUE est à l'origine de la pataugeoire. Sa réflexion s'est forgée sur l'observation d'enfants souffrant de psychose jouant dans une grande flaque d'eau. F. TUSTIN, qui a aussi participé à l'élaboration de cet espace régressif, décrit la pataugeoire comme une « *couveuse pour la pensée* ». En effet, elle participe à la structuration de la pensée chez l'enfant et à l'accès aux représentations internes.

Au commencement, la pataugeoire était employée pour les enfants autistes et psychotiques. Aujourd'hui, cette technique s'est déployée auprès d'enfants polyhandicapés, déficients moteurs... De ce fait, « *il leur a fallu réaménager le dispositif et la technique en fonction des besoins propres de ces patients* » (25, p.26).

A-M. LATOUR décrit la **pataugeoire** comme « *un lieu clos, où l'enfant est reçu par des soignants [...] pour jouer dans la flaque avec l'eau de la manière qui lui est propre, dans les règles précitées, par la manipulation du jet et des objets et par la mobilisation de son corps. L'adulte est là pour permettre la symbolisation* » (25, p.46). A. BRUN dégage trois axes de travail principaux de la pataugeoire :

- réactualiser le rapport à l'eau qui rappelle le milieu in utero et le vécu du jeune enfant qui reçoit les soins Maternels ;
- permettre une différenciation progressive d'un dehors et d'un dedans, d'un contenant et d'un contenu, des limites et de ce fait, permettre la construction d'une identité psychocorporelle ;
- travailler les angoisses archaïques pour préparer à des thérapies plus classiques.

Cette médiation permet donc de soutenir le développement psychomoteur de l'enfant en participant à l'avènement d'une image du corps, d'une enveloppe, d'une individuation et d'une unité.

« La pataugeoire est un des dispositifs les plus adaptés pour partir tranquillement à la découverte du corps et pour sa « construction ». Il apparaît dans cet espace que tout peut concourir à expérimenter et à raconter le corps » (25, p.16). La pataugeoire constitue donc un espace riche en expériences que l'enfant explore par son corps accompagné verbalement et corporellement par les deux soignants. L'enfant exprime son histoire, ses angoisses, ses émotions par son corps. Ces manifestations sont recueillies par les professionnels présents pour être métabolisées et renvoyées en éléments assimilables (9). Cette fonction de transformation des éprouvés trop brutes « a la valeur de la « rêverie maternelle » dont parle BION. Son effet est de détoxiquer le corps souffrant de ce qui est violent, destructeur et impensable » selon P. LAFFORGUE (25, p.18).

Dans cette présentation, je me base sur le dispositif pataugeoire auquel j'ai assisté lors de mon stage au SESSAD, je vais approfondir cela dans la présentation du cas clinique de Rémi. Je vais m'appuyer sur les notions de cadres physique et psychique de C. POTEL. Le **cadre physique** englobe les outils concrets du psychomotricien. Il se décline en plusieurs conditions :

- les conditions de **temps** : les séances sont hebdomadaires et d'une durée de 1h 30. La séance peut être découpée en cinq temps avec, en premier temps, la préparation de la pataugeoire. Puis, c'est le temps d'accueil de l'enfant et de son déshabillage. Vient ensuite le temps de la pataugeoire à proprement dit (environ 45 minutes). Arrive la fin de la séance, c'est l'heure du rhabillage. Enfin, un travail de réflexion est mené : nous reprenons les notes du cahier en cherchant à y mettre du sens, à faire du lien, des hypothèses (environ 30 minutes) ;
- les conditions d'**espace** : ce suivi s'effectue au sein d'une pièce spécifiquement attribuée à la pataugeoire. C'est une petite pièce fermée entièrement carrelée avec un espace sec où s'effectuent le déshabillage et le rhabillage et un espace humide dans lequel l'enfant évolue. La démarcation entre ces espaces est symbolisée par un rideau ;
- les conditions d'**encadrement** : c'est un suivi individuel qui nécessite deux professionnels, ici la psychomotricienne et moi-même. La psychomotricienne est dans l'espace sec et a le rôle de l'observatrice. Je suis donc la personne qui joue avec l'enfant dans la pataugeoire ;
- les conditions de **matériel** : on retrouve le matériel spécifique de la pataugeoire (poupon, seau, arrosoir...) dans une baignoire. Il y a également une baignoire qui amène à davantage de contenance, elle peut être déposée dans la flaque. Sur un des murs, il y a un miroir qui peut être caché par un rideau.

Un des éléments essentiels est le cahier de l'enfant, cahier nominatif où l'observatrice note tout ce qu'il se passe durant la séance. Il est très important car il contient l'histoire des séances de pataugeoire, elle peut être racontée dans l'après-coup.

Le **cadre psychique** regroupe la mise en pensée des actions du psychomotricien s'appuyant sur des références théoriques ainsi que sur ses compétences propres. Le psychomotricien est dans une disponibilité psychocorporelle, il s'engage consciemment dans la rencontre. Le psychomotricien accueille également le sujet « *là où il est, comme il est* » (18). Il assure la fonction de pare-excitation en posant des règles, des limites et des interdits : par exemple « *ne pas mouiller les autres* », « *on ferme la porte* », « *on ne sort que lorsque la séance est terminée* ».

2. Bain thérapeutique

Le terme de **bain** est issu du latin « *balneum* » désignant l'action de plonger le corps ou une partie du corps dans l'eau. Le bain est une pratique ancienne qui s'est développée dès l'Antiquité. Mon écrit va se fonder sur les équipements que j'ai pu utiliser lors de mon stage en EHPAD, une salle de spa équipée d'un jacuzzi (annexe 3) et une salle de balnéothérapie munie d'une baignoire (annexe 4), j'approfondirai cela dans le cas clinique de Mme L..

Un bain thérapeutique peut se faire dans une baignoire ou dans un jacuzzi. Les séances en bain thérapeutique se font en individuel avec une fréquence hebdomadaire. Cette prise en soin nécessite la présence d'un seul professionnel.

Une régularité du suivi permet d'offrir des repères spatio-temporels stables aux résidents, notamment pour ceux présentant une désorientation spatio-temporelle, et donne sa potentialité thérapeutique à la médiation.

Par rapport à une piscine, le bain thérapeutique est à taille humaine. Il offre un espace plus réduit et donc, plus contenant. Les mouvements sont davantage limités. La position du résident est couchée voire demi-assise. Le bain se déroule dans un espace fermé et réservé à cet effet. La pièce est décorée de manière à apporter une contenance et une ambiance sereine, douce et apaisante. La baignoire et le jacuzzi se distinguent sur certains aspects comme la grandeur du bassin, la présence ou non de remous et la position du résident dans l'eau.

La température de l'eau doit être d'environ 35°C car le bain est destiné aux personnes âgées. Cette chaleur apporte des vertus antalgiques, décontractantes et reposantes. Le bain permet de diminuer la douleur et de réduire l'anxiété. Le bain thérapeutique est un espace hypo-stimulant privilégié. Il permet d'avoir un environnement sécurisé de par sa stimulation sensorielle douce.

Ce type de médiation est centré sur la détente, l'exploration, la découverte de sensations, l'enveloppement et le plaisir sensorimoteur. L'**hypostimulation** et la **relation duelle** thérapeute/résident peuvent faciliter l'échange.

L'objectif des séances est de procurer un bien-être psychocorporel, un relâchement tonico-émotionnel, un soulagement la douleur afin d'apporter un vécu de « *corps-plaisir* » et non de « *corps-douleur* » ou de « *corps-fardeau* » (3). La contenance que procure l'eau ainsi que le cadre peut permettre au résident de se recentrer sur lui-même. Ceci est permis grâce à la portance, à l'immersion, à la résistance et à la température de l'eau. Le thérapeute est hors de l'eau et reste habillé. Néanmoins, il reste engagé corporellement notamment lors de propositions de toucher thérapeutique.

Le psychomotricien accompagne le sujet sur le chemin de la prise de conscience de ses sensations corporelles, de sa capacité à lâcher prise et à être présent à lui-même. De ce fait, le psychomotricien mobilise le résident au niveau sensoriel, affectif et relationnel.

L'accompagnement se déroule en plusieurs phases qui varient selon la personne accompagnée et la place de la séance dans la journée :

- la préparation de la salle de bain (remplissage, installation du matériel) ;
- la rencontre avec le résident sur son lieu de vie ;
- l'accompagnement dans l'espace bain ;
- le temps du déshabillage et de la mise dans l'eau (aides techniques) ;
- le temps de bain ;
- la sortie de l'eau, le temps de séchage et de rhabillage ;
- le retour sur le lieu de vie ;
- le rangement de la salle.

Tout au long de la séance, des contacts corporels s'établissent entre le résident et le professionnel. Ainsi, la relation ne s'établit pas seulement à partir de l'échange verbal. La communication non verbale apparaît aussi comme le support de l'interaction en passant notamment par le tact, sens le plus préservé chez le sujet vieillissant.

3. Matelas à eau

Dans l'EHPAD où je suis en stage, le **matelas à eau** (ou lit d'eau) se trouve dans la salle multi-sensorielle (annexe 5). Cette salle s'inscrit dans une **approche multi-sensorielle** qui consiste « *en la proposition d'expériences sensorielles variées, vécues dans une atmosphère de confiance et de détente, favorisant la stimulation des sens primaires* » (7, p.311).

Selon L. BERBIGIER ESCHAUZIER, « *une séance consiste à s'immerger à deux, soignant et patient, dans un « bain » de stimulations sensorielles simultanées, dans une ambiance de détente de plaisir, en toute sécurité, dans un endroit prévu à cet effet* ». Les différents sens sont stimulés par le biais de divers outils tels que les colonnes à bulles, les jeux de lumières, les fibres optiques, des huiles essentielles, de la musique...

Cet appareil est un matelas rempli d'eau qui peut être chauffée (température réglable grâce à un thermostat). Grâce au système vibroacoustique, il est possible de ressentir une expérience auditive et vibratoire dans tout le corps au rythme de la musique.

Le lit d'eau se place dans une démarche multi-sensorielle car il apporte une sensation de relaxation et de mieux-être. Le matelas s'adapte et épouse la forme du corps amenant un sentiment d'enveloppement et de contenance. Ce maintien complet permet une distribution uniforme du poids du corps bénéfique pour les sujets douloureux et/ou grabataires. En effet, il y a une diminution du tonus musculaire car il y a moins de tensions dans certaines zones du corps. La chaleur diffusée aide à l'amélioration de la circulation sanguine, de l'apport d'oxygène dans les muscles et de ce fait, au relâchement musculaire.

Le matelas à eau procure un **effet de flottaison** semblable à celui de l'eau, phénomène intéressant pour l'installation confortable du résident. Les mouvements de vagues imprimés par l'accompagnant sur la surface ou les balancements du sujet conduisent à des bercements rappelant les soins Maternels. De plus, le contact de ce lit est plus mou et plus chaud que l'émail d'une baignoire ou le plastique d'une bassine. Cependant, le **support instable** du matelas à eau peut être vécu comme très insécure et déstabilisant par certains résidents car la surface bouge au rythme de leurs mouvements. Le soignant est là pour soutenir, accompagner l'appropriation de cet outil.

Aller sur le matelas chaud, mou et doux évoque une fusion réparatrice, une tentative de retourner dans le liquide amniotique rappelant la toute première contenance vécue. Le professionnel peut proposer des enveloppements avec des tissus pour entourer tout le corps. Le matelas à eau permet d'explorer dans un cadre agréable et stimulant. Il est également possible de ressentir une expérience auditive de par le bruit de l'eau. Ses mouvements provoquent des sons semblables au bruit des vagues, sonorités faisant émerger des images ou des souvenirs.

Le lit à eau permet une stimulation du **canal vestibulaire**. Le système vestibulaire est à l'origine des sensations proprioceptives labyrinthiques liées aux déplacements du corps, aux accélérations ou décélérations.

Il assure l'équilibre postural ainsi que la coordination et le mouvement des yeux et de la tête. Toute anomalie du système vestibulaire va perturber le fonctionnement habituel d'une personne : le cerveau va se mettre en état d'alerte, tous les mouvements vont devenir conscients ce qui demande beaucoup d'énergie.

Les bercements de l'eau, quelque soit le médiateur, apportent une **stimulation vestibulaire** au cerveau l'aidant à mieux organiser et traiter les informations sensorielles. Cette stimulation nous ramène à des expériences motrices familières (rotations, balancements). Elle ouvre la voie à une conscience corporelle profonde à travers la perception d'un volume corporel, de limites corporelles, d'une enveloppe psychocorporelle.

Mme R. bouge très peu dans son fauteuil roulant moulé. Elle est apathique depuis son dernier AVC. Lors de la séance en salle multi-sensorielle, nous l'installons sur le matelas à eau avec le lève-personne. Mme R. est rapidement attirée par les stimulations visuelles. La psychomotricienne s'assoit à côté d'elle et fait des mouvements de vagues sur le lit d'eau. Mme R. est « bercée », ses traits de visage se détendent, sa respiration est plus ample. Elle peut même faire des mouvements volontaires pour attraper les fibres optiques ou pour attraper nos mains.

Le matelas à eau peut être proposé quand une immersion dans l'eau n'est pas possible du fait d'une peur ou d'une contre-indication médicale (escarre, infection, plaies...). Il est à noter que c'est une solution économique en eau et hygiénique (changement facile de la protection). Néanmoins, l'achat d'un matelas à eau reste un investissement et nécessite d'être doté d'une salle multi-sensorielle.

Ces médiations, bien qu'elles soient différentes, apportent au sujet un **mieux-être**. La médiation eau peut avoir un effet thérapeutique si la personne accompagnée et le psychomotricien sont sensibles à cet élément et si une relation de bonne qualité s'est installée entre ces deux parties.

En psychomotricité, la médiation eau est utilisée lors de prises en soin psychomotrices. C'est ce que j'ai découvert sur mes deux lieux de stage que sont le SESSAD et l'EHPAD. Le psychomotricien peut notamment employer la médiation eau en vue d'un **soutien de l'enveloppe psychocorporelle** du sujet.

PARTIE 3 : LE PSYCHOMOTRICIEN AVEC LA MÉDIATION EAU, UN SOUTIEN DE L'ENVELOPPE PSYCHOCORPORELLE

La **psychomotricité**, de par son approche spécifique, permet de soutenir l'enveloppe psychocorporelle. La fonction contenante du thérapeute avec son approche globale s'intéresse à l'entièreté psychocorporelle du sujet. Le psychomotricien transforme ce qui est difficilement supportable en éléments assimilables ce qui permet l'émergence d'une enveloppe psychocorporelle contenante. Il met en mouvement physiquement et psychiquement le sujet par des médiations psychocorporelles. Ici, j'aborde précisément en quoi la médiation eau est pertinente dans une prise en soin psychomotrice ayant pour objectif de soutenir l'enveloppe psychocorporelle.

I. La psychomotricité dans deux lieux de stage différents

Lors de cette troisième année d'études, je suis en stage dans deux structures assez différentes concernant leur fonctionnement et la population accueillie. Je suis accompagnée par des psychomotriciennes sur chacun des établissements.

1. Le SESSAD

Un Service d'Éducation et de Soins Spécialisés À Domicile accompagne dans leur milieu scolaire ou à domicile des enfants et des adolescents polyhandicapés, porteurs d'une déficience intellectuelle, d'une déficience motrice ou ayant des troubles du comportement. Chaque SESSAD se spécialise vers une population. Ce type de service s'inscrit dans le secteur du médico-social, c'est la structure privilégiée pour favoriser l'inclusion scolaire en milieu ordinaire.

Un SESSAD est souvent rattaché à un établissement tel qu'un IME ou un Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP) car cela leur permet d'avoir une plate-forme de professionnels mobiles.

Le SESSAD m'accueillant en stage est un **SESSAD déficients moteurs**. Le service est spécialisé pour les jeunes présentant des déficiences motrices et plus largement pour ceux qui ont des séquelles de traumatismes crâniens, des myopathies, des cancers, des maladies génétiques ou métaboliques...

La structure accompagne 40 enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans.

L'admission se fait avec l'accord de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Le SESSAD propose la mise en œuvre d'un programme de soins de rééducation.

Ce service a pour objectif d'intervenir en milieu ordinaire dans tous les espaces de vie de l'enfant ou de l'adolescent avec pour ambition de promouvoir son inclusion et le développement de son autonomie.

De ce fait, les interventions ont lieu dans les différents lieux de vie (domicile, crèche, école, collège...) et/ou dans les locaux du SESSAD. De plus, le SESSAD peut participer à la préparation à l'entrée dans un établissement spécialisé quand les difficultés sont trop importantes et qu'il y a nécessité de soins continus ou, à l'inverse, faciliter le passage d'un établissement vers un milieu ordinaire lorsque l'atténuation des symptômes le permet.

Le SESSAD accompagne l'enfant le plus précocement possible. Ces interventions comportent le conseil et l'accompagnement de la famille. Il s'agit de proposer un accompagnement éducatif et/ou thérapeutique et/ou pédagogique en lien avec le projet établi.

À l'issue d'un premier rendez-vous d'accueil et de rencontre, une période d'observation est mise en place durant laquelle les différents professionnels de l'équipe rencontrent le sujet et sa famille. Ils établissent ensemble différents axes de travail possibles selon les besoins relevés et les demandes émergentes.

Par la suite, un **projet de soins** est défini par le médecin du service. Un coordinateur éducateur spécialisé définit un **Projet Personnalisé (PP)** pour chaque enfant. Il a pour missions d'accompagner la famille et d'assurer la mise en place et la coordination du PP avec le projet de soins. Le coordinateur et le médecin travaillent en binôme. Tout au long de son parcours, l'enfant et son entourage bénéficient du soutien de l'équipe pluridisciplinaire.

Celle-ci est composée d'un médecin, d'une psychomotricienne, d'ergothérapeutes, d'une orthophoniste, de kinésithérapeutes, d'éducateurs spécialisés, d'aide-soignants, de psychologues, d'une assistante de service social et d'une enseignante spécialisée.

Une psychomotricienne est présente sur la structure à temps plein. S'il y a une demande du médecin coordinateur, elle réalise un bilan psychomoteur dans les locaux du service afin d'évaluer les compétences psychomotrices de l'enfant ou de l'adolescent. La psychomotricienne proposera peut-être une indication de suivi en psychomotricité en lien avec le projet de soin et le PP du jeune.

Les séances se déroulent une fois par semaine, le plus souvent sur le lieu scolaire, plus rarement à domicile ou dans les locaux du service. Des prises en soin ont lieu à la piscine ou en patageoire. Le suivi peut se réaliser de manière individuelle ou groupale au travers d'ateliers thérapeutiques. Le rôle de la psychomotricienne est de soutenir le jeune dans son développement psychomoteur au moyen d'activités adaptées à ses capacités, de l'accompagner vers une réappropriation de son corps, de l'amener vers un mieux-être psychocorporel et de rééduquer les troubles psychomoteurs.

Un suivi est indiqué pour les troubles de la régulation tonique et de la coordination des mouvements, les troubles praxiques, les troubles sensoriels, les troubles du schéma corporel et de l'image du corps, les troubles de l'orientation spatio-temporelle et également l'accompagnement pré et post-opératoire.

Je suis présente dans cet établissement tous les mercredis après-midi et vendredis depuis octobre 2019. Dans un premier temps, je suis dans une position d'observatrice actrice lors des séances. Puis, au mois de janvier, nous co-animons les séances ensemble en formant un duo. Je peux mener des séances seule avec deux enfants, avec toujours la présence de la psychomotricienne qui doit rester dans la pièce pour des questions de législation. Nous avons également un suivi en pataugeoire le vendredi après-midi. Il était prévu que je continue à mener ces séances mais mon stage s'est arrêté brutalement courant mars 2020 du fait de la crise sanitaire. La psychomotricienne continue ses suivis en télétravail depuis chez elle.

2. L'EHPAD

Un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes est une structure médico-sociale accueillant des personnes âgées, quels que soient le niveau de perte d'autonomie et l'avancée de la pathologie.

L'EHPAD au sein duquel j'ai effectué mon stage dispose de 87 chambres, disponibles en séjour permanent ou en court séjour (de quelques jours à 6 mois). Cette structure reste avant tout un lieu de vie. L'objectif est de garantir à la fois une qualité de vie et une qualité de soin. De ce fait, le principal projet est d'apporter une prise en soin de qualité, la plus adaptée et individualisée possible à chaque résident.

Cet établissement présente des unités de vie spécifiques :

- il y a un **Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)** pouvant accueillir 14 résidents. C'est un environnement rassurant et stimulant dédié à l'accompagnement de résidents atteints de démences et présentant des troubles psycho-comportementaux modérés. Les professionnels y proposent des activités thérapeutiques adaptées afin d'œuvrer à une baisse des symptômes psycho-comportementaux ;
- une **unité protégée** est aussi présente dans la structure accueillant 14 résidents atteints de démences et présentant des troubles psycho-comportementaux sévères. Leurs pathologies nécessitent un accompagnement spécifique et adapté, c'est pourquoi cette unité est fermée et indépendante du reste de la structure.

L'équipe de soin pluridisciplinaire se compose d'un médecin coordonnateur, d'une infirmière coordinatrice, d'infirmières, d'aide-soignants, d'aides médico-psychologiques, d'assistantes de soin en gériatrie, de deux kinésithérapeutes, d'une psychologue, d'une ergothérapeute et de deux psychomotriciennes.

Cette équipe est renforcée par des intervenants libéraux : des kinésithérapeutes, des médecins généralistes et spécialisés (cardiologue, dermatologue...), des orthophonistes, d'une pédicure-podologue.

Il y a deux psychomotriciennes dans l'établissement : une à temps plein et la seconde à 80%. Leurs interventions sont complémentaires, chacune est responsable d'une unité. Elles réalisent des actes tels que le bilan psychomoteur, la stimulation psychomotrice, la rééducation des troubles psychomoteurs et elles contribuent à la diminution des troubles psycho-comportementaux par des techniques d'approche psychocorporelle.

Le rôle des psychomotriciennes est de maintenir et/ou de limiter la diminution des capacités motrices, cognitives et sociales par le biais de médiations thérapeutiques. Avec cette population, la prise en soin psychomotrice ne vise pas l'apprentissage ou le progrès mais la récupération ou le maintien des capacités du résident afin de maintenir au mieux sa qualité de vie.

Un suivi en psychomotricité est indiqué, en accord avec le médecin coordonnateur pour les troubles de la régulation tonique et de la coordination, les syndromes post-chutes et les syndromes de glissement, les troubles du schéma corporel et de l'image du corps, les troubles de l'orientation spatio-temporelle, les troubles sensoriels, les troubles psycho-comportementaux, les troubles mnésiques, les douleurs et l'accompagnement en fin de vie.

Au sein de l'EHPAD, les psychomotriciennes mettent en place de nombreuses prises en soin : atelier de prévention des chutes, atelier relevé de sol, séances dans la salle multi-sensorielle, canithérapie, balnéothérapie, atelier pâtisserie, atelier jeux de société ou encore du taïso et de la relaxation.

Je suis présente dans cette structure tous les jeudis depuis octobre 2019 et encore actuellement malgré la crise sanitaire.

Au début, j'adopte une posture d'observation active lors des prises en soin (balnéothérapie, salle multi-sensorielle, gym douce, atelier prévention des chutes...). Par la suite, je participe activement à l'atelier prévention des chutes ainsi qu'à la gym douce du PASA.

Ces stages me permettent de découvrir la pratique professionnelle des psychomotriciennes et de me construire une identité et une posture professionnelles en tant que future psychomotricienne.

3. Qu'est-ce que la psychomotricité ?

La psychomotricité est une **discipline carrefour** issue de différents courants comme la psychiatrie, la psychanalyse, la neurologie, la phénoménologie... La psychomotricité a donné naissance au métier de psychomotricien. C'est une profession **paramédicale** réglementée (auxiliaire de santé) dont le titre est protégé par un diplôme d'état (1974).

Selon le décret d'acte de 1988, les psychomotriciens sont habilités à effectuer les actes professionnels suivants **sur prescription médicale** :

- bilan psychomoteur ;
- éducation précoce et stimulation psychomotrices ;
- rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants : retards du développement psychomoteur, troubles de la maturation et de la régulation tonique, troubles du schéma corporel, troubles de la latéralité, troubles de l'organisation spatio-temporelle, dysharmonies psychomotrices, troubles tonico-émotionnels, maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies, débilité motrice, inhibition psychomotrice, instabilité psychomotrice et troubles de la graphomotricité (à l'exclusion de la rééducation du langage écrit) ;
- contribution au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

La psychomotricité est définie par F. DESOBEAU comme étant une **approche globale** de l'être humain (18). Le psychomotricien peut accompagner des personnes de tout âge, du nouveau-né à la personne âgée. La psychomotricité est une discipline qui s'intéresse au corps sous l'angle de sa relation avec le psychisme.

Elle se base sur l'interrelation entre les fonctions motrices et la vie psychique de l'individu, la corporéité étant considérée comme point d'ancrage des expériences sensorimotrices, affectives, cognitives et sociales. La spécificité du psychomotricien se trouve dans sa façon de penser le sujet et le Corps : il s'intéresse à la personne dans son entièreté et à tout ce qui la sous-tend (l'identité, le vécu et l'enveloppe psychocorporels, l'unité...).

La prise en soin psychomotrice contribue donc à **rétablir un équilibre psychocorporel** chez le sujet pour lui permettre une meilleure adaptation au monde environnant. En effet, sur mes deux lieux de stage, bien que très distincts, les psychomotriciennes s'intéressent à l'harmonie psychocorporelle de la population accueillie.

Leurs prises en soin s'inscrivent dans le soutien de l'intégrité, de l'identité et de l'enveloppe psychocorporelle qui pourrait être mis à mal par la déficience motrice et le vieillissement.

La psychomotricité fonde sa pratique sur l'**indissociabilité** du corps et du psychisme. Le thérapeute rencontre la personne « *là où elle est, comme elle est* » et la considère comme un sujet à part entière. Ses champs d'actions sont multiples : éducation, prévention, rééducation et thérapie. Un suivi en psychomotricité s'adresse à des personnes qui ont une ou plusieurs perturbations au niveau des fonctions motrices, sensorielles, mentales, affectives et/ou comportementales. Un phénomène de résonance existe entre ces différentes sphères : un trouble dans une des sphères pourra conduire à une désorganisation des autres. Chez la personne âgée ou l'enfant déficient moteur, les troubles sont rarement isolés mais plutôt associés d'où la prise en compte globale du sujet.

À travers une écoute et une observation des signes physiques, psychiques et comportementaux, le rôle du psychomotricien vise est d'en comprendre le sens et à y mettre des mots. Les temps d'observation lors des stages me permettent d'acquérir ce regard clinique, primordial dans la pratique psychomotrice. Le psychomotricien s'intéresse à la façon dont le sujet vit son corps, le perçoit, le représente, le met en relation avec l'autre et investit son environnement. De ce fait, la psychomotricité est considérée comme une **thérapie à médiation corporelle**.

Une prise en soin psychomotrice prend en compte les dimensions relationnelles et fonctionnelles de la motricité. Néanmoins, la psychomotricité ne s'inscrit pas dans une vision motrice et mécanique. L'objectif d'une prise en soin n'est pas de guérir un symptôme mais de soutenir la personne dans son développement ou dans son fonctionnement psychomoteur, de l'amener à faire des expériences sensorimotrices et à une prise de conscience de sa corporéité.

Au SESSAD, nous suivons une jeune fille paraplégique. Lors des transferts, sa jambe se tend toute seule du fait de la spasticité. Ce phénomène est étrange et incompréhensible pour elle. Nous lui expliquons et nous échangeons avec elle sur son vécu, ses sensations, ses émotions... L'œil du psychomotricien fait qu'il ne se focalise pas sur l'aspect moteur pur, c'est pour cela que la psychomotricienne et moi prenons le temps d'échanger pour voir quel est l'impact sur son intégrité psychocorporelle.

La pratique psychomotrice est propre à chaque psychomotricien : le thérapeute adapte sa pratique selon sa sensibilité, son courant de pensée et le lieu où il exerce.

Même si le psychomotricien est formé à certaines médiations, sa pratique ne consiste pas en la seule application de techniques apprises : quelque chose se joue davantage **dans** « *l'être* » que dans « *le faire* ». Celles-ci ont valeur de médiations à la relation. Le choix de la médiation doit prendre en compte l'attrait de la personne pour avoir une adhérence thérapeutique et une relation de confiance afin de donner toute sa potentialité thérapeutique à la prise en soin.

Lorsqu'un suivi en médiation eau est envisagé, la psychomotricienne de l'EHPAD va vers le résident et échange avec lui sur ses possibles croyances, craintes et peurs vis-à-vis de l'eau. Ils décident ensemble de la fréquence des séances (hebdomadaire ou bimensuelle). Le projet se construit afin d'établir une adhésion du résident et une relation de confiance.

4. Les compétences et les qualités du psychomotricien

Le psychomotricien doit posséder des compétences et une qualité relationnelle indispensable. Il les acquiert durant sa formation initiale où les enseignements se déclinent selon **trois axes** :

- les savoirs : « *il n'y a pas de théorie unitaire de la psychomotricité* » (38, p.473) car cette discipline vient de plusieurs courants, auxquels chacun a la liberté de se référer ou non. La transmission des connaissances concerne les différents domaines dont la psychomotricité se nourrit, elle se fait autour de trois grands points : l'équipement et les grandes fonctions du corps et du cerveau, le processus psychodynamique et la philosophie ;
- les savoirs-faire : à la formation théorique s'ajoute une formation clinique. Les enseignements théorico-pratiques sensibilisent les étudiants à diverses techniques, bilans et médiations (eutonie, voix, rythme, relaxation, expression corporelle, clown, aikido, théâtre, toucher thérapeutique).

Ces cours apportent une certaine sensibilité à soi et à l'autre au travers des travaux d'échange, d'écoute et de partage. Il est important, en psychomotricité, de ne pas se cantonner à un protocole ou à une théorie mais de s'y adapter et de rester toujours ouvert à ce que le sujet accompagné amène. Lorsque j'avais l'occasion de mener une séance durant mes stages, je préparais ma séance en réfléchissant à des axes de travail et au matériel utilisé. Je ne préparais pas des exercices détaillés. Ainsi, lors de la séance, je m'adaptais à ce qui se jouait dans la rencontre, à ce que le sujet amenait tout en ayant en tête mes objectifs de séance ;

- un savoir-être : selon F. DESOBEAU, « *le psychomotricien se doit de posséder des connaissances et un savoir-faire. Mais cela ne va pas suffire, encore doit-il posséder un savoir-être et qui plus est un savoir exister dans son corps* » (18).

L'enseignement repose « *sur une éthique générale du soin en psychomotricité qui doit conférer au sujet défaillant une capacité corporelle relationnelle satisfaisante, ou du moins suffisante pour recréer un équilibre psychocorporel acceptable* » (38, p.478). Pour ce faire, le psychomotricien utilise un objet singulier : son propre corps comme médiateur de la relation à l'autre. Il se base sur ses perceptions, ses sensations et ses affects pour comprendre et analyser ce qui se vit dans la relation à l'autre. À l'EHPAD, les psychomotriciennes s'adressent aux résidents en se mettant à leur hauteur, en prenant leur main si la relation le permet et en s'adaptant à leur rythme. J'observe la même implication psychocorporelle au SESSAD : les psychomotriciennes se mettent en jeu psychocorporellement afin d'entrer en relation avec le sujet « *là où il est* ».

C'est ainsi que se construit progressivement l'**identité psychocorporelle** du psychomotricien, identité à la fois « *plurielle dans ses apprentissages, singulière dans son vécu* » (38, p.480-481). La psychomotricité demande une formation continue tout au long de la carrière professionnelle.

Sur mes deux lieux de stage, j'assiste à des prises en soin utilisant la médiation eau avec les psychomotriciennes. Même si leurs pratiques psychomotrices diffèrent, je remarque que les professionnelles ont des similitudes au niveau de leur posture et de leurs qualités. En effet, le psychomotricien est **impliqué** psychocorporellement dans la médiation eau.

Le thérapeute possède des qualités propres à son identité professionnelle : il accueille inconditionnellement, avec bienveillance, sans présumé ni jugement. Il est attentif à lui-même et à ses sensations afin d'être dans la disponibilité avec le sujet. Avant d'aller à la rencontre d'un résident ou d'un enfant, je prends toujours un instant pour me recentrer, pour faire le point sur mon état présent et pour essayer de prendre conscience de mes forces et faiblesses du jour. Ceci me permet d'avoir pleinement conscience de mon vécu psychocorporel actuel et d'accueillir mes pensées péjoratives afin d'être entièrement disponible à la relation à l'autre.

Le psychomotricien s'ajuste et s'adapte pour rendre la médiation eau agréable, sécurisée et thérapeutique pour le sujet accompagné. Il se met psychiquement, émotionnellement et corporellement au service du sujet et l'accompagne vers un mieux-être. Cette attitude amène une contenance dans la relation de soin favorable au soutien de l'enveloppe psychocorporelle.

C. ROGERS dégage trois attitudes fondamentales du thérapeute (50) :

- la **congruence** ou l'**authenticité** du thérapeute qui est « *la capacité à être correctement en contact avec la complexité des sentiments, des pensées, des attitudes qui sont en train de circuler en lui* » (50) pendant qu'il accompagne le sujet dans sa prise en soin ;

- la **considération positive inconditionnelle** qui est l'acceptation totale et inconditionnelle du sujet dans ce qu'il est dans l'instant présent ;
- l'**attitude empathique** qui correspond à la capacité à se mettre à la place de l'autre sans pour autant ressentir les mêmes émotions. L'empathie est primordiale en psychomotricité puisqu'elle assure une bonne écoute, une compréhension de l'autre et de la détresse sans pour autant avoir une réaction en miroir. Cela permet de créer une distance entre le psychomotricien et le sujet afin d'échapper à toute contagion émotionnelle qui pourrait être nocive au processus de soin.

Face à un résident atteint de démence, la psychomotricienne fait preuve d'empathie en reconnaissant l'émotion vécue par le sujet. Elle établit un lien de confiance et permet une valorisation du résident en tant qu'être à part entière. Il s'agit de restaurer la dignité, l'identité et l'enveloppe psychocorporelle en repoussant le sentiment d'inutilité et de solitude.

Lors d'une rencontre, le psychomotricien s'ajuste psychocorporellement en fonction du lieu, de la situation et de la relation thérapeutique avec le sujet.

Dans l'approche psychomotrice se crée une **distance thérapeutique** qui serait l'écart nécessaire et suffisant entre le sujet et le thérapeute selon P. CLUZEAU. Dans la médiation eau, la distance thérapeutique est plus personnelle et intime.

Lors des séances de balnéothérapie au spa, la distance thérapeutique est réduite pour proposer du toucher thérapeutique et pour mieux s'entendre à cause des jets massants très bruyants. Il y a donc émergence d'une communication corporelle, non verbale et donc d'un engagement psychocorporel entre la psychomotricienne, moi-même et la résidente.

Le psychomotricien est attentif à tout ce que le sujet peut vivre, exprimer et extérioriser, notamment par le biais de la médiation eau. Le psychomotricien est sensible à la communication verbale et non verbale. Cette écoute se fait notamment par le biais du **dialogue tonico-émotionnel** de J. DE AJURIAGUERRA, premier et dernier mode de communication de l'être humain. Le psychomotricien doit être disponible psychocorporellement pour ressentir ce qu'exprime le sujet mais également pour lui répondre à travers cette voie.

La présence, l'attitude, le regard, la voix et le toucher du thérapeute sont d'une grande importance car ils amènent un climat affectif particulier et favorisent une sécurité de base chez le sujet qui a des failles de l'enveloppe psychocorporelle. Une relation sécurisante de confiance apporte une contenance qui permet de retrouver un sentiment d'unité et une enveloppe psychocorporelle.

Le regard du psychomotricien soutient et contient le sujet lors de la médiation eau. Le regard de l'autre nous fait exister. L'**enveloppe visuelle** constitue un élément essentiel de l'entrée en relation et devient un outil fondamental d'échange surtout lorsque la personne ne communique plus de manière verbale. J'observe que, lors des prises en soin en balnéothérapie, la psychomotricienne et moi nous mettons chacune à un côté du spa et nous soutenons la résidente du regard. Ainsi, celle-ci nous a toutes les deux dans son champ de vision. Si je le quitte, cette dame demande où je suis. Cette configuration permet de créer une contenance visuelle venant nourrir le sentiment d'existence et ainsi l'enveloppe psychocorporelle.

Le psychomotricien amène aussi une **enveloppe sonore** en adaptant les qualités de sa voix au sujet afin qu'il se montre réceptif et disponible. Les sujets souffrant de défaillance de l'enveloppe psychocorporelle sont très sensibles à l'accentuation, à l'intonation de la voix, à son timbre, sa hauteur, son rythme, au débit verbal et surtout à l'état affectif reflété. Lors des séances que je mène, je m'adresse à eux sur un ton calme, un timbre tranquille et doux et une prosodie plutôt linéaire pour apporter de la contenance verbale.

Le psychomotricien se trouve dans une « *posture impliquée* » pour A. DELACÔTE dans sa façon d'être là, dans la rencontre, dans l'ici et maintenant, prêt à accueillir ce qu'amène le sujet et, à la fois, il s'implique psychocorporellement de par le dialogue tonico-émotionnel et la relation thérapeutique.

Le psychomotricien a un rôle de contenance de par ses qualités, « *partenaire d'échanges ludiques, son corps devient un soutien, un contenant, un étayage, un miroir pour le sujet* » (31). L'effet thérapeutique de la médiation eau ne peut s'opérer que si le sujet se sent suffisamment sûr, soutenu et contenu, il est alors du ressort du psychomotricien de révéler les potentialités thérapeutiques du médiateur.

L'**attitude enveloppante** du psychomotricien de par ses gestes, ses mimiques, sa proximité, sa présence et sa prosodie entre en compte dans la relation thérapeutique. Elle apporte une contenance au sujet qui a une enveloppe psychocorporelle défaillante.

En effet, le sujet est sensible et perméable à l'intentionnalité dégagée par une posture. Ses limites étant poreuses, c'est comme s'il « *absorbait* » l'état tonico-émotionnel d'autrui avec une confusion dans la différenciation soi/non-soi. L'attitude du psychomotricien vient contenir le sujet afin qu'il retrouve son sentiment d'unité et d'individuation. Le thérapeute l'enveloppe grâce à sa psychocorporéité, son authenticité et à sa disponibilité. Son regard soutenant, ses mots compatissants et sa posture bienveillante témoignent de son implication psychocorporelle et viennent nourrir la sensation d'enveloppe psychocorporelle du sujet.

En amenant Mme L. au spa, nous croisons d'autres résidents. Un monsieur, visiblement agacé, parle d'un ton fort et sa communication non verbale reflète cet état (visage fermé, gestes brusques, regard fuyant...). Mme L. l'observe et se trouve « absorbée » par son langage corporel. Elle se sent attaquée et devient agressive.

Par son engagement, le psychomotricien va verbaliser le vécu de la personne et faire des suppositions entre ses sensations, ses émotions et ses réactions. La mise en mots de ce que l'eau apporte aide à la prise de conscience des sensations et à l'enrichissement des perceptions. Cela fait référence au modèle contenant-contenu de W.R. BION (9). Le thérapeute se situe en écho de la **fonction alpha** de la Mère. « *La présence du thérapeute, sa disponibilité intérieure sont indissociables de sa capacité à penser ; [...] le psychomotricien offrira un contenant corporel pour suppléer aux défaillances du Moi-peau, il verbalisera les échanges pour donner sens, établir des liens* » (31). Le psychomotricien assure cette fonction contenante en proposant son appareil psychique comme support au sujet qui a des failles de son enveloppe psychocorporelle. Il se doit d'« *être contenant jusqu'à permettre au sujet de se sentir capable de contenir, d'investir une existence interne qui lui faisait défaut, qu'il puisse repartir avec des choses qu'il reprenne à son propre compte* » (4, p.8).

Lors des séances en salle multi-sensorielle, nous verbalisons chaque proposition et chaque nouveau stimuli. Nous mettons en mots les réactions du résident afin de nourrir sa conscience de soi et son enveloppe psychocorporelle.

II. L'utilisation de la médiation eau par le psychomotricien pour soutenir l'enveloppe psychocorporelle

Sur mes lieux de stage, je participe avec les psychomotriciennes à des prises en soins utilisant la médiation eau ayant pour objectif de soutenir l'enveloppe psychocorporelle. Ces accompagnements s'inscrivent dans un projet de soin personnalisé et adapté au sujet.

1. La rencontre autour du bilan psychomoteur

La psychomotricité est avant tout une **rencontre** avec le « *patient là où il est, comme il est* » (18). F. DESOBEAU décrit cette rencontre comme celle de « *deux êtres dont l'un est disponible pour permettre l'évolution de l'autre en respectant sa personnalité* ». En effet, le psychomotricien accompagne le sujet en respectant la globalité psychocorporelle de son être. Cette rencontre se fait lors d'un premier entretien dont les objectifs sont de préciser la demande de suivi, de faire le recueil de l'anamnèse et de proposer un bilan psychomoteur. Cet échange permet d'avoir une première vision de la manière dont la personne se raconte et verbalise son vécu.

Le psychomotricien accorde son entière attention afin d'appréhender au mieux la problématique psychocorporelle du sujet puisqu'il se dote d'une **éthique de la rencontre**, d'une façon d'aller à la rencontre de la personne.

Le **bilan psychomoteur** est un préalable à toute action psychomotrice. Il représente la première étape dans la prise en soin puisqu'il permet de dégager les besoins et les attentes du sujet ainsi que les axes de travail afin de proposer une prise en soin adaptée. Il se base sur des **épreuves standardisées** et sur l'**observation clinique** du psychomotricien. Il permet une compréhension du fonctionnement du sujet à la fois objective et subjective afin de l'appréhender dans sa globalité psychocorporelle. Le bilan psychomoteur est un support à la première rencontre, il s'effectue souvent en deux séances. Il permet de faire connaissance avec la personne autour de la passation des items et de lui expliquer ce qu'est la psychomotricité. De bonnes conditions sont nécessaires car cette évaluation conditionne la suite de la prise en soin et l'instauration de la relation thérapeutique. Il est nécessaire de prendre en compte le rythme de la personne, ses troubles, sa volonté, sa fatigabilité et de s'y ajuster.

Le bilan psychomoteur repose sur l'évaluation des fonctions psychomotrices (tonus, schéma corporel, image du corps, espace, temps, motricité, latéralité...) et sur l'observation clinique de comment le sujet est dans la relation, comment il se présente, comment il est dans son Corps, ce qu'il en dit, ce qu'il donne à voir... Les psychomotriciennes du SESSAD et de l'EHPAD font des évaluations psychomotrices dont les objectifs sont, du fait de la population accueillie, de mettre en évidence les difficultés et les moyens de compensation mais aussi les potentialités résiduelles et les ressources afin de les soutenir et de les valoriser.

Au **SESSAD**, la psychomotricienne fait passer des bilans psychomoteurs adaptés du fait de la déficience motrices des jeunes. Elle utilise le NP-MOT (batterie d'évaluation des fonctions neuropsychomotrices), le Bergès-Lézine, l'EPMO (Examen PsychoMoteur) de F. LEPLAT...

Les psychomotriciennes de l'**EHPAD** font des bilans psychomoteurs également pour établir un profil à un instant T du fonctionnement psychomoteur de la personne âgée. Elles peuvent utiliser la figure de Rey, le Frostig, le Test de Stroop, le Piaget-Head, le Tinetti, le Get Up And Go Test... Néanmoins, l'Examen Géroto-Psychomoteur (EGP) est le seul bilan psychomoteur normé et standardisé auprès de la population des personnes âgées. Selon l'avancée de la démence, la passation du bilan avec des tests ne peut pas être toujours réalisable. Il se fait alors à partir d'observations cliniques lors d'entretiens ou sur le lieu de vie du résident de manière informelle.

Les conclusions du bilan sont présentées à l'équipe, au sujet et/ou à son entourage ce qui peut amener des discussions et des propositions de la part du psychomotricien ou de la personne.

L'enveloppe psychocorporelle reste un **concept**, elle n'est pas « palpable » ou « mesurable ». Il n'existe pas de bilan qui l'évalue spécifiquement. Je m'interroge alors : *comment évaluer l'enveloppe psychocorporelle ? Comment savoir qu'une enveloppe psychocorporelle est défaillante ?* Le psychomotricien peut trouver des éléments de réponse dans les épreuves d'évaluation des concepts psychomoteurs comme le tonus ou les représentations du corps (dessin du bonhomme, entretien sur les représentations corporelles de O. MOYANO...).

De par son attitude singulière, le psychomotricien peut observer, lire et essayer de comprendre le vécu d'un sujet : ses **observations cliniques** lui permettent d'appréhender l'évaluation de l'enveloppe psychocorporelle.

Qu'est-ce que le psychomotricien observe ? Le thérapeute s'appuie sur des **signaux verbaux** (la verbalisation) et **non verbaux**. Le psychomotricien observe le comportement du sujet, son rapport à soi, à l'autre et à son environnement, comment il s'investit dans la relation, comment il se sent, se vit et se met en jeu dans son Corps, s'il a des angoisses psychocorporelles... Pour ce faire, le professionnel se doit d'être dans une lecture attentive des réactions, des comportements, des paroles de la personne. Cela lui demande de la vigilance pour distinguer les éléments émanant de la rencontre avec le sujet de ceux émanant de son propre vécu personnel.

Lors de cette rencontre, une première relation s'instaure entre le psychomotricien et le sujet. Ces échanges posent les premiers jalons de l'instauration d'une relation de confiance qui constituera un enjeu dans l'investissement de la prise en soin.

2. Les prises en soin psychomotrices au SESSAD et à l'EHPAD

Je prends part à des prises en soin, utilisant la médiation eau, lors de mes stages. J'accompagne les psychomotriciennes durant ces suivis qui participent au soutien de l'enveloppe psychocorporelle du sujet. Au **SESSAD**, je participe à une pataugeoire le vendredi après-midi. Cette séance est hebdomadaire, à horaire fixe et se déroule toujours dans le même espace. Je détaille cette prise en soin dans le cas clinique de Rémi.

À **l'EHPAD**, je participe à une balnéothérapie en spa le jeudi matin. Cette séance se déroule toutes les semaines à la même heure. Le bain se fait dans la salle de spa. Si celui-ci est en panne, la psychomotricienne s'adapte et peut proposer une balnéothérapie dans la baignoire. J'aborde ce suivi dans la présentation du cas clinique de Mme L..

Je prends aussi part à une séance en salle multi-sensorielle proposée à Mme R. le jeudi matin. La psychomotricienne prépare la salle en amont afin de créer un cadre contenant et rassurant et ce dès l'entrée de la résidente dans la salle.

La thérapeute allume la colonne à bulles, les lumières projetées au plafond, les fibres optiques... car Mme R. est très sensible aux stimuli visuels. Elle met aussi de la musique afin d'amener une enveloppe sonore et elle peut créer une enveloppe olfactive avec l'utilisation d'huiles essentielles. La psychomotricienne n'éteint le matériel qu'une fois la dame sortie de la salle.

Nous allons chercher Mme R. sur son lieu de vie, nous l'aménonons en salle multi-sensorielle puis nous l'installons sur le matelas à eau où la psychomotricienne propose des bercements en appuyant doucement dessus. Elle peut également proposer du toucher thérapeutique, des enveloppements avec les couvertures et/ou une stimulation sensorielle avec des balles à picots.

Lors de ces prises en soin, j'observe que l'utilisation de la médiation eau par le psychomotricien agit sur le **tonus**, les **représentations du corps** et la **communication**, concepts psychomoteurs fondamentaux dans le soutien de l'enveloppe psychocorporelle.

En raison de sa densité supérieure à celle de l'air, l'eau stimule activement le tonus de base. Cette densité « *permet de percevoir le corps plus intensément et de l'animer* » (32, p.132). L'eau amène à une **réorganisation tonique globale** de par ses caractéristiques et sa température. Les informations sur les mouvements et sur l'état du tonus s'inscrivent dans une boucle perceptivo-motrice : l'eau concrétise les gestes, elle renvoie des informations sensorielles ce qui aide à la perception et à la prise de conscience de l'enveloppe tonique. Cela permet à la personne d'avoir un **vécu psychocorporel global**, de se sentir unifiée et contenue ce qui soutient son enveloppe psychocorporelle et son sentiment de continuité d'existence.

Grâce à ses qualités de portage, d'enveloppe et de chaleur, l'eau permet une **décontraction musculaire** et une diminution du tonus de fond. Ce relâchement va induire une détente qui permet un meilleur contrôle des mouvements et une plus grande disponibilité psychocorporelle.

Avant la séance, nous remarquons que, malgré un fauteuil moulé sur mesure, Mme R. est mal installée du fait d'une spasticité importante : sa jambe hémiplegique ne repose pas sur le cale-pied, elle est tendue dans le vide, la mobilisation de son bras hémiplegique n'est pas possible et sa tête ne repose pas sur son appui-tête. Après la séance sur le matelas à eau, du fait de l'abaissement du tonus musculaire et de la détente psychocorporelle induite, nous observons que Mme R. est mieux installée au fauteuil : sa jambe hémiplegique est installée sur le cale-pied, la psychomotricienne est en capacité de mobiliser le bras hémiplegique et la tête de Mme R. repose sur l'appui-tête.

La médiation eau enrichit l'expérience psychocorporelle : les impressions tactiles sont constamment sollicitées avec une diversité de sensations (changement de température, de pression, de profondeur...). La personne y est soumise à chacun de ses mouvements.

Dans l'eau, chaque mouvement crée des **ondes**, on peut toucher une personne à proximité sans pour autant être en contact avec elle. Ces ondes procurent des effets de massage, de caresse, des stimulations intéressantes pour une prise de conscience du corps. Une modification de la perception sensorielle s'exprime sur l'ensemble du revêtement cutané amenant un sentiment de cohésion, primordial chez le sujet ayant une enveloppe psychocorporelle défaillante. Il va avoir un vécu de « *corps-plaisir* », un vécu positif renarcissant et revalorisant son image du corps, accompagné des sensations de mieux-être et de sécurité étayant son enveloppe psychocorporelle.

La médiation eau est donc un élément thérapeutique de choix dans l'étayage de la conscience du corps, du schéma corporel et de l'image du corps, notamment chez les enfants déficients moteurs et chez les personnes âgées. L'eau délimite avec précision les contours du corps, l'enveloppe et ainsi renforce le sentiment d'unité et la perception du corps dans sa globalité. Elle contribue au processus d'individuation et à la sensation d'enveloppe psychocorporelle.

L'eau est particulièrement propice aux **échanges** et à la **communication** : elle porte, enveloppe, caresse, apaise et donne des appuis. Elle permet un accordage extrêmement fin : c'est « *un intermédiaire tactile entre soi et les autres* » (39, p.54). La communication verbale permet d'appréhender et d'anticiper et la communication non-verbale (par le toucher, le regard, l'intonation de la voix...) a son importance pour le bon déroulement de cette prise en soin (21). C. POTEL ajoute que « *choisir l'eau comme élément de base, c'est mettre l'accent sur les signes du corps, et donc s'engager dans les voies de la communication non verbale* » (39, p.27).

La médiation a pour but de soutenir la **symbolisation** et le passage au registre verbal. Par l'utilisation de la médiation eau, le psychomotricien sollicite le Corps du sujet afin qu'il s'exprime via la communication verbale et non-verbale.

Comment le psychomotricien peut-il repérer que ces prises en soin soutiennent l'enveloppe psychocorporelle ? Le psychomotricien avec sa lecture clinique peut remarquer les bénéfices chez la personne accompagnée. Durant la séance, il accompagne le sujet vers des verbalisations pour mettre en mots son vécu. Grâce à la relation thérapeutique, la personne peut trouver des moyens de s'exprimer favorisant de ce fait le sentiment de continuité d'existence indispensable à la communication avec le monde extérieur. Le psychomotricien observe ainsi la communication verbale mais également non-verbale.

Le thérapeute peut voir se dessiner chez le sujet un état d'apaisement, de **détente psychocorporelle** avec l'observation d'une respiration ample et calme, des traits du visage reposés. Une régulation tonique est aussi visible permettant une diminution de la carapace tonique et une enveloppe psychocorporelle plus unifiée.

À cela peut se rajouter le **dialogue tonico-émotionnel** qui est le conducteur privilégié entre le dedans et de le dehors, entre soi et l'autre. Cette forme de communication permet au psychomotricien de comprendre les états psychocorporels du sujet, de les accueillir et de l'aider à les mentaliser. Le dialogue tonico-émotionnel est un outil essentiel au thérapeute pour appréhender, ressentir et évaluer l'effet de la prise en soin sur l'enveloppe psychocorporelle du patient.

Le psychomotricien, par le biais de la médiation eau, a une place primordiale dans le soutien de l'enveloppe psychocorporelle car il pense le sujet dans sa globalité psychocorporelle. Il apporte la contenance et l'appui relationnel dont il nécessite pour sa (re)construction psychocorporelle. Pour cela, le psychomotricien s'appuie, à la fois, sur le **cadre thérapeutique** et sur son engagement psychocorporel dans la **relation thérapeutique**.

3. Le cadre thérapeutique

Le **cadre** renvoie à un lieu, à un espace, à un temps qui va délimiter la séparation dedans/dehors, avant/après et ainsi, l'appréhension des limites. Le **cadre thérapeutique** est l'élément prépondérant qu'il est nécessaire de mettre en place avant toute prise en soin, il désigne « *l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés – un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils –, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit de soin* » (1).

La qualité du cadre thérapeutique et la façon dont il est respecté influence de manière déterminante l'intervention du thérapeute. Le psychomotricien adapte constamment son cadre thérapeutique pour être au plus près des besoins du sujet accompagné.

Le cadre doit être contenant, structurant et sécurisant pour offrir une **enveloppe thérapeutique**. Il faut qu'il soit suffisamment solide et suffisamment souple pour permettre à la personne suivie un maximum de disponibilité exploratoire et motrice tout en lui garantissant un maximum de sécurité. En effet, le cadre thérapeutique est assimilable aux caractéristiques de l'enveloppe contenantante : il est à la fois **statique** (fonction d'enveloppe) et **dynamique** (fonction de contenance) ce qui participe au soutien de l'enveloppe psychocorporelle.

C. POTEL définit le cadre thérapeutique par « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (38, p.357). Elle l'envisage à deux niveaux :

- le **cadre physique** qui englobe les outils concrets du psychomotricien avec les conditions de temps, d'espace, de matériel, d'encadrement et de fonctionnement institutionnel.

La fidélité du cadre spatio-temporel apporte repère, sécurité et anticipation. Ceci permet une diminution de l'angoisse de l'imprévu et une disponibilité sur l'instant présent. En effet, le cadre a toute son importance car la continuité et la régularité des prises en soin participent au soutien de l'enveloppe psychocorporelle ;

- le **cadre psychique** regroupe la mise en pensée des actions du psychomotricien s'appuyant sur des références théoriques ainsi que sur ses compétences. Ce cadre, porté par le psychomotricien, a plusieurs fonctions qui permettent un soutien de l'enveloppe psychocorporelle :

- la fonction de contenance : « *c'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'existence ou de déconstruction* » (38, p.360). Par sa présence, son attitude et ses actes, le psychomotricien apaise, assimile et transforme les sensations désorganisées du sujet. Ce dernier peut alors recevoir ce contenu détoxiqué et l'intégrer (9). Un sentiment sécurisant se développe ainsi qu'une notion de permanence due à la constance ;
- la fonction de miroir : le psychomotricien utilise une technique qu'il a déjà vécu corporellement et qu'il maîtrise. Il s'implique corporellement et impacte directement le sujet dans ce corps à corps ;
- la fonction limitante : le cadre introduit un tiers symbolique dans la relation duelle. De ce fait, se crée une distance entre les deux personnes, nécessaire à un travail thérapeutique opérant. Chacun trouve sa place différenciée de l'autre.

Ainsi, le psychomotricien reste irréfutablement le **garant** du cadre thérapeutique, de sa continuité et de sa solidité. C. BALLOUARD définit le **cadre contenant** comme « *un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître* » (4, p.189). Il est question de contenance, non de détention, de souplesse et non de rigidité. D. ANZIEU le compare à un « *contenant maternel* », à une enveloppe protectrice qui a le rôle « *d'une seconde peau psychique, où les pensées du sujet peuvent se déployer* ».

Un cadre enveloppant, contenant serait une première enveloppe thérapeutique où la **relation dyadique** entre le psychomotricien et la personne suivie, en serait une seconde. Ces « *bulles* » thérapeutiques, contenant et rassurantes, permettent au sujet d'investir avec plus de sérénité le soin proposé et donne à la médiation tout son effet thérapeutique. Le psychomotricien, garant de ce cadre, apporte une contenance pour venir soutenir l'enveloppe psychocorporelle du sujet.

La personne ayant des failles dans son enveloppe psychocorporelle se sent nourrie et contenue psychocorporellement lors de la prise en soin.

C'est un espace-temps où elle peut enrichir ses perceptions, ses représentations et ses élaborations afin d'aller vers une enveloppe psychocorporelle qui soit plus fiable et sécurisée.

Pour tout travail relationnel, il faut un cadre : ce cadre concourt à créer une **alliance thérapeutique**, un partenariat entre le thérapeute et le sujet.

4. La relation thérapeutique

Dans le cadre du soin comme en psychomotricité, la **relation thérapeutique** représente un ensemble d'échanges intervenant entre deux personnes dans le cadre d'une prise en soin apportée à l'une d'elles. Pour que la prise en soin soit thérapeutique et qu'elle favorise ainsi le soutien de l'enveloppe psychocorporelle, il faut un investissement et une adhésion du sujet. Pour ce faire, il est nécessaire que les deux parties aient un attrait pour la médiation et qu'elles aient établi une relation de bonne qualité et de confiance. Ainsi, la relation thérapeutique amène un cadre contenant, nécessaire au soutien de l'enveloppe psychocorporelle.

La relation thérapeutique dépend de l'**alliance thérapeutique** et cette alliance dépend elle-même de la capacité du psychomotricien à établir un cadre favorable et propice. G. DIATKINE l'explique : *« il s'agit d'assurer un contenant assez stable et sécurisant pour que le patient ose s'aventurer dans la relation offerte »*.

L'alliance thérapeutique est une *« union contractée par engagement mutuel »* (38, p.437). Elle constitue le point de départ du processus de soin que le psychomotricien met en place, elle se construit entre les deux partenaires dans la relation. C. POTELE ajoute que *« l'idée d'engagement de part et d'autre est au cœur du processus qui va, dès la première rencontre, sceller un pacte : celui de concourir au « mieux être », « au soin » »* (38, p.438). Elle est un facteur prédictif du bon devenir du soin. L'alliance thérapeutique donne à la médiation toute sa potentialité thérapeutique.

Il faut que le thérapeute se sente capable et disposé à s'engager et que le sujet adhère à la prise en soin. Pour que l'alliance thérapeutique perdure et que la qualité relationnelle puisse être thérapeutique, la relation doit être stable, fiable et solide car le lien va *« être au cœur même du processus thérapeutique dans le cas de la thérapie »* et *« être support de mise en confiance et de revalorisation »* (38, p.352).

La mise en place d'une relation étayante est conditionnée par la posture et l'attitude du psychomotricien. En effet, une relation thérapeutique se doit d'être bienveillante, sans jugement et pérenne pour s'inscrire dans un cadre sécurisé. La relation thérapeutique est une deuxième **enveloppe thérapeutique**. D.W. WINNICOTT la compare à la relation contenante Maternelle.

En effet, dans la pratique psychomotrice, il peut y avoir des similarités avec les soins Maternels au travers du contact physique, du regard, de la verbalisation... Toutefois, le psychomotricien ne va pas être dans une **infantilisation**, notamment dans sa pratique avec les personnes âgées.

De par son attitude Maternante, le thérapeute assure les fonctions de pare-excitation, de maintenance et de contenance favorisant l'intégration des fonctions du Moi-Peau et de ce fait, participant au soutien de l'enveloppe psychocorporelle. La relation thérapeutique reste garante de la réalité du sentiment d'existence.

F. DESOBEAU parle de **relation psychocorporelle** car « *la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient* » (18). En effet, il s'engage psychocorporellement dans la relation afin de percevoir toutes les particularités des messages émis par le sujet. L'engagement du psychomotricien se situe dans une dimension contenant. Il vise ainsi à soutenir l'enveloppe psychocorporelle du sujet ayant des failles dans sa contenance psychocorporelle et à recréer un équilibre avec une harmonisation de ces fonctions motrices, relationnelles, tonico-émotionnelles et psychiques.

Il est à noter qu'il existe des éléments transférentiels et contre-transférentiels dans la relation thérapeutique en psychomotricité puisqu'elle implique un vrai échange, un mouvement de soi vers l'autre, et inversement.

Le **transfert** est l'ensemble des sentiments que le sujet projette sur le thérapeute. Il est indispensable au travail thérapeutique.

À l'inverse, le **contre-transfert** regroupe les mouvements affectifs, conscients et inconscients, du soignant envers la personne.

Cela demande au psychomotricien une écoute attentive de ses propres réactions, désirs et ressentis par rapport au sujet avec lequel il est en interaction, cette prise de conscience permet un ajustement. Néanmoins, le psychomotricien doit toujours être attentif à distinguer clairement les éléments découlant du contre-transfert de ceux de son propre vécu personnel.

5. Les limites de cet accompagnement

Le psychomotricien peut se retrouver confronter à des limites techniques. Les suivis utilisant la médiation eau demandent beaucoup de temps au professionnel (environ 1h 30 pour une balnéothérapie) ce qui en fait des prises en soin très chronophages. De plus, il ne faut pas oublier la durée du nettoyage et du rangement après chaque séance.

Chacun entretient un rapport à l'eau qui lui est propre. Il est important que le psychomotricien soit conscient de l'impact que l'eau a sur lui.

Il en résultera une implication psychocorporelle singulière. Il doit être attentif à ses sensations pour accompagner le sujet, l'amener vers une conscientisation et un « *mieux-être* » (38, p.74).

Malgré une bonne connaissance de lui-même et une sensibilité à la médiation eau, le psychomotricien peut toujours être surpris par la perte de ses repères habituels et par les mises en jeu corporelles du sujet. Le psychomotricien doit pouvoir s'ouvrir aux implications relationnelles créées par l'eau (modification de la distance relationnelle, toucher, mouvements de l'eau) afin de redécouvrir et d'éprouver l'eau avec la personne prise en soin.

Le psychomotricien, par la spécificité de sa formation et de son identité, joue un rôle dans l'étayage de l'enveloppe psychocorporelle. Le thérapeute est enclin à apporter une certaine contenance aux sujets qui en manquent. Plus un sujet semble être dénué de limites et de sécurité, plus il paraît désorganisé, plus le professionnel va être contenant psychocorporellement en apportant un toucher rassurant, en adaptant sa posture, en soutenant du regard, en verbalisant avec une prosodie tranquille.

De plus, la désorganisation d'un sujet qui a une enveloppe psychocorporelle défaillante a quelque chose de désorganisant pour le psychomotricien. Le thérapeute n'est pas hermétique. Il est indispensable d'en prendre conscience pour connaître ses limites en tant que professionnel et pour prendre du recul par rapport à ses propres réactions face au sujet. S. ROBERT-OUVRAY évoque le contre-transfert émotionnel, c'est ce que la personne accompagnée interpelle, réveille en nous. C'est pour cela qu'il est important que le psychomotricien fasse un travail continu sur lui et une supervision afin d'éviter les projections négatives et les réactions en miroir.

Le thérapeute trouve des ressources pour faire face à ces « *attaques* » en fonction de son état du jour (fatigue, difficultés personnelles, professionnelles). S'il ressent ces actes comme une effraction de son enveloppe psychocorporelle, il ne peut pas contenir et soutenir celle du sujet. En revanche, s'il trouve une juste distance et que ces atteintes ne nuisent pas à son intégrité, il peut avoir une réponse adaptée. L'enveloppe psychocorporelle du psychomotricien doit être suffisamment solide pour ne pas être atteinte et, en même temps, suffisamment souple pour percevoir le dialogue tonico-émotionnel qui se joue avec le sujet.

L'utilisation de la médiation eau par le psychomotricien participe au soutien de l'enveloppe psychocorporelle. L'attitude de ce professionnel amène un cadre thérapeutique contenant et une relation de confiance activant tous les attraits thérapeutiques de la médiation eau.

Je vais maintenant illustrer ces apports en présentant deux cas cliniques, deux personnes que je rencontre sur mes lieux de stage.

PARTIE 4 : ZOOM SUR DEUX CAS CLINIQUES

Je vais aborder deux cas cliniques concernant des personnes que je rencontre sur mes lieux de stage. Je les rencontre tous deux lors d'une prise en soin qui s'appuie sur la médiation eau. Leurs projets thérapeutiques s'inscrivent dans un accompagnement autour de l'enveloppe psychocorporelle, d'où mon choix de les présenter.

I. Rémi

Je rencontre Rémi lors de mon stage en SESSAD. Rémi a une prise en soin pataugeoire le vendredi après-midi avec la psychomotricienne et moi-même.

1. Présentation physique succincte

Rémi est un garçon blond avec de grands yeux marrons. Il a une taille inférieure à ce qui est attendu pour son âge. Après avoir été longtemps en sous-poids, il présente aujourd'hui un poids dans la norme. Rémi a une **démarche particulière** due à une hémiplégie gauche, il se déplace avec son côté droit en avant, la tête tournée pour que son œil droit balaye son champ de vision. Rémi marche avec des orthèses suro-pédieuses (annexe 6). Il porte des lunettes depuis fin 2018 pour compenser la diminution d'acuité de son œil gauche.

2. Anamnèse

Rémi est né en 2013 et a 6 ans et demi lorsque je le rencontre pour la première fois début octobre 2019. Il vit avec ses deux parents et sa petite sœur.

Concernant son histoire de vie, je n'ai pas trouvé d'élément concernant la grossesse, je ne sais pas si Rémi est né à terme, s'il y avait des antécédents, ni comment s'est déroulé l'accouchement. Rémi est né en Suisse. Toute la famille est arrivée en France en 2015.

À 2 jours de vie, une **épilepsie majeure précoce** se révèle chez le nourrisson. Cette épilepsie est liée à une malformation cérébrale, une **hémimégaencéphalie droite** (croissance excessive d'un hémisphère cérébral) ce qui entraîne une **hémiplégie gauche**. Rémi est hospitalisé pendant deux mois en néonatalogie pour trouver un traitement. L'épilepsie est pharmacorésistante, les traitements ne font aucun effet. De ce fait, à 8 mois, Rémi subit une lourde opération à Genève : une **hémisphérectomie droite**, une déconnexion et une désactivation de l'hémisphère droit, foyer des crises d'épilepsie. Rémi a une **hémianopsie latérale homonyme gauche** du fait de l'hémisphérectomie.

Pendant l'intervention, le corps calleux, structure qui relie les deux hémisphères cérébraux, est aussi retiré (callosotomie) pour empêcher la propagation des crises de l'hémisphère dysfonctionnel vers l'hémisphère fonctionnel.

Rémi n'a donc que son hémisphère cérébral gauche fonctionnel. Depuis, il n'a plus refait de crise.

La perte de l'hémisphère droite a des conséquences puisqu'il joue un rôle important dans les gnosies, les émotions, la mémoire non verbale... Néanmoins, plus l'opération est faite de manière précoce dans la vie, plus souple et plastique est le cerveau, plus il est probable que l'enfant compense. La **plasticité cérébrale** est une capacité du cerveau à remodeler ses connexions cérébrales en fonction de l'environnement et des expériences vécues par le sujet.

Durant cette longue hospitalisation, du fait de la présence moins importante des parents, la qualité des interactions précoces a été altérée selon leurs dires. Ce vécu a laissé des marques psychocorporelles chez Rémi entravant son enveloppe psychocorporelle.

Rémi a tenu sa tête à 1 an et s'est tenu assis à 2 ans. Ainsi, nous pouvons noter un **retard psychomoteur**. La déficience motrice et l'atteinte neurologique ont entravé son développement psychomoteur : il a fallu plus de temps à cet enfant pour acquérir les retournements, les positions et les déplacements de base.

Courant 2017, Rémi se plaint de céphalées persistantes, très douloureuses. Son entourage est très démuni. Rémi souffre beaucoup et ne vit son Corps que dans la douleur. Cette douleur intense a pu mettre à mal l'enveloppe psychocorporelle de Rémi, la douleur « *prend toute la place et je n'existe plus en tant que Je : la douleur est* » (2, p.228). Le diagnostic de migraines vasculaires secondaires à la chirurgie est posé. Les céphalées régressent grâce aux traitements.

Rémi a bénéficié d'un bilan pédopsychiatrique qui conclut à une **évolution globalement dysharmonique** avec un processus d'individuation actuellement entravé. Il présente un retard global de développement et une certaine immaturité affective avec, malgré tout, de réelles capacités relationnelles. Il est noté de fortes angoisses relationnelles et psychocorporelles en lien avec son histoire somatique. Ces angoisses limitent sa disponibilité pour les interactions sociales, l'accès à la symbolisation et les apprentissages scolaires.

Cette annonce du pédopsychiatre, bien que faite avec délicatesse et respect, déclenche une crise familiale, marquant un avant/après-diagnostic. Les parents passent par des phases de **deuil** (E. KUBLER-ROSS) afin d'accepter ce diagnostic et de vivre avec cet handicap. Cela demande un travail de reconstruction et de reconsidération qui a pu être accompagné par les professionnels du SESSAD.

Rémi a de nombreux traitements notamment pour ses douleurs neuropathiques, ses céphalées, ses problèmes de transit et ses troubles du sommeil dus aux médicaments. L'alimentation est gênée par une **dysoralité sensorielle** : Rémi mange en texture mixée.

3. Au sein du SESSAD

Rémi est accompagné par le SESSAD depuis janvier 2017 et jusqu'en 2023 selon la notification de la MDPH. Il est scolarisé en grande section de maternelle **en milieu ordinaire** avec la présence d'une auxiliaire de vie scolaire 24 heures par semaine. Les professionnels font des bilans d'évolution chaque année afin de réactualiser son PP, projet co-construit avec la famille.

L'ergothérapeute accompagne Rémi pour le suivi du matériel et des aides techniques, notamment pour les installations en classe ou pour l'autonomie des actes quotidiens.

Le bilan éducatif montre que Rémi est demandeur de jeux symboliques et d'imitation mais il peut s'y enfermer, notamment dans les transvasements avec la dinette. La relation avec ses pairs reste toujours complexe. Rémi peut parfois lancer des objets, crier ou se mordre la main lorsqu'il est déstabilisé dans sa routine et envahi par ses angoisses. Cependant, Rémi est davantage accessible à la verbalisation de l'adulte qui l'aide à décrypter ses émotions et à y mettre du sens. Les temps de transition sont toujours difficiles mais ils peuvent être aidés par un accompagnement et une contenance physique et verbale de l'adulte.

Dans le bilan psychologique, il est noté que Rémi évolue positivement avec l'émergence d'une pensée de plus en plus individuée. Malgré des progrès sur le plan des représentations mentales et du langage, il reste en difficulté dans le domaine cognitif avec un décalage important par rapport à sa classe d'âge (âge de développement de 3 ans). Sa pensée est encore peu autonome ce qui limite les prises d'initiative dans un vrai jeu. La présence rapprochée de l'adulte et l'imitation sont néanmoins de bons appuis pour Rémi dont il sait se saisir pour accéder aux apprentissages. Rémi a besoin de l'autre pour se reconnaître comme un être unique, différencié, il n'est pas encore passé par le stade du miroir.

L'orthophoniste note une difficulté linguistique importante en expression. Elle note des amorces de progrès avec la production de mots simples et un enrichissement du vocabulaire. La compréhension du langage semble correcte en situation. Rémi a un classeur de communication, un outil PODD (annexe 7). Le PODD soutient Rémi dans sa communication. Concernant l'alimentation, il présente une sélectivité des textures associée à un réflexe nauséux.

Au sein du SESSAD, Rémi a plusieurs accompagnements : un suivi en kinésithérapie, en orthophonie et en psychomotricité, un suivi éducatif et il fait partie d'un groupe oralité co-animé par l'orthophoniste et la psychologue.

Ces différentes prises en soin permettent de **soutenir Rémi dans son développement** moteur, psychoaffectif et cognitif, d'**apaiser ses angoisses** et de le **stimuler** afin d'agir sur la plasticité cérébrale.

4. Bilan psychomoteur

La passation d'un bilan psychomoteur est difficile car c'est une situation inhabituelle et anxiogène pour Rémi. Il est difficilement accessible et disponible. Nous ne rencontrons Rémi que sur le lieu de la pataugeoire, endroit peu propice à une passation de bilan psychomoteur.

Lors d'une réunion avec la famille, la psychomotricienne propose à Rémi un dessin du bonhomme (annexe 8). Un bonhomme est distinguable dans la partie gauche de la feuille. La cotation donne un âge de développement bien en-deçà de l'âge réel de Rémi. Il faut plusieurs essais à Rémi pour faire une forme circulaire fermée sur elle-même, cercle qui représente de façon symbolique le premier contenant de pensée. Cependant, ce tracé est encore incertain avec des cercles qui restent ouverts comme une enveloppe psychocorporelle qui aurait des failles. Concernant les éléments de son dessin, les yeux sont présents, le reste est assez flou : *des membres ? des cheveux ?* Cela peut refléter le vécu psychocorporel morcelé de Rémi.

Même si je n'ai pas eu l'occasion de faire passer un bilan psychomoteur à Rémi, les prises en soin en pataugeoire me permettent de faire des observations cliniques pour établir son profil psychomoteur.

Rémi présente une carapace tonique marquée par une **hypertonie** générale. Il se tient bien droit, ses mouvements sont saccadés et peu fluides. Il attrape les objets avec beaucoup de force et de vivacité. Je le remarque également lorsque je l'aide à s'installer dans la baignoire : tout son corps est crispé ce qui donne un vécu de lourdeur. Cette **enveloppe hypertensive** le soutient, tient ses parties du corps ensemble lui amenant un sentiment de cohésion et d'unité afin de contrecarrer ses angoisses archaïques.

Au niveau de la **sphère spatiale**, Rémi reconnaît les lieux familiers et sait s'y repérer. Les lieux inhabituels, comme la salle de psychomotricité du SESSAD, entraînent de l'anxiété, de l'insécurité et de l'agitation chez Rémi : il court, il claque les portes, il déconstruit toute la salle.

Au niveau de la **sphère temporelle**, Rémi a peu d'acquisitions temporelles, il se repère dans la semaine grâce à ses activités. Progressivement, Rémi acquiert une structuration temporelle, il questionne de plus en plus sur le avant/pendant/après au fil de l'année.

Je peux observer que Rémi a une difficulté d'intégration de son schéma corporel lors des jeux d'eau où nous nous arrosons des parties du corps : Rémi n'entreprend pas de s'arroser lui-même, par exemple, le pied et le fait par imitation de mon action. Rémi semble se reconnaître dans le reflet du miroir ou sur une vidéo en se désignant du doigt mais n'y porte peu d'intérêt.

Cela questionne sur l'image du corps qu'il a de lui-même et sur son estime de soi.

Rémi montre des compétences relationnelles mais la communication orale reste très limitée avec des mots très simples et peu de vocabulaire. Il essaie de se faire comprendre par la **désignation** en montrant avec son doigt ou avec son regard. Les échanges se font principalement sur un mode non verbal avec le regard, les mimiques, les gestes, le dialogue tonico-émotionnel...

La permanence de l'objet n'est pas acquise par Rémi : si un objet se cache derrière la baignoire, celui-ci n'existe plus, de même lorsqu'une professionnelle disparaît de son champ de vision.

L'**enveloppe psychocorporelle** de Rémi semble fragile en lien avec son vécu relationnel et émotionnel. La fonction de contenance semble particulièrement précaire entraînant l'émergence d'angoisses corporelles. Sa conscience corporelle, sa relation à soi, l'autre et à l'environnement sont altérées ce qui est visible lors des moments de jeu dans la pataugeoire.

5. Objectifs de la prise en soin

L'accompagnement du SESSAD a pour objectif prioritaire de **soutenir le développement de Rémi dans toutes ses potentialités en s'appuyant sur le partenariat avec la famille**. Son PP s'appuie sur trois axes spécifiques :

- axe 1 : travail sur la construction des limites corporelles afin qu'il se sente plus solide et plus sécurisée dans ses expériences ;
- axe 2 : favoriser la communication par tous les canaux avec l'étayage du PODD utilisé par tous les professionnels ;
- axe 3 : soutenir le processus d'individuation en s'appuyant sur un travail sensoriel et corporel.

Au vu des observations cliniques faites en séances par les différents professionnels, Rémi semble présenter une grande insécurité, une enveloppe psychocorporelle défaillante et une individuation encore fragile. Cela se manifeste par des cris, de fortes angoisses corporelles, un besoin de limites, une recherche de contenance et de réassurance. Le suivi en psychomotricité s'inscrit principalement dans les axes 1 et 3 de son PP. La psychomotricienne choisit de ne pas utiliser le PODD lors des séances pour avoir des échanges plus spontanés.

Une prise en soin en psychomotricité est préconisée avec pour objectifs :

- **aider Rémi à s'approprier son corps, à se construire des représentations fiables et stables de lui-même comme différencié de l'autre ;**
- **investir son corps et sa motricité à travers le plaisir sensorimoteur.**

La psychomotricienne suit Rémi depuis son arrivée au SESSAD en janvier 2017. Au début, elle intervenait au jardin d'enfants où était Rémi. Puis, un suivi en pataugeoire est proposé pour l'année scolaire 2017/2018. C'est donc la troisième année qu'est proposée à Rémi la médiation pataugeoire. Je le rencontre donc tous les vendredis après-midi pour une pataugeoire de 15h à 16h 30, nous nous rendons dans une autre institution pour utiliser ce dispositif.

Pourquoi un suivi en pataugeoire ? La **pataugeoire** est un espace qui amène à la régression de par son cadre contenant, enveloppant et Maternant rappelant le berceau utérin.

Cette indication est intéressante afin de contenir le débordement psychocorporel de Rémi en passant par la médiation eau. C'est un lieu où Rémi peut rejouer ses angoisses archaïques. Le professionnel, de par sa fonction contenante, est là pour les accueillir et les transformer en éléments plus assimilables. Cela suit le modèle du contenant-contenu de W.R. BION (9). Les objets à disposition permettent des manipulations de transvasement, de remplissage, de vidage, d'appréhension de la contenance, de ce qui tient...

Ce dispositif est pensé pour offrir suffisamment de stabilité, de fiabilité et d'immuabilité afin que l'enfant puisse faire l'expérience d'un sentiment de continuité d'existence, d'unité et ainsi, soutenir son enveloppe psychocorporelle.

De plus, le **médium malléable** que représente l'eau est particulièrement intéressant ici avec les différentes propriétés que lui a conféré R. ROUSSILLON (42).

L'eau, de par son enveloppement et ses propriétés, a une **fonction de contenance**. Cet objet médiateur amène des sensations sur l'enveloppe cutanée qui permettent de mieux ressentir son Corps et ses différentes caractéristiques (différenciation dedans/dehors et soi/non-soi, limites, barrière protectrice, imperméabilité/perméabilité).

La pataugeoire est pertinente pour Rémi car son enveloppe psychocorporelle semble encore fragile, il peut éprouver des angoisses archaïques de morcellement, d'éclatement, d'éparpillement. Ses limites psychocorporelles semblent précaires ce qui lui amène des sensations d'insécurité, d'indifférenciation et un processus d'individuation entravé.

Les différents professionnels ont observé que, lors des séances, Rémi « *se perd* » dans la relation à l'autre ou lors des moments de transition (changement d'espace, d'adulte référent...), il ne sait plus qui il est, il est envahi par toutes les sensations qui lui parviennent, il ne peut y mettre du sens.

Quelle est la particularité de cette année ? Durant les années précédentes, la psychomotricienne faisait cette pataugeoire avec une éducatrice spécialisée que connaissait très bien Rémi.

Cette année, pour des raisons économiques, deux professionnelles ne peuvent pas être affectées au même suivi. La psychomotricienne se retrouve face à un dilemme : arrêter la pataugeoire ou continuer ce suivi avec une stagiaire. Du fait de ma présence en stage, elle décide de poursuivre la pataugeoire avec Rémi.

Cette proposition n'est pas pérenne puisqu'elle dépend de ma présence, le suivi se terminera en même temps que la fin du stage. C'est la dernière année que Rémi est suivi par la psychomotricienne car il est réorienté vers une autre institution, un Institut d'Éducation Motrice (IEM) car cet enfant nécessite davantage de soins continus.

6. Notre rencontre

En début d'année scolaire, la psychomotricienne rencontre Rémi et sa famille pour leur expliquer la nouvelle configuration de la pataugeoire. Elle les prévient ainsi de mon arrivée prochaine ce qui va permettre à Rémi d'anticiper, de se préparer et de se projeter dans ces futures séances. En effet, ce changement aurait pu entraîner de l'insécurité et de l'anxiété chez cet enfant.

Je le rencontre pour la première fois juste avant la première pataugeoire de l'année début octobre. J'appréhende cette rencontre car la psychomotricienne m'a exposé le comportement imprévisible de Rémi. Le taxi dépose Rémi et nous l'accueillons à l'entrée de l'institution. Il dit bonjour à toutes les personnes que nous croisons dans l'institution dans une sorte de politesse automatique, apprise. Il ne semble pas surpris de ma présence nouvelle, il semble m'ignorer. Il ne m'adresse que peu de regards, de mots ou d'échanges, il ne m'inclut pas dans la relation avec la psychomotricienne.

Rapidement, la psychomotricienne le prend par la main car Rémi est très agité, il a besoin de contenance physique. Je me sens démunie à cet instant-là : *comment vais-je pouvoir aider à apaiser Rémi ?*

Les moments de transition avant/après-pataugeoire sont difficiles pour lui. L'entrée dans la pièce de la pataugeoire est compliquée, Rémi hurle, aboie comme un chien et se mord la main. Je peux faire l'hypothèse que cela peut être son moyen de se contenir grâce aux enveloppes sonore et de douleur créées par ses actions. Ces stimulations sensorielles peuvent venir nourrir sa conscience corporelle, ses limites et ainsi, son enveloppe psychocorporelle. Il ne sait plus trop qui il est, ni où il est, il est éparpillé. Nous nous asseyons au sol pour le contenir physiquement : la psychomotricienne derrière lui pour lui offrir un arrière-plan de sécurité et je me positionne devant Rémi pour lui apporter un soutien visuel. Nous réussissons à l'apaiser avec des comptines. Avec cette **enveloppe sonore**, il devient plus accessible et chante avec nous.

Avant le déshabillage, la psychomotricienne prend un temps pour lui expliquer que le cadre a changé cette année et que je vais être présente toute l'année. À ce moment là, Rémi me regarde dans les yeux avec une véritable intention et me dit « *bonjour* ». Puis, il touche délicatement mes cheveux, un **lien thérapeutique** se crée. Nous pouvons commencer le déshabillage, Rémi est peu actif, il est très adhésif à mon regard et à mon visage. Par la suite, nous débutons la pataugeoire.

7. La prise en soin psychomotrice

Lors des deux premières séances, la psychomotricienne joue avec Rémi et je me positionne en tant que observatrice/scriptrice. Puis, nous nous rendons compte que cette proposition n'est pas la plus accommodante puisque la psychomotricienne doit, à la fois, jouer avec Rémi, m'aiguiller dans cette nouvelle médiation et « *tenir le cadre dans sa tête* » (25, p.36). De ce fait, nous intervertissons les rôles, ce changement ne perturbe pas Rémi. À la troisième séance, nous lui expliquons ce changement et il me tend la main pour qu'on aille tous les deux dans l'espace humide. Nous gardons cette disposition pour le reste des séances.

Avec la psychomotricienne, nous faisons un co-travail d'analyse et de lecture clinique et nous nous adaptons au mieux pour répondre aux besoins de Rémi. Nous observons qu'il est difficile pour lui de rentrer dans la pièce lorsqu'elle n'est pas tout à fait prête ou de rester avec une des deux soignantes quand l'autre finit de se préparer.

En effet, Rémi a besoin de continuité afin qu'il puisse construire des repères et anticiper ses actions. Ces moments de transition sont compliqués à gérer pour lui car ils ne s'inscrivent pas dans une circularité et une sécurité. L'entre-deux est difficile à mentaliser : Rémi se perd dans ces moments de latence car il n'a pas encore accès à la symbolisation et à la représentation.

De ce fait, nous décidons d'adapter le cadre physique et psychique afin de nous changer et de préparer la pièce avant l'accueil de Rémi. Le taxi a pu décaler d'une dizaine de minutes l'arrivée du jeune garçon. Ainsi, nous accueillons Rémi et nous restons avec lui, dans le même endroit, ensemble, jusqu'à la fin de la séance. Il n'y a plus de discontinuité et la pièce reste bien fermée. Je me rends compte ici de l'importance de l'adaptation du cadre afin qu'il soit le plus contenant et sécurisant possible pour soutenir l'enveloppe psychocorporelle de Rémi.

L'entrée dans l'espace de la pataugeoire reste un peu difficile pour Rémi, il crie, il ferme et ouvre la porte plusieurs fois. Nous créons alors une comptine que l'on chante tous les trois avant l'entrée et durant le début du déshabillage. Celle-ci amène un **portage** et une **enveloppe verbale** (41) qui permet à Rémi de s'apaiser et d'être accessible, disponible à la relation.

Les séances de pataugeoire ont plus ou moins la même construction : le but est de s'inscrire dans une routine pour que Rémi se sente assez sécurisée afin que ses expériences puissent nourrir son enveloppe psychocorporelle et son sentiment de soi.

Une fois en tenue, Rémi et moi rejoignons l'espace humide. La psychomotricienne s'installe sur le côté avec le cahier de Rémi. J'allume l'eau et Rémi demande toujours la **baignoire**, objet plus contenant que la flaque de la pataugeoire. Il la remplit afin d'être immergé. Comme la baignoire est assez étroite, Rémi s'allonge et trouve une position afin que la majorité de son corps soit sous l'eau. Il se détend, ses mouvements sont plus légers démontrant une baisse du tonus musculaire. L'eau l'enveloppe et lui procure des sensations plus intenses et globales que le milieu terrestre. Rémi ressent la contenance de l'eau, cela soutient son enveloppe psychocorporelle car il est davantage en relation, en interaction avec moi. Il forme un « *corps-baignoire* » avec ce contenant qui l'enveloppe.

Puis, Rémi se redresse, saisit le tuyau et arrose chaque pan de mur : il vérifie que tout tient, que tout est solide. Ensuite, il fait de même sur sa baignoire : il vérifie qu'elle tient, qu'elle le contient et maintient bien unifié, tout entier. Cela montre le vécu psychocorporel qu'il a de son Corps fragile, morcelé avec des limites poreuses.

Durant ce rituel, Rémi est peu accessible alors nous verbalisons ce qu'il fait « *le jet ne casse pas le mur, il est solide, il est fort, il tient* ». Après ces vérifications, il est possible d'éteindre l'eau. Rémi est plus enclin à la relation et au jeu. Nous faisons ensemble des jeux de remplissage/vidage, de transvasement... Nous mettons du savon dans l'eau de dehors (celle de la pataugeoire) pour la différencier avec l'eau de dedans (celle de sa baignoire) pour aller vers une représentation des limites, de la différenciation dedans/dehors et des échanges qui s'y opèrent.

Au début de l'année, la sortie de la baignoire est très difficile pour Rémi : il crie comme un enfant qui vient de naître. La baignoire et l'eau viennent remédier aux failles de son enveloppe psychocorporelle en apportant de la contenance physique. Il en est de même avec la posture et la disponibilité psychocorporelle des deux professionnelles. La psychomotricienne vient le sortir, presque l'extirper, de la baignoire. Elle l'enveloppe dans des serviettes chaudes et regagne l'espace sec pour chanter des comptines. Rémi peut ressentir des angoisses de morcellement, de perte d'unité, il a donc besoin de se sentir enveloppé et contenu.

Nous nous servons d'un timer pour que Rémi anticipe la fin de la séance. La sortie de la baignoire est plus facile puis il regagne l'espace sec avec la psychomotricienne. Je peux alors enlever la bonde et nous disons tous les trois « *au revoir l'eau* ». L'eau s'en va par le trou d'évacuation et nous avons remarqué qu'il est plus facile pour Rémi de voir l'eau partir lorsqu'il est dans l'espace sec avec la psychomotricienne. Nous privilégions cette fin plus calme.

Nous séchons Rémi et nous le rhabillons. Le rhabillage est plus facile que le déshabillage car Rémi est moins hypertonique du fait de l'immersion et il est plus participatif. Le « *vécu original* » de l'eau nourrit son schéma corporel, Rémi est acteur de son corps. Il veut être le plus indépendant possible pour le rhabillage, il verbalise « *moi, grand garçon* ».

La pataugeoire reste malgré tout un **espace d'expression et d'expérimentation**. Rémi nous le rappelle bien en exprimant de par ses cris et son agitation toute son insécurité et sa difficulté à donner du sens à ses actions sans l'aide de l'autre. Rémi commence à intégrer ses limites corporelles et à pouvoir faire des expériences plus variées (arroser différentes parties du corps, repérer le chaud/froid...). Grâce aux jeux de la pataugeoire, Rémi semble se sentir plus solide, plus rassemblé, plus unifié avec une enveloppe psychocorporelle plus sûre et sécurisée.

Il semble que Rémi se soit beaucoup **apaisé** cette année : les moments de crises sont moins fréquents et plus gérables, il peut montrer des compétences relationnelles plus importantes. Progressivement, Rémi a un accès à la symbolisation qui lui permet de se construire une temporalité. Il questionne beaucoup « *toi va où après ?* » et nous demande dans combien de « *dodos* » est la prochaine pataugeoire.

Il semble plus solide dans son Corps, plus sûr de ses limites car il a moins besoin de contenance de ses stimulations sensorielles (cris, morsures) et de celles des professionnelles. Il est dans une démarche d'émancipation, de différenciation à l'autre et d'individualité. Le suivi en pataugeoire participe au soutien du sentiment d'identité, de continuité d'existence de Rémi et de ce fait, de son enveloppe psychocorporelle. Néanmoins, tout cela s'exprime dans un espace adapté où il est possible d'accueillir de façon bienveillante toutes ses angoisses et ses fragilités.

8. Conclusion

Le dispositif pataugeoire vient soutenir Rémi dans son individualité, son unité et son enveloppe psychocorporelle de par son cadre contenant, ses rituels et la fonction contenante et enveloppante des professionnelles. Il montre une évolution sur le plan psychocorporel, dans la communication et l'ajustement relationnel. Il semble que Rémi amorce un travail de différenciation soi/non-soi dans ses ressentis et dans son repérage spatio-temporel. Il se montre ainsi plus sécurisé et présent : il commence réellement à s'adresser à l'autre.

Ce suivi, prévu initialement jusqu'à la fin du mois de mai 2020, s'est arrêté brutalement courant mars du fait de la crise sanitaire. À ce jour, je ne sais pas si mon stage va reprendre dès la fin du confinement. La psychomotricienne est en télétravail et fait des séances pour les familles qui sont en demande de prises en soin psychomotrices. Il n'y a pas de demande particulière de la famille de Rémi : l'accompagnement est alors en suspens.

II. Madame L.

Je rencontre Mme L. lors de mon stage en EHPAD, le jeudi depuis octobre 2019. Mme L. bénéficie d'une séance de balnéothérapie hebdomadaire dans le spa avec l'une des deux psychomotriciennes de l'établissement. C'est durant ces séances que je rencontre Mme L.. Il m'arrive également de la rencontrer sur les lieux de vie.

1. Présentation physique succincte

Mme L. est une dame brune aux cheveux courts et aux yeux noirs. Elle est très coquette : elle est souvent maquillée, bien habillée et porte de nombreux bijoux. Cette dame est de taille moyenne et présente une surcharge pondérale.

2. Anamnèse

Mme L. est une femme de 82 ans, elle est née en 1937. Dans sa jeunesse, cette dame pratiquait la gymnastique et le contorsionnisme à un très haut niveau pendant près de 10 ans atteignant les Championnats de France. Elle faisait également de la natation. À l'âge de 19 ans, elle arrête brutalement la gymnastique et le contorsionnisme en raison de problèmes de santé liés à ces **pratiques sportives intenses**.

Mme L. occupe un poste administratif jusqu'à la retraite. Mme L. a deux enfants : une fille et un fils mais elle n'a plus de contact avec ce dernier. Elle est divorcée. Elle s'est longtemps occupée de sa mère lorsque celle-ci vivait à son domicile.

Mme L. a l'habitude de prendre soin d'elle-même et de son corps meurtri par la pratique sportive intense avec de la relaxation, de la balnéothérapie, des exercices doux de respiration... Elle a mis en place ces techniques pour tenter de soulager ses importantes **douleurs**.

Elle apprécie grandement les activités manuelles comme la peinture, le dessin, le tricot...

Avant son entrée en institution, sa fille s'est longtemps occupée d'elle. Le maintien à domicile devient compliqué en raison de chutes récidivantes. Suite à une hospitalisation de Mme L. pour un syndrome confusionnel suite à un sepsis, sa fille fait une demande d'institutionnalisation. Toutes deux restent en contact et sa fille lui rend visite régulièrement.

Mme L. intègre la résidence en septembre 2017. Son niveau d'autonomie est évalué à un **Groupe Iso-Ressource 3** qui correspond aux personnes ayant conservé leur autonomie mentale mais qui nécessitent plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

Dans l'institution, Mme L. conserve donc quelques capacités motrices en se déplaçant en fauteuil roulant sur les longues distances ou avec son déambulateur sur les petites distances, notamment dans sa chambre. Elle doit cependant être aidée dans certains actes de la vie quotidienne (toilette, habillage).

Sociable et bavarde, les autres résidents l'apprécient. Mme L. participe à de nombreuses animations qui lui permettent de maintenir un lien social, d'occuper ses pensées afin qu'elle soit moins envahie par ses douleurs et ses angoisses.

Mme L. présente de **lourds antécédents médicaux** avec de multiples interventions, conséquences de sa pratique sportive. Mme L. souffre d'une scoliose sévère multi-opérée avec arthrodèse lombaire (fusion définitive de vertèbres douloureuses pour éliminer les mouvements entre elles) de T11 à L5. Elle subit ensuite de nombreuses opérations au niveau de sa colonne vertébrale :

- une chirurgie de décompression (retrait des tissus qui font pression sur la structure nerveuse) de T11 ;
- une ostéotomie trans-pédiculaire (section d'un os pour modifier son axe, sa taille ou sa forme) de L4 ;
- une corpectomie vertébrale totale (ablation du corps vertébral) de C5 ;
- une discectomie (ablation d'une partie du corps vertébral) de C4-C5 et de C5-C6.

Mme L. a des prothèses totales au niveau de ses deux genoux et de ses deux hanches. Suite à ces lourdes opérations, Mme L. se plaint de multiples douleurs neuropathiques chroniques au niveau des membres inférieurs (lésions des voies de transmission de la douleur). Elle présente également des douleurs au niveau de l'épaule droite consécutives à la rupture des tendons de la coiffe des rotateurs, inopérable.

Il y a une suspicion d'un **trouble démentiel** chez Mme L. avec un Mini-Mental State Examination (MMSE) de 19/30. Ce test met en évidence une majoration des troubles cognitifs, une désorientation spatio-temporelle, une plainte mnésique centrée sur la mémoire à court terme et sur l'attention. À ces troubles cognitifs s'ajoutent des **troubles psycho-comportementaux** chez Mme L..

L'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI-ES) démontre un score de 31 points mettant l'accent sur une anxiété, une irritabilité et une agressivité. Les différentes évaluations depuis l'entrée de Mme L. dans la structure montrent une diminution du MMSE et une augmentation du NPI-ES ce qui révèle une progression de la maladie. Mme L. se rend au PASA deux jours par semaine pour participer à des ateliers thérapeutiques afin de diminuer les troubles du comportement.

Mme L. souffre de **douleurs abdominales** avec une **somatisation** importante concernant des troubles gastro-intestinaux. Ses angoisses sont tellement intenses que Mme L. passe la majorité de son temps en journée aux toilettes, persuadée qu'elle est constipée. Tout cela est majoré par les troubles cognitifs et la **prise de poids** consécutive à la dernière opération. Mme L. l'associe à sa sédentarité depuis son entrée dans l'EHPAD. Mme L. vit très mal cette augmentation pondérale et, du fait de ses troubles cognitifs, imagine son corps tel qu'il y a quelques années. Mme L. présente une **hypothyroïdie** qui a pu participer à la prise de poids. Elle souffre d'une anxiété massive et envahissante avec une hypertonie généralisée. Elle présente également des troubles de la marche, de l'équilibre et des rétractions tendineuses au niveau des orteils. Mme L. porte des lunettes et n'a pas de trouble auditif.

3. Au sein de l'EHPAD

La **prise en soin médicamenteuse** de Mme L. comprend des hyperthyroïdiens, des laxatifs, des antalgiques périphériques, des benzodiazépines, un anti-inflammatoire local, des neuroleptiques, des thymorégulateurs, des antiépileptiques et des opioïdes indiqués dans le traitement de douleurs neuropathiques et nociceptives. Ce traitement lourd a des incidences sur les fonctions cérébrales supérieures de Mme L..

La **prise en soin non médicamenteuse** de Mme L. comporte l'intervention d'une kinésithérapeute, d'une ergothérapeute et des psychomotriciennes.

Dans l'établissement, les déplacements de Mme L. se font à l'aide d'un fauteuil roulant mais cette dame peine à se déplacer en autonomie du fait de son bras douloureux. Auparavant, Mme L. se déplaçait en fauteuil roulant électrique mais il lui a été retiré car sa manipulation non acquise mettait en danger les autres résidents.

La prise en soin en ergothérapie se base sur l'entraînement dans les trajectoires avec son fauteuil roulant électrique pour appréhender au mieux sa manipulation, se l'approprier et l'intégrer dans son environnement. Un travail se fait également sur la relatéralisation de la manette directionnelle car l'ergothérapeute l'a basculé du côté gauche pour soulager le bras droit douloureux de Mme L..

La prise en soin en kinésithérapie comprend des massages de la région cervico-scapulo-humérale, du travail actif au niveau des membres supérieurs et inférieurs, des techniques de neurostimulation électrique transcutanée et des applications de compresses chaudes au niveau de son épaule droite douloureuse.

Ce suivi est suspendu depuis début 2020 car les séances deviennent compliquées du fait de la majoration des troubles, Mme L. passe son temps aux toilettes durant les séances. De plus, il n'y a pas d'observation de bénéfice.

À son arrivée, Mme L. bénéficie d'une séance de spa une fois par mois avec l'animatrice. Avec l'accentuation des troubles cognitifs et psycho-comportementaux, les psychomotriciennes prennent le relais afin d'offrir une prise en soin plus régulière et rapprochée dans le temps.

4. Bilan psychomoteur

J'ai réalisé un bilan psychomoteur avec Mme L. sur deux séances de 30 minutes avant la séance de balnéothérapie. J'ai proposé des items de l'Examen Géronto-Psychomoteur et un dessin du bonhomme.

Lors de la passation, Mme L. est à l'aise **dans la relation**, elle est souriante et fait preuve d'humour. Elle me repère bien dans la structure, elle se rappelle de ma voix et de mon visage mais ne retient pas mon prénom. Mme L. est attentive et disponible, elle fait beaucoup d'efforts pour réussir au mieux les épreuves. Elle me sollicite à chaque réponse : « *c'est juste ?* », elle a le souci de bien faire, elle verbalise être perfectionniste. Si elle échoue, Mme L. se dévalorise et est très dure envers elle-même : « *je m'en rappelle plus, c'est un comble d'être si idiote* ». Elle a une mauvaise estime de soi et un manque de confiance en ses capacités du fait de ses troubles.

En ce qui concerne l'EGP, des difficultés de **coordinations statiques et dynamiques** sont présentes. Les coordinations sur la pointe des pieds, sur un pied ou sur la pointe d'un pied, la marche accélérée et la course n'ont pu être évaluées du fait d'un risque de chute trop élevé. Mme L. parvient à garder un équilibre précaire en position verticale pendant 5 secondes avec un appui fixe. Elle verbalise qu'elle ne tient plus sur ses jambes. Cela demande beaucoup d'énergie à Mme L. qui se rassoit aussitôt. Elle marche avec un déambulateur sur une faible distance d'environ 10 mètres.

L'évaluation du **tonus** est difficile du fait des nombreuses douleurs de Mme L., je ne peux pas mobiliser son bras droit. Concernant son tonus de fond, j'observe des difficultés de régulation tonique. Lors des épreuves de ballant, de flexion passive et de chute, Mme L. est dans le contrôle, dans la difficulté de se relâcher et de me laisser faire le mouvement. Mme L. présente une hypertonie au niveau des membres inférieurs et supérieurs. Son vécu douloureux amène à des tensions musculaires, à une carapace tonique difficile à réduire par simple effet de conscience. Les capacités praxiques des membres supérieurs sont efficaces malgré une nécessité de contrôle visuel pour les épreuves opposition pouce-doigts et pianotage/dépianotage. Mme L. peut nommer et désigner les parties du corps sur elle ou sur autrui.

Au niveau de la **sphère temporelle**, Mme L. sait lire l'heure sur sa montre à aiguille. Elle connaît son âge mais ne sait plus sa date de naissance. Elle ne connaît pas la date du jour et a des difficultés pour se repérer dans les jours et les mois.

Au niveau de la **sphère spatiale**, Mme L. peut nommer la ville et le type d'établissement dans lesquels elle se trouve avec aide. Cette dame a des difficultés pour s'orienter dans ses déplacements au sein de la structure et même au sein de sa propre chambre lors de moments de grandes angoisses. Elle rapporte une gêne fréquente liée à des oublis, notamment en mémoire à court terme.

Lors du dessin du bonhomme dont la consigne est de se représenter soi-même, Mme L. réalise le dessin d'une femme souriante sans mouvement (annexe 9). Son dessin se situe dans le quart en haut à gauche de la feuille. Cette dernière pliée initialement en quatre a peut-être influencé le placement du dessin. Le tracé est tremblant car réalisé par son côté droit douloureux. Les membres n'ont pas d'articulation, ils forment un bloc figé. Cela donne une impression que le bonhomme dessiné est dans l'impossibilité de se mouvoir. Les pieds et les mains suivent la continuité des membres et sont peu distinguables. Cela peut refléter le vécu psychocorporel de Mme L.. C'est une dame qui bouge peu et lorsqu'elle se met en mouvement, son corps n'est que douleur.

Au niveau des vêtements, Mme L. représente d'abord cette femme avec un pantalon et une veste puis rajoute par-dessus une jupe dont la taille est beaucoup plus grande. Elle ne sait pas verbaliser pourquoi elle a dessiné cela. Cela me questionne sur la représentation corporelle qu'a Mme L. de son propre corps vis-à-vis de sa prise de poids.

Pendant cette rencontre, je questionne Mme L. sur sa qualité de vie. Elle me confie se trouver bien dans la structure mais souhaiterait plus de présence à ses côtés et participer à davantage d'ateliers car elle se sent seule (je précise que ce bilan psychomoteur est effectué durant la période de confinement).

5. Objectifs de la prise en soin

Les psychomotriciennes accompagnent également Mme L.. Elle participe au groupe thérapeutique jeux de société et à la canithérapie. Une balnéothérapie en spa est proposée à Mme L. une fois par semaine, le jeudi matin, depuis environ deux ans, suite à une décision pluridisciplinaire. Il nécessite la présence d'une psychomotricienne. L'équipe juge que cette prise en soin peut octroyer à Mme L. un espace-temps propice à la verbalisation, à la contenance de ses affects et l'apaisement de ses angoisses et de ses troubles. Suite à l'arrêt de la kinésithérapie, la seconde psychomotricienne propose une séance en salle multi-sensorielle le mardi.

Les objectifs de ces prises en soin sont de revaloriser Mme L. en lui apportant un **état de mieux-être psychocorporel**, en soulageant ses douleurs afin qu'elle revive son corps comme un « *corps-plaisir* ». L'utilisation de cette médiation eau par la psychomotricienne permet d'instaurer un cadre spatio-temporel fiable et de soutenir l'enveloppe psychocorporelle de Mme L..

L'eau, par ses caractéristiques, rappelle sans doute à Mme L. des souvenirs, des moments appréciés qui lui ramènent des sensations positives. La posture des psychomotriciennes donne tout l'effet thérapeutique à l'eau : avec leur rôle de contenance, elles sont disponibles, elles mettent des mots sur ce qu'il se passe, elles apaisent et rassurent.

6. Notre rencontre

Je rencontre pour la première fois Mme L. juste avant la balnéothérapie début octobre. Accompagnée de la psychomotricienne, je me rends dans la chambre de Mme L. afin d'aller la chercher pour l'amener au spa. Nous trouvons Mme L. sur ses toilettes. Elle se plaint de ses troubles gastro-intestinaux et urinaires. Elle ne veut pas quitter les toilettes car elle a extrêmement peur de se faire dessus, de se salir, de l'image qu'elle renverrait si elle se souillait. La psychomotricienne prend alors du temps pour accueillir, pour l'apaiser et la rassurer. Mme L. arrive à sortir de sa salle de bain et s'installe sur le fauteuil roulant, décidée à aller au spa.

Je me présente à Mme L.. Cette dame me salue d'un ton aimable, souriante et se présente en retour.

Par la suite, nous descendons au spa et nous commençons une séance type de balnéothérapie. Pour cette première séance, je me positionne en retrait en tant qu'observatrice passive. Mme L. n'hésite pas à me solliciter en discutant ou en me posant des questions. Un lien thérapeutique commence à se créer entre nous.

7. La prise en soin psychomotrice

Mme L. est envahie par des sensations auxquelles elle n'arrive pas à mettre du sens. Mme L. a une inquiétude perpétuelle concernant ses troubles gastro-intestinaux et sa continence urinaire et anale. Ces angoisses la submergent, Mme L. peut passer ses journées à faire des allers-retours aux toilettes ce qui l'épuise. Lors de ces moments, les troubles psycho-comportementaux sont majorés. Mme L. est peu accessible à la relation à l'autre car elle est centrée sur ses sensations et en même temps, elle est en demande de présence pour trouver une issue à ses éprouvés.

Mme L. associe ses troubles gastro-intestinaux à sa prise de poids : « *regardez ce gros ventre, c'est à cause de lui que je suis malade* ». Elle n'intériorise pas son nouveau reflet et se vit dans son corps d'avant. Elle verbalise « *je vais éclater* » en faisant référence à son ventre qui est « *plat comme une limande le soir et tout gonflé le matin* » selon Mme L..

Son image du corps porte une valence négative. Dès que Mme L. se voit dans un miroir, elle verbalise des choses très dures « *ce n'est pas une tête ça, c'est une gueule, une vieille gueule* » signe d'une faible estime de soi avec une dévalorisation importante concernant son apparence physique, elle qui était toujours coquette et soucieuse de son apparence. Cela provoque une **désorganisation existentielle** mettant à mal son sentiment d'identité et de sécurité. Le syndrome démentiel et le vieillissement physiologique viennent accentuer ce mal-être. Son enveloppe psychocorporelle est fragilisée, ses fonctions sont mises en péril. Les angoisses d'incontinence, de vidage de Mme L. viennent nourrir la défaillance de son enveloppe psychocorporelle. Ainsi, Mme L. se vit dans un « *corps-passoire* » qui ne contient plus son intérieur et qui ne la protège plus de l'extérieur.

Le cadre thérapeutique de cette médiation lui permet d'exprimer ses douleurs, ses perceptions et ses difficultés liées à son nouveau vécu psychocorporel. Mme L. a peu d'estime d'elle-même et de son Corps. Son histoire de vie impacte son enveloppe psychocorporelle : ce corps qui était son outil lorsqu'elle était une sportive de haut niveau est aujourd'hui un « *corps-fardeau* » qui lui amène plus de déplaisirs que de plaisirs. Mme L. se focalise sur ses douleurs. Les multiples interventions médicales amènent à un vécu corporel **instrumentalisé** avec des soins directs et intrusifs sur des parties très localisées. Seules les zones de soin sont investies par le corps médical. L'entière psychocorporelle de Mme L. n'est pas prise en compte générant un vécu « *morcelé* ». Ainsi, l'enveloppe psychocorporelle de Mme L. se retrouve « *perforée* » et attaquée ce qui génère des angoisses et une dévalorisation d'elle-même.

La balnéothérapie participe au soutien de son enveloppe psychocorporelle de par les propriétés de l'eau et la fonction contenante de la psychomotricienne. Les effets de portage et d'enveloppement de l'eau apportent un temps d'apaisement à Mme L., un temps où ses angoisses sont en pause. L'eau chaude permet une **détente psychocorporelle progressive**. L'intérêt du spa est aussi de diminuer les douleurs et les troubles psycho-comportementaux de Mme L. qui se majorent ces derniers temps du fait de l'évolution de ses troubles cognitifs. Mme L. est ravie d'avoir ce temps, elle le verbalise régulièrement durant les séances : « *j'ai de la chance d'avoir ce moment* ». Cette dame a toujours apprécié l'eau, il était dans ses habitudes de vie de prendre des bains, d'aller nager et de se relaxer dans l'eau. Lorsqu'elle a pu acheter une maison, ses priorités furent de construire une piscine et de s'offrir une baignoire à remous.

À la fin du mois d'octobre, la psychomotricienne décide de passer le relais de ce suivi à l'autre psychomotricienne de la structure, certaine des bienfaits de l'eau sur Mme L..

Cette professionnelle suivait Mme L. depuis mai 2018. Avec la majoration des troubles cognitifs et des angoisses corporelles de Mme L., la psychomotricienne n'arrive plus à être entièrement disponible et à contenir les éprouvés envahissants de Mme L. Je continue à être présente sur le suivi avec l'autre psychomotricienne. Je vais présenter le déroulement d'une séance type.

Avant la séance, je prépare le salle de spa et je le remplis d'eau. Puis, je vais voir Mme L. afin de lui amener le maillot de bain. Je reste avec elle le temps qu'une aide-soignante arrive pour lui faire la toilette et la préparer.

À l'heure de la séance vers 10 h, avec la psychomotricienne, nous allons chercher Mme L. qui est alors en maillot de bain dans sa chambre. Elle s'installe dans son fauteuil roulant, nous la recouvrons avec son peignoir car elle veut cacher son ventre qu'elle qualifie de « *trop gros* ». Nous l'accompagnons jusqu'au spa. Les troubles cognitifs empêchent Mme L. de retenir le trajet jusqu'à la salle mais elle se remémore son agencement et son ambiance.

Une fois dans la salle, nous fermons le rideau, éteignons le plafonnier et allumons une lampe tamisée qui change de couleur : l'ambiance de la salle change, elle devient apaisante et contenante. Mme L. s'installe sur une chaise comportant une sangle pour être portée, à l'aide d'un lève-personne plafonnier, dans le spa. Nous l'installons dans le spa en position semi-assise avec un coussin sous la nuque pour plus de confort. L'eau est à environ 35°C. Nous allumons les jets massants et les lumières du spa. Ces éléments ont un effet sur Mme L. : elle peut se détendre et apprécier le moment. Nous nous positionnons chacune d'un côté de Mme L.. La psychomotricienne peut proposer du toucher thérapeutique au niveau de son bras droit, de ses épaules et de sa nuque.

Un peu avant la fin du bain, la psychomotricienne prépare la sortie de l'eau. La séance dure 30 minutes jusqu'à l'arrêt des jets du spa. Mme L. sait que l'arrêt des bulles signifie la fin de la séance. Nous raccrochons la sangle, restée dans l'eau, pour réutiliser le lève-personne. Ensuite, nous enveloppons Mme L. dans des serviettes et nous l'aidons à se rhabiller. La psychomotricienne reste ranger la salle et je raccompagne cette dame jusqu'à sa chambre. Il est environ 11h 15. Je reste avec elle un moment afin de la coiffer, de l'aider à se préparer et à se maquiller. Puis, je l'amène à la salle de restaurant pour le déjeuner.

J'ai donc suivi ces séances durant toute l'année, je vais détailler l'évolution de cette prise en soin.

À certaines séances, il est complexe de convaincre Mme L. d'aller à la salle de spa.

Cette dame, avec ses angoisses de vidage et de ses douleurs abdominales, a la crainte de sortir de sa chambre, de ne pas trouver de toilettes ou de souiller le bain. Nous accueillons ses dires et nous la rassurons en lui disant qu'il y a des toilettes dans la salle de spa si besoin. Mme L. a une certaine conscience de ses troubles car elle dit « *je sais que mes douleurs sont psychologiques car elles varient selon le contexte* », elle culpabilise d'être souvent dans la plainte car elle dit que ce n'est pas dans son tempérament. Elle verbalise également qu'elle ne se reconnaît plus car avant, elle était une personne positive et joviale.

Il est arrivé que Mme L. refuse la balnéothérapie mais c'est assez rare. Dans ce cas, la psychomotricienne propose une séance dans la salle multi-sensorielle sur le matelas à eau pour l'apaiser, la détendre et lui apporter des stimulations sensorielles agréables afin d'aller vers un « *corps-plaisir* ».

Lors des premières séances, Mme L. ne se détend pas vraiment malgré les sollicitations de la psychomotricienne de fermer les yeux, de faire de grandes respirations, de prendre en compte ses sensations corporelles. Mme L. en profite pour échanger avec nous, elle nous parle de son adolescence, de son parcours sportif, de son amour pour l'eau, de sa maison. Dès qu'il y a un silence, Mme L. le comble avec des ruminations sur ses angoisses et ses plaintes. La psychomotricienne amène alors des sujets de discussion pour dévier le discours. Parfois, les angoisses étant trop envahissantes, Mme L. demande à sortir du bain avant la fin de celui-ci. Nous sortons bien évidemment cette dame de l'eau car il est primordial de toujours prendre en considération les douleurs, les sensations et le vécu de l'autre pour le valider et non le mettre en échec.

Puis, au fil des séances, Mme L. est plus silencieuse, plus dans le ressenti et dans l'écoute des sensations qui lui sont agréables. Elle s'octroie plus de temps pour se détendre. Ceci est visible par des traits du visages plus détendus, un faciès moins fermé, une respiration ample et profonde et par des grands soupirs. Cette dame ferme les yeux, se repose, s'endort parfois.

Elle baille de nombreuses fois, signe de bien-être, de détente profonde et de lâcher-prise. Il n'y a plus aucune plainte de douleur.

Les bienfaits de l'eau sont observables. Lorsque Mme L. est immergée, les plaintes douloureuses s'estompent : il y a bien un avant, un pendant et un après-bain.

Lors de ces séances, Mme L. apprécie le toucher thérapeutique qui lui apporte du plaisir sur ces zones douloureuses. Dans l'eau, cette dame se sent bien et verbalise qu'elle se sent en confiance.

Ces deux médiations lui apportent une contenance et une conscience de ses limites qui nourrissent son enveloppe psychocorporelle. Mme L. verbalise « *ça fait du bien, ça remet tout en place* » : l'eau lui amène un sentiment d'unité, de sécurité et de continuité d'existence. Quotidiennement, Mme L. « *subit* » son corps et a un vécu psychocorporel morcelé du fait de ses douleurs.

Elle verbalise « *je me détends dans le bain mais je ne sais pas si c'est grâce à vous ou grâce à l'eau* » : la médiation eau ainsi que l'accompagnement enveloppant et accueillant des psychomotriciennes apportent une contenance psychocorporelle, propice au soutien de l'enveloppe psychocorporelle de Mme L..

Lors de la sortie de l'eau, les plaintes douloureuses reviennent progressivement mais Mme L. reste plus apaisée qu'avant la séance. Je me questionne sur cette perte d'enveloppe et d'unité que ferait émerger ce retour dans le milieu aérien. L'eau chaude a également un effet décontractant amenant une baisse du tonus musculaire et une détente psychocorporelle. Mme L. est parfois engourdie, très décontractée en fin de la séance du fait du lâcher-prise et du relâchement des tensions psychocorporelles.

L'accompagnement continue même après être sorties du spa. Nous regagnons sa chambre et je propose à Mme L. un temps pour que je la coiffe et que je la maquille. Cela nous permet de créer une alliance thérapeutique car cet espace-temps est propice à l'échange. Je prends soin d'elle et Mme L. apprécie grandement. Ce travail de **renarcissisation** lui permet d'accepter davantage son reflet dans le miroir. Cela a toute son importance car sa non intégration de sa prise de poids vient perturber son schéma corporel et son image du corps. Cette dame ne se reconnaît plus ce qui est à l'origine d'une partie de ses angoisses.

8. Conclusion

À l'heure actuelle, la prise en soin en balnéothérapie de Mme L. est maintenue malgré la crise sanitaire afin de soutenir son enveloppe psychocorporelle, de lui offrir un moment privilégié de détente et de bien-être et de lutter contre l'isolement lié au confinement. Mme L. profite pleinement de ce moment, elle se détend et parfois s'assoupit. Cette médiation eau a un effet thérapeutique bénéfique sur Mme L..

Cependant, la gestion des troubles du comportement de Mme L. est de plus en plus difficile pour l'équipe soignante qui se sent démunie. Il y a deux mois, une demande d'admission a été faite pour que Mme L. intègre une Unité Cognitive-Comportementale. L'EHPAD est en attente d'une date de séjour mais ce projet est mis entre parenthèses du fait du contexte actuel.

CONCLUSION

Dans l'écriture de ce mémoire, j'ai choisi d'aborder et de lier plusieurs thèmes, à savoir l'enveloppe psychocorporelle, la médiation eau et la psychomotricité. Mon investissement dans cet écrit m'a permis de faire évoluer ma réflexion et mes observations cliniques lors de mes stages.

Je me suis questionnée sur l'enveloppe psychocorporelle de deux populations, sur leur vécu psychocorporel ainsi que sur la manière dont ils perçoivent leur Corps. Les enfants déficients moteurs et les personnes âgées peuvent vivre dans une enveloppe psychocorporelle défaillante, qui ne les contient plus psychocorporellement. Cela peut amener à une fragilité de leur sentiment d'unité, d'identité et de continuité d'existence comme à un remaniement de leur schéma corporel et de leur image du corps.

Je me suis alors demandée de quelle façon le psychomotricien peut, par le biais de la médiation eau, soutenir cette enveloppe psychocorporelle.

Le psychomotricien, de par ses qualités et compétences, crée un cadre thérapeutique contenant et une relation thérapeutique de confiance. Ces « bulles » thérapeutiques font émerger toutes les potentialités thérapeutiques de la médiation eau. La médiation eau en elle-même n'est pas thérapeutique, c'est par le savoir-être du psychomotricien et par l'alliance thérapeutique avec le sujet que celle-ci le devient.

De ce fait, le psychomotricien, par le biais de la médiation eau, soutient l'enveloppe psychocorporelle du sujet.

Néanmoins, le psychomotricien peut être confronté à des limites liées à des contraintes techniques, de temps et à la médiation eau qui ne convient pas à tout le monde.

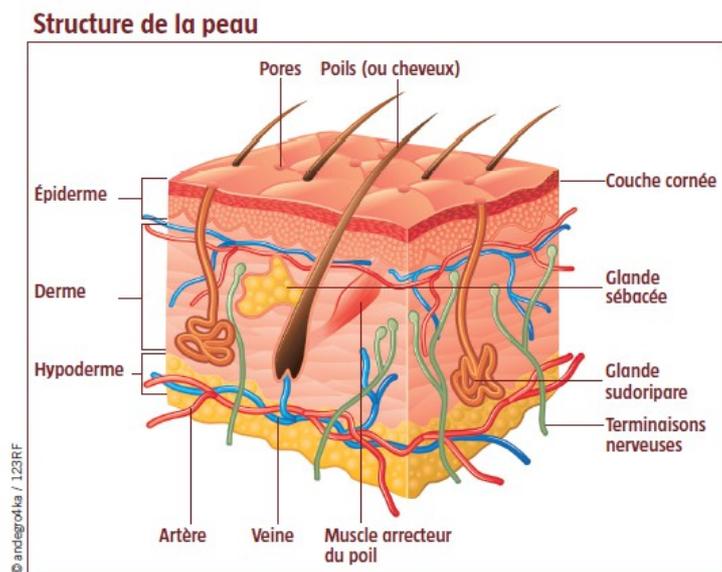
Ce travail de rédaction m'a permis d'aborder l'eau d'une autre manière. Mon attrait pour ce milieu se caractérisait jusque là comme un espace de liberté mais son caractère psychomoteur et thérapeutique ne m'est jamais apparu aussi clairement qu'aujourd'hui.

La médiation eau offre de nombreuses possibilités et j'aspire désormais à en apprendre davantage. J'envisage de suivre des formations abordant l'eau comme médiation thérapeutique afin de l'inscrire dans ma pratique professionnelle. J'aimerais m'orienter vers le watsu (contraction des mots « *water* » et « *shiatsu* »), massage aquatique qui allie les bienfaits de l'eau et du shiatsu pour aller vers une détente psychocorporelle profonde.

À ce jour, il apparaît donc que mon histoire avec l'eau n'en est qu'à son commencement...

ANNEXES

Annexe 1 : Schéma de la structure de la peau (34).



Annexe 2 : DSM V - Critères diagnostiques 780.09 (R41.0) du **trouble neurocognitif majeur**.

A. Preuves d'un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines cognitifs (attention complexe, fonctions exécutives, apprentissage et mémorisation, langage, activités perceptivomotrices ou cognition sociale) reposant sur :

1. Une réoccupation du sujet, d'un informant fiable, ou du clinicien concernant un déclin significatif du fonctionnement cognitif ; et
2. Une altération importante des performances cognitives, idéalement documentée par un bilan neuropsychologique standardisé ou, à défaut, par une évaluation clinique quantifiée.

B. Les déficits cognitifs interfèrent avec l'autonomie dans les actes du quotidien (c.-à-d. tout au moins une aide nécessaire dans les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne comme payer ses factures ou gérer la prise de ses médicaments).

C. Les déficits cognitifs ne surviennent pas exclusivement dans le contexte d'un état confusionnel (délirium).

D. Les altérations cognitives ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (p. ex. un trouble dépressif caractérisé, une schizophrénie).

Spécifier si c'est du à :

- Une maladie d'Alzheimer ;
- Une dégénérescence lobaire frontotemporale ;
- Une maladie à corps de Lewy ;
- Une maladie vasculaire ;
- Une lésion cérébrale traumatique ;
- L'usage d'une substance/d'un médicament ;

- Une infection par le VIH ;
- Une maladie à prions ;
- Une maladie de Parkinson ;
- Une maladie de Huntington ;
- Une autre affection médicale ;
- Des étiologies multiples ;
- Non spécifié.

Spécifier si :

- Sans perturbation du comportement : Si la perturbation cognitive ne s'accompagne d'aucune perturbation du comportement cliniquement significative.
- Avec perturbation du comportement (spécifier la perturbation) : Si la perturbation cognitive s'accompagne d'une perturbation du comportement cliniquement significative (p. ex. symptômes psychotiques, perturbation de l'humeur, agitation, apathie ou tout autre symptôme comportemental).

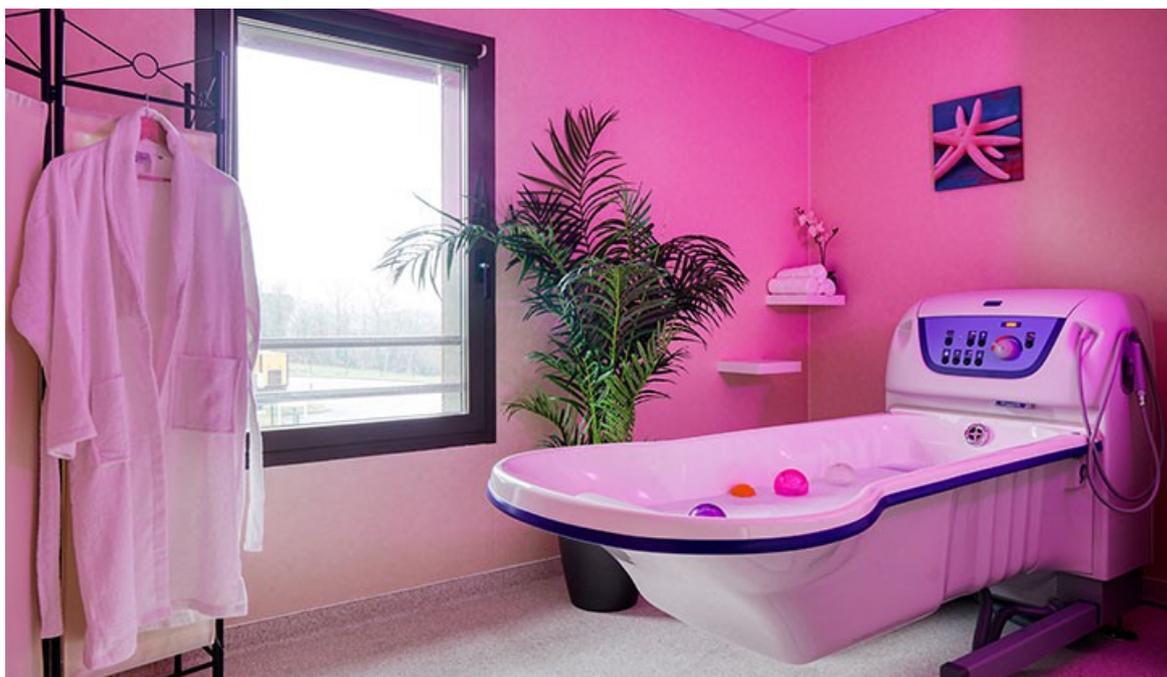
Spécifier la sévérité actuelle :

- Léger : Difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (p. ex. travaux ménagers, gestion de l'argent).
- Moyen : Difficultés dans les activités de base de la vie quotidienne (p. ex. manger, s'habiller).
- Grave : Dépendance complète.

Annexe 3 : Salle de spa de l'EHPAD.



Annexe 4 : Salle de balnéothérapie de l'EHPAD.



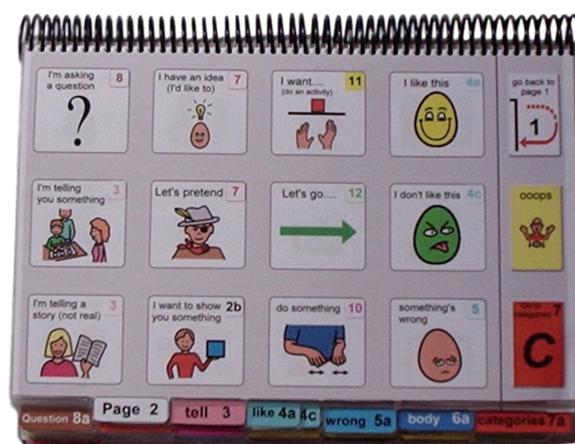
Annexe 5 : Salle multi-sensorielle de l'EHPAD.



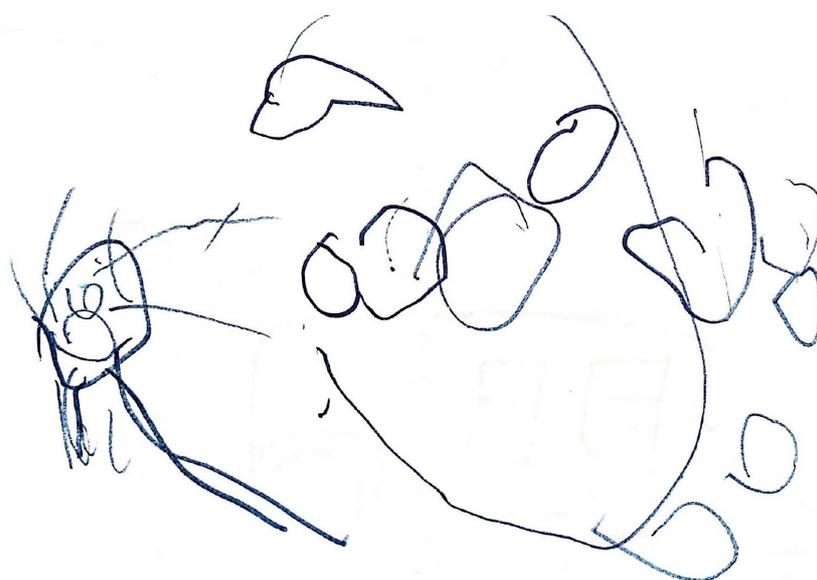
Annexe 6 : Orthèses suro-pédieuses.



Annexe 7 : Outil de communication PODD.



Annexe 8 : Dessin du bonhomme de Rémi.



6.12.19

Annexe 9 : Dessin du bonhomme de Mme L..



BIBLIOGRAPHIE

- (1) **ALBERNHE T., BOURGEOIS D.**, *Qu'appelons-nous cadre thérapeutique ?*, *Santé mentale Le cadre thérapeutique*, N°172, 2012.
- (2) **ANZIEU D.**, *Le Moi-Peau*, pages 1 à 236, Dunod, 1995.
- (3) **BALEINE J., BARRIERE S., BOISSAIS H., DORMIA C., FEVE S., PERNEY A.**, *Un bain de bien-être contre la douleur chronique*, *JMC*, N°48, 2012.
- (4) **BALLOUARD C.**, *Le travail du psychomotricien*, pages 121 à 210 Dunod, 2006.
- (5) **BARROU M., SARRAT T.**, *Quels sont les impacts des déficiences motrices et psychomotrices après une lésion cérébrale ?*, *Jusqu'à la mort accompagne la vie*, N° 118, 2014 consulté sur www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2014-3-page-59.htm.
- (6) **BEKIER S., GUINOT M.**, *Chapitre 3 Équipement et compétences du nourrisson*, *Manuel d'enseignement de psychomotricité 1. Concepts fondamentaux*, ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., pages 87 à 110, De Boeck Supérieur, 2017.
- (7) **BENAVIDES T.**, *Chapitre 2 Méthodes à dominante sensorielle*, *Manuel d'enseignement de psychomotricité 2. Méthodes et techniques*, ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., pages 289 à 328, De Boeck Supérieur, 2017.
- (8) **BEROUD F.**, *Douleur et personne âgée*, Institut UPSA de la douleur, 2010.
- (9) **BRONSTEIN C.**, *Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact*, *Revue française de psychanalyse*, N°76, 2012 consulté sur www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2012-3-page-769.htm.
- (10) **BRUCHON M.**, *Quand elle me prend dans ses bras... ou la fonction contenance en thérapie psychomotrice*, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°138, 2004.
- (11) **BYDLOWSKI M., GOLSE B.**, *De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation*, *Le Carnet PSY*, N°63, 2001, consulté sur www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-3-page-30.htm.
- (12) **CARRIC J-C.**, *Développement psychomoteur de l'enfant normal*, VG, 2000.
- (13) **CARRIC J-C., SOUFIR B.**, *Lexique, Pour le psychomotricien*, ERA, 2014.
- (14) **CHAMPONNOIS C.**, *Handicap Moteur, aspects psychologiques*.
- (15) **CHASTAING M.**, *Liens entre peau et psychisme*, *Santé mentale*, N°242, 2019.
- (16) **CICCONE A.**, *Enveloppe psychique et fonction contenantante : modèles et pratiques*, *Cahiers de psychologie clinique*, N°17, 2001 consulté sur www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-81.htm.
- (17) **DECOOPMAN F.**, *Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenantante du thérapeute*, *Société française de Gestalt*, N°37, 2010.
- (18) **DESOBEAU F.**, *Identité et fonction du psychomotricien*, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°162, 2010.
- (19) **FERNANDEZ P.**, *Au-delà du principe d'Archimède L'expérience du corps aquatique*, *Évolutions psychomotrices Psych-eau-moteur*, N°59, 2003.
- (20) **GUILLOT M.**, *L'image du corps, une représentation de soi*, *Santé mentale*, N°213, 2016.
- (21) **HOTIER H.**, *Non-verbal, communication, organisation - Exposé introductif*, *Communication et organisation*, N°18, 2000.
- (22) **HOUZEL D.**, *Le concept d'enveloppe psychique*, pages 5 à 38, In Press, 2010.
- (23) https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/developpement/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-developpement-sens-toucher.
- (24) **LABALETTE D.**, *Enveloppe corporelle et thérapie psychomotrice*, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°83, 1989.

- (25) **LATOURE A-M.**, *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, pages 7 à 58, Ères, 2014.
- (26) **LEGRAND O.**, *Tentative de représentation de la corporéité d'une enfant polyhandicapée et accompagnement en bain sensoriel*, *Contraste*, N°28-29, 2008 consulté sur www.cairn.info/revue-contraste-2008-1-page-295.htm.
- (27) **LEHMANN J-P.**, *Holding et Handling, La clinique analytique de Winnicott. De la position dépressive aux états-limites*, pages 170 à 206, Erès, 2007 consulté sur www.cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/la-clinique-analytique-de-winnicott--9782749201160-page-170.htm.
- (28) lejournal.cnrs.fr/articles/quand-le-toucher-decline.
- (29) **LESAGE B.**, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, pages 242 à 276, Erès, 2012.
- (30) **LESAGE B.**, *Un corps à construire : cadre et intérêt d'un travail de structuration psychocorporelle et de danse-thérapie auprès de populations avec handicap psychomoteur*.
- (31) **LIOTARD D.**, *Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur, Psychomotricité : entre théorie et pratique*, pages 51 à 63, In Press, 2008.
- (32) **LUIGI-DUGGAN A.**, *Les médiations aquatiques*, pages 3 à 205, 2015.
- (33) **MELLIER D.**, *La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel, La psychiatrie de l'enfant*, N°48, 2005 consulté sur www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2005-2-page-425.htm.
- (34) **MISERY L.**, *Qu'est-ce que la peau ?* dans *Santé mentale*, N°242, 2019.
- (35) **MONTAGU A.**, *La peau et le toucher : un premier langage*, pages 1 à 55, Seuil, 1979.
- (36) **MONTANI C., RUFFIOT M.**, *L'image du corps à l'épreuve de la démence, Cliniques méditerranéennes*, N°79, 2009.
- (37) **PIREYRE E.**, *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Dunod, 2011.
- (38) **POTEL C.**, *Être psychomotricien*, Ères, 2019.
- (39) **POTEL C.**, *Le corps et l'eau*, Erès, 2009.
- (40) **RIBEYRON M-T.**, *Au commencement était la peau, Guide Ressources*, N°2, 1991.
- (41) **ROBERT-OUVRAY S.**, *Porter un enfant, c'est un savoir-être, METIERS de la petite enfance*, N°59, 2000.
- (42) **ROUSSILLON R.**, *L'objet « médium malléable » et la conscience de soi, L'Autre*, 2001 consulté sur www.cairn.info/revue-l-autre-2001-2-page-241.htm.
- (43) **TALPIN J-M.**, *Penser le vieillissement de la peau au-delà du corps, Nouvelles Dermatologiques*, N°25, 2006.
- (44) **THIS B.**, *Entretien avec Bernard THIS, Évolutions psychomotrices Psych-eau-moteur*, N°11, 1991.
- (45) **VEESER A.**, *Chapitre 8 Contenance en psychomotricité, Cas pratiques en psychomotricité*, PIREYRE E., Dunod, 2015.
- (46) **WINNICOTT D.W.**, *Jeu et réalité*, pages 203 à 214, Gallimard, 2002.
- (47) www.cnrtl.fr/.
- (48) www.e-sante.fr/eau-ses-roles-dans-organisme/guide/817.
- (49) www.la-psychologie.com/relation_parent_nourrisson.htm.
- (50) www.lepsychologue.be/articles/congruence-acceptation-empathie.php.
- (51) www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/syndrome-confusionnel-et-d%C3%A9mence/d%C3%A9mence.
- (52) www.moteurline.apf.asso.fr/.
- (53) www.suzanne-robertouvray.fr/les-etapes-de-la-sexualite-infantile/.
- (54) www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	3
Sommaire	4
Avant-propos	5
Introduction	6
<u>PARTIE 1 : L'enveloppe psychocorporelle</u>	9
I. Le concept.....	9
1. Définitions.....	9
2. La peau et ses rôles.....	11
3. Le Moi-Peau.....	13
II. L'instauration de l'enveloppe psychocorporelle.....	15
1. Le berceau utérin.....	15
2. Les soins Maternels.....	16
III. Des enveloppes psychocorporelles défaillantes.....	19
1. L'enfant porteur d'une déficience motrice.....	20
2. La personne âgée.....	24
<u>PARTIE 2 : L'eau</u>	29
I. L'élément eau.....	29
1. Un élément vital.....	29
2. Ses caractéristiques.....	31
3. Sa double valence.....	33
4. Un vécu original	35
II. La médiation eau.....	37
1. Objet médiateur.....	37
2. Objet malléable.....	39
3. Le choix de la médiation eau.....	41
III. Les diverses pratiques.....	42
1. Pataugeoire.....	43
2. Bain thérapeutique.....	45
3. Matelas à eau.....	46
<u>PARTIE 3 : Le psychomotricien avec la médiation eau, un soutien de l'enveloppe psychocorporelle</u>	49
I. La psychomotricité dans deux lieux de stage différents.....	49
1. Le SESSAD.....	49
2. L'EHPAD.....	51

3. Qu'est-ce que la psychomotricité ?.....	53
4. Les compétences et les qualités du psychomotricien.....	55
II. L'utilisation de la médiation eau par le psychomotricien pour soutenir l'enveloppe psychocorporelle.....	59
1. La rencontre autour du bilan psychomoteur.....	59
2. Les prises en soin psychomotrices au SESSAD et à l'EHPAD.....	61
3. Le cadre thérapeutique.....	64
4. La relation thérapeutique.....	66
5. Les limites de cet accompagnement.....	67
PARTIE 4 : Zoom sur deux cas cliniques.....	69
I. Rémi.....	69
1. Présentation physique succincte.....	69
2. Anamnèse.....	69
3. Au sein du SESSAD.....	71
4. Bilan psychomoteur.....	72
5. Objectifs de la prise en soin.....	73
6. Notre rencontre.....	75
7. La prise en soin psychomotrice.....	76
8. Conclusion.....	78
II. Madame L.....	79
1. Présentation physique succincte.....	79
2. Anamnèse.....	79
3. Au sein de l'EHPAD.....	81
4. Bilan psychomoteur.....	82
5. Objectifs de la prise en soin.....	83
6. Notre rencontre.....	84
7. La prise en soin psychomotrice.....	84
8. Conclusion.....	88
Conclusion.....	89
Annexes.....	90
Bibliographie.....	94
Table des matières.....	96