



HAL
open science

Le stage expérimental en binôme : construction en temps que futur professionnel dans une structure n'accueillant pas de psychomotricien : comment se construire en temps que future professionnel dans des structures n'accueillant pas de psychomotricien ?

Clara Desmons, Laureline Cantegril

► **To cite this version:**

Clara Desmons, Laureline Cantegril. Le stage expérimental en binôme : construction en temps que futur professionnel dans une structure n'accueillant pas de psychomotricien : comment se construire en temps que future professionnel dans des structures n'accueillant pas de psychomotricien ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02933049

HAL Id: dumas-02933049

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02933049>

Submitted on 8 Sep 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.



IFP de la Pitié-Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75014 Paris Cedex 14

Le stage expérimental en binôme : construction en temps
que futur professionnel dans une structure n'accueillant pas de
psychomotricien.

Comment se construire en temps que future professionnel dans des
structures n'accueillant pas de psychomotricien ?

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricité

Session de Juin 2020

Référent de mémoire :
Christophe AROULANDA

Présenté par :
Clara DESMONS et Laureline CANTEGRIL

Remerciements

A l'équipe de Viacti et du CASP d'Hélianthe qui nous ont ouvert leur porte et nous ont permis de mettre en place ce projet.

A notre maître de mémoire pour son soutien régulier, sa méthodologie et les discussions que nous avons pu avoir avec lui.

A nos amis, en particulier Martin et Clara, qui ont été présents toute l'année, même s'ils ne comprennent pas encore exactement en quoi consistera notre métier.

A nos maîtres de stages, qui nous ont partagé avec bienveillance leur vision de la psychomotricité et leur connaissance.

A nos parents qui nous ont soutenus dans tout ce que nous avons entrepris

Aux autres étudiants de notre promotion et futures collègues, avec qui nous avons partagées trois années riches malgré les épreuves de l'actualité...

A Josée et Henri Massié pour leurs conseils avisés dans la rédaction et la syntaxe de ce mémoire.

Sommaire

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 10 |
| I. Découverte de la structure d'accueil | 14 |
| A. Au carrefour de la psychomotricité... | 14 |
| 1. Histoire de la psychomotricité | 15 |
| 2. Législation et indications | 18 |
| B. ... et de l'Activité Physique Adaptée (APA) | 19 |
| 1. L'association Viacti | 19 |
| 2. Rôle du professeur d'APA | 21 |
| a) Origine et législation | 21 |
| b) Les missions | 22 |
| 3. Premier mois d'observation et de réflexion | 24 |
| C. Notre lieu d'intervention : le Centre d'Accueil Social Protestant (CASP) d'Hélianthe | 25 |
| D. Premiers rendez-vous et rencontre | 26 |
| 1. Avec le personnel | 26 |
| 2. Avec les résidents | 27 |
| E. Conclusion | 27 |

| | |
|---|----|
| II. Création du projet | 29 |
| A. Les résidents du CASP d'Hélianthe | 29 |
| B. Sémiologie psychomotrice pour cette population | 31 |
| 1. Image du corps, schéma corporel et limites | 32 |
| 2. Dialogue tonico-émotionnel et régulation tonique | 34 |
| 3. Espace | 37 |
| 4. Rythme et temps | 38 |
| C. Conception du projet | 40 |
| 1. Les grands axes de travail dégagés | 41 |
| 2. Le cadre psychomoteur de la séance | 42 |
| a) De la réflexion... | 42 |
| b) ... à la réalisation | 44 |
| 3. Penser la séance | 46 |
| a) La danse, mode d'expression et de communication | 47 |
| b) La relaxation, apaisement psychique et physique | 50 |
| c) L'articulation entre ces deux médiations | 52 |
| d) La prise en charge groupale | 54 |

| | |
|---|----|
| e) Lien avec le mouvement et le sport prônés par Viacti | 56 |
| D. Conclusion | 58 |
| III. Réalisation et évolution du projet | 61 |
| A. Début de la prise en charge | 61 |
| 1. Description des premières séances | 61 |
| 2. Présentation des participants | 63 |
| B. Déroulement du stage | 70 |
| 1. Évolution semaine après semaine | 70 |
| 2. Exemple de séance | 73 |
| a) Description des proposition et observations | 73 |
| b) Analyse psychomotrice | 76 |
| C. Écueils rencontrés et solutions proposées | 83 |
| 1. La réalité du cadre institutionnel... | 83 |
| 2. ... qui influence le cadre de la séance | 85 |
| 3. Le manque de régularité et d'investissement des participants | 87 |
| 4. Le problème de communication | 90 |
| a) Un exemple de situation complexe : le décès d'un résident | 91 |

| | |
|---|-----|
| b) Le cahier de transmission : une solution | 93 |
| D. Gérer la fin de la prise en charge | 96 |
| CONCLUSION | 98 |
| Bibliographie | 102 |
| Webographie | 108 |
| Annexes | I |

“L'expérience change les soupirs en respirations.”

L'Enfant-chat (1984) de Béatrix Beck

INTRODUCTION

En juin 2019, alors que nous étions séparées par plus de 10 000 km, une annonce a attiré notre attention. Une ancienne étudiante, désormais diplômée, y racontait le stage expérimental qu'elle avait effectué auprès de l'association de professeurs d'Activité Physique Adaptée (APA) nommée Viacti. Grâce à cette dernière,, elle avait pu co-construire un projet avec son binôme dans un centre d'hébergement et participer à des séances avec d'autres membres de l'association. Ils souhaitaient reproduire l'expérience pour l'année universitaire 2019-2020. Intéressées par cette proposition et avons rapidement parlé de réaliser cette aventure toutes les deux. Après deux années dans le même groupe de travaux dirigés et ensemble en cours, nous avons déjà appris à travailler en commun. Si nous n'avions pas les mêmes raisons de postuler pour ce stage, nous étions animées par la même passion, la danse, et réaliser ce projet en commun nous tenait donc à cœur. Alors que Clara désirait découvrir le milieu social afin de, peut être, y travailler par la suite, Laureline était plutôt intéressée par la collaboration avec des professeurs d'APA et l'utilisation d'une médiation sportive. Cela nous paraissait être une expérience très formatrice, et une bonne transition entre nos stages "normaux" et notre future vie professionnelle.

En débutant ce stage, nous ne savions pas qu'il constituerait l'essentiel et le thème de notre mémoire. C'est en élaborant ensemble le projet que nous nous sommes questionnées sur notre place et notre construction personnelle à travers

cette expérience. En effet, d'après Christian Ballouard (2006, p.183), un stagiaire se situe "à la fois au-dedans et au dehors de la prise en charge, comme de l'institution". Dans un stage expérimental, nous n'avons pas de psychomotricien présent sur la structure pour nous encadrer, c'est pourquoi nous sommes répartis par binôme. Nous nous sommes donc retrouvées directement au centre de la prise en charge, sans avoir peut-être la possibilité de rester en retrait dans un premier temps pour observer les séances comme dans les stages plus classiques. Si nous n'avons pas eu cette place "en dehors" de la prise en charge, nous avons cependant ressenti être dans cet entre-deux de la vie institutionnelle. Nous avons également pu expérimenter comment la création d'un projet peut se confronter à la réalité clinique.

Toutes ces étapes nous ont amenées à nous questionner sur un sujet central : comment se construire en tant que futurs professionnels dans une structure n'employant pas de psychomotricien ?

Ce mémoire porte donc sur notre évolution au cours de cette année, dans un milieu où on fait rarement appel à la psychomotricité. Et comment, accompagnées par différents professionnels mais sans psychomotricien présent sur la structure, nous nous sommes nourries d'autres points de vue tout en gardant notre spécificité. Nous verrons par quels procédés nous avons pu nous affirmer et prendre confiance mais aussi comment nous avons mis en pratique

nos années d'études. Ce contexte nous a aussi amenées à réfléchir à notre place dans une structure qui n'est pas de soin.

Nous avons vécu ce projet en binôme et les questionnements à l'origine de ce mémoire viennent de discussions communes. A l'image de notre fonctionnement pour préparer les séances, nous complétant et chacune apportant son point de vue, nous avons pris la décision de d'élaborer et rédiger ce mémoire en collaboration. Nous nous sommes aussi construites cette année grâce à cette relation. Il nous semblait donc pertinent de poursuivre ces réflexions mutuelles à l'écrit. Nous avons été amenées à confronter nos opinions, que ce soit lors de la mise en place du projet, de la préparation des séances ou de la rédaction de ces pages. Cela a enrichi notre expérience et nous avons toujours su en tirer le meilleur.

Après avoir présenté en début de mémoire les différents acteurs de ce stage, nous évoquerons nos premiers pas au sein de l'association Viacti et plus précisément auprès de la structure sociale dans laquelle s'est déroulé le stage. Nous développerons alors notre place d'observatrices et aussi la participation active que nous avons pu avoir.

Dans un second temps, nous préciserons la manière dont nous avons créé le projet et pensé les séances, en nous basant non seulement sur nos connaissances théoriques mais aussi sur notre pratique et notre expérience.

Ensuite, nous décrirons la clinique ainsi que le contenu de nos séances, en illustrant avec un exemple précis d'atelier mené en cours d'année. Pour finir, nous expliciterons les quelques écueils qui ont rythmé notre année. Ils nous ont permis d'avancer, de nous remettre en question et de faire évoluer notre projet.

I. Découverte de la structure d'accueil

Pour décrire une situation, il paraît important et même capital de bien expliciter son contexte. C'est ce que nous avons appris, cette année, dans nos groupes d'analyses. Nous n'aborderons donc pas ce stage expérimental de psychomotricité dans une association de professeurs d'Activité Physique Adaptée (APA) sans examiner auparavant ce que sont, fondamentalement et historiquement, ces deux disciplines : la psychomotricité et l'Activité Physique Adaptée.

Il nous semblait également important de décrire l'institution avant d'expliquer la mise en place et le déroulé de notre projet. Dans un premier temps, nous décrirons l'environnement dans lequel s'est déroulé ce stage et nos premiers pas au sein de la structure dans le cadre de l'association.

A. Au carrefour de la psychomotricité...

Sans entrer dans le perpétuel débat “Qu'est ce que la psychomotricité?”, question qui semble si simple mais qui a fait déjà couler tant d'encre, nous définirons, tout d'abord, la psychomotricité de par son émergence et son histoire, tout particulièrement en France, avant d'aborder les missions du psychomotricien d'après les textes de lois et le décret de compétences.

1. Histoire de la psychomotricité

Pour retracer l'histoire de l'émergence de la psychomotricité, nous nous appuyerons principalement sur l'article de Gérard Hermant : La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives (2008) ainsi que sur le site internet du Syndicat National d'Union des Psychomotriciens (SNUP).

Durant la première moitié du XXe siècle, une culture du physique s'instaure en France et, avec elle, une règle s'impose peu à peu : pour être en bonne santé, il faut être sportif. Les études sur le corps et sa motricité émergent alors. La première déséquilibration motrice décrite est celle d'Edouard Dupré en 1915. Ce concept qu'il nomme « débilite motrice » fait d'Edouard Dupré un précurseur de la psychomotricité (C. Potel, 2019) . A la suite, J. de Ajuriaguerra contribuera aux prémices de l'émergence de la psychomotricité. Il met en évidence une sémiologie psychomotrice propre à l'enfant. Ce dernier est confié à l'école et son corps, au professeur d'éducation physique au nom de la même règle de vie qui stipule qu'un corps sain contribue à une vie saine. Accompagné par la clinique d'André Thomas tout au long de son œuvre, il va mettre en place des techniques innovantes à l'hôpital Henri-Rousselle, à Paris, et des approches corporelles pour aider les enfants dès 1947. Son équipe de recherche est composée entre autre de Suzanne Borel-Maisonny, de Nadine Gallifret-Granjon, de Mira Stamback et de René Zazzo.

Une contribution très importante va voir le jour en 1959 et va constituer l'acte fondateur de la psychomotricité (C. Ballouard, 2008). Dans un texte co-écrit avec Gisèle Bonvalot-Soubiran, une des premières kinésithérapeutes J. de Ajuriaguerra définit les troubles psychomoteurs en utilisant l'apport de nombreuses disciplines et auteurs : les apports de la neuropsychiatrie de Dupré, la psychologie génétique décrite par Wallon, la phénoménologie de Merleau-Ponty, sans oublier Freud et la psychanalyse. Il rappelle l'importance d'une meilleure compréhension de l'intégration des phénomènes émotionnels théorisée par Wallon et insiste sur l'introduction obligatoire des notions de schéma corporel et d'organisation spatio-temporelle. Il retient également les apports de Schultz et de Jacobson sur les expériences de relaxation contrôlée. Beaucoup des termes et des noms évoqués dans ce texte "parlent" à la plupart des psychomotriciens encore actuellement, et semblent poser les fondement de grandes notions psychomotrices.

Mme. Soubiran, présente les thérapeutiques psychomotrices envisagées. Avec les années, la diversité des pratiques et surtout le nombre de plus en plus important de cas de psychoses vont venir enrichir la clinique psychomotrice, principalement centrée sur les troubles psychomoteurs. En 1962, l'enseignement de la Rééducation Psychomotrice est créé à la Faculté de Médecine de Paris, dans les Hôpitaux Henri Rousselle et de la Salpêtrière. Le 4 février 1963, le Ministre de l'Education Nationale décrète la création du Certificat de Capacité

en Rééducation Psychomotrice. Il sera alors créé en même temps le Syndicat National des Rééducateurs en Psychomotricité (S.N.R.P.), dont l'action consistera en premier lieu à la reconnaissance d'un diplôme d'Etat Hospitalo-Universitaire. Entre 1964 et 2019, la psychomotricité s'impose peu à peu mais non sans mal, dans le paysage médical français. Sur le site internet du Syndicat National d'Union des Psychomotriciens on peut trouver l'historique détaillé de l'histoire du diplôme de psychomotricien, nous ne nous arrêterons ici que sur certaines dates clés.

En 1972 est créée de la Fédération Française des Psychomotriciens (FFP). En 1974, sous l'impulsion de la FFP et après bien des luttes difficiles avec les ministères, les administrations et certaines professions voisines, est créé le premier diplôme d'État de psychomotricien au monde. Ainsi l'École française de psychomotricité voit-elle ses efforts récompensés par la reconnaissance du caractère indispensable de la profession de psychomotricien. Par la suite, et jusqu'à nos jours, de nombreux textes officiels sont venus préciser le contenu des études, les agréments d'écoles de formation, les conditions d'exercice professionnel et le niveau de compétences. En décembre 1976 une pétition contre le terme de "Psychorééducateur" circule. Il sera finalement remplacé par le terme "psychomotricien" en 1985. Enfin, la Loi N° 95-116 du 4 février 1995 inscrit au Livre IV du code de la Santé Publique la profession de psychomotricien. Elle explicite les actes professionnels que les psychomotriciens sont habilités à accomplir.

2. Législation et indications

Le Décret de 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice stipule :

“Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient :

(1) Bilan psychomoteur

(2) Education précoce et stimulation psychomotrice

(3) Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants, au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

- 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,
- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.
- Contribution, par des techniques d'approche corporelle, 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.”

B. ... et de l'Activité Physique Adaptée (APA)

Quand nous avons pris connaissance de l'existence de ce stage expérimental, nous nous sommes d'abord renseignées sur l'association Viacti : son but, ses valeurs. Puis nous avons recherché ce qu'était exactement l'Activité Physique Adaptée. En effet, si nous avons déjà pu côtoyer des professeurs d'APA, notamment dans nos stages, nous ne savions pas exactement l'origine de ce métier ni la législation qui l'encadrerait.

1. L'association Viacti

Viacti est une association créée il y a sept ans par des professeurs d'Activité Physique Adaptée (APA). Elle est composée de bénévoles, stagiaires, services civiques et salariés qui travaillent en collaboration et accompagnent

tout type de personnes dans la reprise de l'activité physique. D'après leur site internet, le parcours d'accompagnement est réparti en 5 étapes :

- Inspirer par des sorties à des matchs, des événements sportifs et des petits-déjeuners sport-santé,
- Pratiquer une activité physique adaptée à ses propres besoins, envies, motivations et capacités,
- Partager des moments en mouvements avec d'autres personnes via des ateliers communs et journées sportives spécifiques et stimulantes,
- Rencontrer le monde sportif pour favoriser l'autonomie dans la pratique individuelle, collective et en club,
- Libérer le potentiel professionnel pour un accès facilité à une orientation, une formation ou un métier.

Les membres de l'association dont nous faisons désormais partie, interviennent donc dans différentes sortes de structures sociales, médicales et lieux de vie. Ces actions ont pour objectif de sensibiliser à la pratique d'une activité, d'une mise en mouvement et de mettre à disposition les pratiques sportives à tous les individus et de façon adaptée.

Pour se faire, l'association agit dans des hôpitaux, des Centres d'Hébergement d'Urgence, des Foyers d'Accueils Médicalisés ou encore auprès d'autres associations et structures sociales. Ils organisent également divers événements et journées sportives pour rencontrer et sensibiliser le plus large

public possible. Ils ont également pour projet de monter des équipes de football, des groupes de cyclistes, de coureurs ou de marche à pied.

L'association est consciente de son impact dans les domaines du sport, du plaisir, de la santé et de la confiance en soi. Tous ses projets mettent en avant le mouvement et ses caractéristiques thérapeutiques et pas uniquement le versant sportif de ces disciplines.

2. Rôle du professeur d'APA

Avant de revenir aux prémices de notre stage expérimental et de nos premiers pas au sein de l'association, nous allons aborder ce qu'est l'APA aujourd'hui dans notre pays.

a) Origine et législation

D'après le site Studyrama, "l'enseignant en Activité Physique Adaptée (APA) encadre des séances d'activités physiques sportives pour des personnes ayant des besoins spécifiques (personnes handicapées, malades chroniques, en difficulté sociale, et seniors), dans des buts de prévention, de réadaptation, de réhabilitation, de réinsertion, d'éducation et/ou de participation sociale." Les professeurs d'APA sont formés au sein du cursus de licence STAPS en suivant un parcours spécifique. En troisième année, ils abordent les domaines de la santé, la pathologie, la psychologie, la neuroscience et la physiologie (d'après le

site internet de l'Institut de Formation en Education Physique et en Sport d'Anger).

La première Licence universitaire française en APA est créée à Montpellier en 1982. Son sigle et son concept sont officiellement reconnus comme un champ de connaissances appartenant à la 74ème section du Conseil National des Universités (CNU) seulement en 1992. C'est donc, tout comme la psychomotricité, un métier très jeune qui doit encore trouver sa place dans le monde du social et du médical.

b) Les missions

La profession de professeur d'Activité Physique Adaptée est donc en cours de développement. Selon la Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA), créée en 2008, ce métier manque encore de législation et de réglementation claire, c'est pourquoi elle rédige en 2018 un "code de déontologie de l'enseignant en Activité Physique Adaptée". Il reprend les compétences et les missions du professionnel que nous citons ci-dessous :

- Optimiser la motricité et les déterminants de la condition physique d'un individu,
- Stimuler la motivation autodéterminée des individus pour l'adoption d'un mode de vie actif quotidien et régulier,

- Accompagner les individus par une intervention soutenant le plaisir dans l'activité physique et la participation sociale afin de favoriser des représentations de soi positives (confiance en soi, estime de soi, etc.),
- Amener à un changement des comportements liés à la sédentarité,
- Mettre en place pour un individu les conditions environnementales et sociales optimales en établissant un réseau d'acteurs sur le territoire, afin de réduire les inégalités d'accès à la pratique et permettre sa poursuite,
- Maintenir, rétablir ou améliorer les capacités d'action et d'interaction de l'individu, dans le but de favoriser et développer son autonomie.

Les professeurs d'APA ont certaines compétences similaires avec la psychomotricité, notamment dans le domaine moteur et relationnel.

L'aspect multidisciplinaire est indispensable à notre futur métier. Il est courant d'y associer des notions de psychologie, de neurologie et de psychiatrie auxquels nous sommes formés pour maîtriser les bases de ces disciplines. Cependant on nous parle peu des autres professionnels auprès desquels nous serons amenés à travailler. C'est le cas des professeurs d'APA et au vu du croisement de nos disciplines et de nos similitudes, nous avons pris la décision de réaliser un stage auprès d'eux. Nos points de vue différents mais complémentaires sur le corps et le mouvement nous paraissaient très enrichissants pour les uns et les autres. C'est la raison pour laquelle ce stage expérimental nous a semblé être une expérience très enrichissante.

3. Premier mois d'observation et de réflexion

Après notre première rencontre avec l'équipe de Viacti, il nous a été proposé dans un premier temps d'assister à plusieurs séances dans différentes structures dans une position d'observation. Nous nous sommes ainsi rendues à l'hôpital Saint-Maurice ainsi que dans un Foyer d'Accueil Médicalisé au coeur du 12ème arrondissement de Paris afin d'observer différentes séances gérées par des professeurs d'APA.

D'après le dictionnaire Larousse (2009), l'observation est "l'action de regarder attentivement les phénomènes, les événements, les êtres pour les étudier, les surveiller, en tirer des conclusions." Comme expliqué par I. Sage et A. Chéron (2018), l'observation dans le cadre professionnel doit être réalisée avec un objectif défini. L'observation des patients est indispensable pour s'adapter à leurs besoins et à leurs capacités. Cependant, lors des premières semaines, nous avons observé attentivement les groupes dans lesquels nous n'allions pas intervenir nécessairement par la suite. Nous avions pour objectif de nous familiariser avec le métier de professeur d'APA en regardant le fonctionnement de différentes séances pour pouvoir créer par la suite un projet thérapeutique psychomoteur en accord également avec les objectifs et le fonctionnement de l'association. Nous savions déjà que lors des séances, nous allions utiliser la médiation sportive "danse" ainsi que d'autres outils comme la musique et l'imagination. Cependant, nous n'avions que peu d'expérience et

d'idée sur la présentation, l'introduction et l'organisation d'une séance en groupe. Ce premier mois d'adaptation et de réflexion nous a donc permis de structurer nos futures séances et de nous préparer à la rencontre de notre propre groupe.

C. Notre lieu d'intervention : le Centre d'Accueil Social Protestant (CASP) d'Hélianthe

Le Centre d'Action Social Protestant (ou CASP) est une association reconnue d'utilité publique divisée en trois branches : l'accès à la vie sociale, l'accès au logement et l'accès aux droits. Il est constitué de salariés et de bénévoles qui ont pour mission l'écoute et l'accompagnement de personnes isolées et désocialisées dans la vie quotidienne, juridique, professionnelle, l'accès aux soins et aux services publics.

Actuellement, nous intervenons une fois par semaine dans un des centres du CASP : le Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) d'Hélianthe. Ce centre a pour mission l'hébergement de personnes ayant des problèmes de santé, des difficultés sociales et d'hébergement. Les soins médicaux ont lieu à l'hôpital mais une infirmière libérale et des professionnels paramédicaux peuvent intervenir dans la structure. Normalement, chaque résident établit avec l'équipe et l'assistant social de son hôpital un projet de vie pour préparer sa sortie de l'institution.

Les personnes accueillies sont réparties en chambre individuelle ou double sur les trois étages du centre. Au rez de chaussé se trouvent l'accueil et les locaux administratifs.

Au second étage, on trouve une salle de lieu de vie équipée d'une cuisine, d'un coin salon avec canapés et télévision, d'une petite bibliothèque et de deux grandes tables pour les repas et les réunions, avec un balcon donnant sur la rue.

C'est dans ce lieu de vie, accessible à tout le monde et à tout heure, que nous réalisons nos séances de psychomotricité.

D. Premiers rendez-vous et rencontre

1. Avec le personnel

Avant de débiter les séances, nous nous sommes présentées au directeur de la structure ainsi qu'à l'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) en présence du coordinateur de l'association Viacti. Ils nous ont ainsi fait visiter les bâtiments, la salle et rencontrer brièvement les résidents accueillis. Nous avons ensuite exposé notre projet, en lien avec Viacti, ainsi que notre futur métier de psychomotricien.

Ils ont rapidement adhéré à notre projet sans poser beaucoup de questions mais en nous mettant en garde quant à la motivation et à la régularité des résidents, toutes deux très fluctuantes.

2. Avec les résidents

Avant de commencer la prise en charge, nous nous sommes présentées aux résidents lors d'une réunion du Centre d'hébergement d'Urgence (CHU). Nous avons par la même occasion rencontré Younes, un intervenant de Viacti. Ce professeur d'APA mène des séances dans le centre d'Hélianthe depuis trois ans. Après avoir parlé de l'association aux nouveaux résidents et avoir exposé "l'importance du sport pour le bien être et la santé", il nous a laissé la place et la parole.

Ce fut pour nous l'occasion d'expliquer ce qu'était la psychomotricité et les intérêts ils pouvaient y trouver. La participation au groupe est certes libre mais nous avons mis l'accent sur l'importance d'une participation régulière afin d'en retirer des bénéfices et entrer dans un "apprentissage" qu'ils pourraient réutiliser et garder en mémoire lors de l'arrêt de nos séances. Nous en avons profité pour leur remettre un écrit expliquant simplement notre futur métier et un questionnaire. Ces deux documents avaient pour objectif de laisser une première trace de notre passage et d'avoir une idée de leur parcours et de leurs attentes (cf annexe 1).

E. Conclusion

Nous avons donc abordé le projet de ce stage expérimental avec de nombreuses nouveautés et beaucoup de liberté sur ce que nous pouvions y faire.

Il fallait que nous nous fassions une place dans une association composée de personnes dont nous connaissions peu la profession, mais en même temps nous avions le souhait de créer un groupe et des séances en lien avec l'association sans perdre de vue l'intérêt psychomoteur de nos interventions.

Dans les pages qui suivent, nous avons fait le choix de décrire dans un premier temps la sémiologie des patients ainsi que toute la théorie de la psychomotricité qui nous a permis de mener à bien ce projet. Nous décrivons, ensuite, réellement les problématiques spécifiques à notre pratique ainsi que ce que nous avons mis en place afin d'essayer d'y répondre.

II. Création du projet

Nous avons dû créer un projet de séances avant même d'avoir rencontré les potentiels participants. Lors de notre cursus, on nous a principalement appris à rencontrer d'abord le patient avant de dégager des axes thérapeutiques et construire une séance. Dans cette situation, cela n'était pas possible : nous avions un mois pour construire le programme des séances sur l'année, et préparer le déroulé pour notre premier groupe, séance qui aurait lieu en octobre.

Nous avons donc essayé de nous représenter la sémiologie psychomotrice de cette population, en partant des problématiques que présentaient les habitants du foyer. De cette sémiologies, nous avons tiré plusieurs items psychomoteurs que nous pourrions travailler en séance, ainsi que plusieurs axes. Bien sûr, nous savions que ces axes seraient amenés à être modifiés dès nos premières séances et la rencontre avec les résidents. Nous avons enrichi, au fur et à mesure de l'année et de nos observations, la description de cette population et les problématiques qu'elle nous semblait rencontrer dans ce lieu du foyer.

A. Les résidents du CASP d'Hélianthe

Le CASP d'Hélianthe est un lieu de logement réservé aux personnes en situation précaire et porteuses de maladies graves nécessitant des rendez-vous médicaux réguliers. Une partie d'entre elles sont indépendantes et peuvent accomplir les gestes de la vie quotidienne sans aide extérieure, mais certaines,

trop affaiblies, reçoivent l'aide des auxiliaires de vie pour certaines tâches, comme les courses ou le ménage.

Lors de la présentation des résidents, on nous avait signalé les deux conditions préalables à leur accueil : leur situation précaire et leur mauvais état de santé.

D'après le dictionnaire Larousse (2009), précaire signifie "Qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause" ou encore "Qui est d'une sécurité douteuse". Cette situation instable peut concerner l'état de santé, l'emploi, la situation familiale ou encore le logement. Comme l'a exprimé R. Pierret (2013), la précarité n'est pas nécessairement associée à de la pauvreté : selon lui, elle renvoie à la solitude et à l'isolement social. Dans le cas de nos patients, ils ont pu avoir un travail et un logement avant de tomber malades, ils sont dans une "insécurité", une "vulnérabilité sociale", pour reprendre les termes de R. Castel en 2003, cité par R. Pierret en 2013.

Leur état de santé est lié à des pathologies graves tels que des cancers, AVC, pneumopathie... mettant leur pronostic vital en jeu. A travers ces termes médicaux généraux, nous avons essayé de visualiser les résidents afin de déceler ce qu'ils pouvaient ressentir dans leur corps. Un corps douloureux parfois malmené lors d'hospitalisations à répétition et des chimiothérapies. La douleur est définie par l'association internationale pour l'étude de la douleur comme une "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire, réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage". De cette

douleur découle une sémiologie psychomotrice variable selon les individus. D'après C. Rousseau Salvador et J.P Louvel (2019), on retrouve un possible désinvestissement corporel, des troubles de la régulation tonique, allant de l'hypertonie anxieuse, à l'hypotonie dépressive, une modification de l'investissement moteur ou encore une modification de la latéralité et de l'investissement de l'espace.

Les personnes prises en charge ne sont pas seulement malades, elles sont également isolées. En effet, leur accueil est individuel et la famille, lorsqu'elle est présente, n'est pas acceptée. Ils sont donc seuls ou doivent vivre au quotidien dans une chambre double avec un inconnu. Cette "collocation" peut mettre à mal leur intimité et modifie les limites de leur corps. D'après C. Potel (2010), en plus d'être liée à la connaissance de son corps, à ses limites et à ses expériences, "l'intimité, c'est aussi pouvoir garder ses secrets, savoir que personne ne va venir "fouiller" dans sa chambre comme dans sa tête". Autant de choses qui sont remises en question lors de leur arrivée au centre d'Hélianthe.

B. Sémiologie psychomotrice pour cette population

Après nous être familiarisées un peu avec cette population, nous avons décidé de nous renseigner sur la sémiologie psychomotrice que nous allions rencontrer. Celle-ci est vaste, à l'image du nombre de pathologies dont peuvent souffrir les habitants du foyer. Nous avons sélectionné certains grands items psychomoteurs, tels que l'image du corps, le schéma corporel, le rythme,

l'espace, le dialogue tonico-émotionnel, ceci afin de les définir et d'expliquer comment et par quels biais ils peuvent être atteints.

1. Image du corps, schéma corporel et limites

Nous allons revenir brièvement sur ce qu'est l'image du corps. C'est un concept qui a évolué et a été précisé au fur et à mesure des années, et si à l'origine, il s'agit d'un terme psychanalytique, il est actuellement au coeur même de la pratique du psychomotricien. Historiquement, le terme schéma corporel a d'abord été introduit par le neurologue Head en 1911. Il parle aussi de schéma postural. Quelques années plus tard, Schilder s'appuiera sur ce concept, pour théoriser l'idée d'Image du corps dans son livre du même nom paru en 1935 aux Etats Unis et en 1968 en France. Cependant, la différenciation entre schéma corporel et image du corps dans cet écrit est floue, voire inexistante. On peut par exemple y lire "Le schéma corporel est l'image tridimensionnel que chacun a de soi-même. Nous pouvons aussi l'appeler "image du corps", terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination.". Si aucune réelle définition claire d'image du corps ne sera donnée par Schilder, il émet de nombreuses hypothèses reprises encore aujourd'hui quant à son fonctionnement, comme l'importance du facteur social, ou encore le fait que sa construction soit permanente. C'est Françoise Dolto qui écrira ensuite sur la différence entre image du corps et schéma corporel (1984). Pour elle, ce dernier est le même

pour tous les représentants d'une même espèce, il dépend de l'équipement physiologique et il est à la fois inconscient, préconscient et conscient. A l'inverse, l'image du corps est majoritairement inconsciente, elle est liée principalement au sujet, à sa subjectivité et à son histoire et elle est donc propre à chacun. D'autres auteurs, tel que J.-D. Nasio (2007), J. Lacan, P. Bonnier, M. Guiose ont partagé leurs points de vue quand à l'image du corps et le schéma corporel.

Pour synthétiser, le schéma corporel est le modèle de perception du corps qui s'appuie sur l'intégration des stimulations sensorielles et permet de les localiser. Il se construit grâce à nos expériences perceptives et motrices et il réfère le corps actuel à l'expérience immédiate. L'image du corps est l'image en remaniement perpétuel que chaque individu se fait de son propre corps. Elle est principalement inconsciente et se construit sur le vécu de chacun aussi bien passé que actuel et est donc le résultat de son histoire personnelle, mais également des perceptions et de la relation à l'autre.

Une des conceptualisations qui nous semble des plus pertinentes en psychomotricité pour compléter ces définitions est celle d'E. Pireyre (2015), lui-même psychomotricien. Pour lui, le concept d'image du corps n'est pas monolithique, c'est à dire formant un seul bloc, une structure rigide. Elle possède plutôt une composition "modulaire", construite autour de neuf sous-composantes: la continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau,

l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale, les communications corporelles et les angoisses corporelles archaïques.

Ainsi cette image que chacun se fait de son propre corps est influencée par de nombreux paramètres et peut être atteinte dans les nombreux éléments qui la composent et l'étayent. Nous avons émis l'hypothèse que, chez les personnes que nous allons rencontrer, l'image du corps pouvait être malmenée par la maladie et ce, pour de nombreuses raisons. D'après Michel Reich (2009), dans les cas de patients présentant un cancer, le corps peut être amené à se modifier, il peut être perçu comme défaillant, faible. S'ajoute à cela de nombreuses douleurs. L'annonce de la maladie rappelle aussi au porteur du cancer sa mortalité. Les traitements peuvent être intrusifs, venir fragiliser l'enveloppe et provoquer de nombreux effets secondaires majorant des troubles. Globalement "le cancer va transformer le regard au corps pour le sujet même mais aussi pour les autres". Tous les résidents du foyer ne sont pas atteints de cancer, mais les conséquences précédemment évoquées peuvent s'appliquer à d'autres pathologies nombreuses et graves.

2. Dialogue tonico-émotionnel et régulation tonique

Le terme dialogue tonico-émotionnel est composé de deux termes : tonus et émotion. Afin de d'expliquer ce concept psychomoteur, nous commencerons par définir les mots dont il est composé. Le tonus est un phénomène neurophysiologique, décrit d'après M. Jover (2000), comme "l'état de légère

tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leurs nerfs moteurs". Selon elle, le tonus sous-tend les postures, les attitudes et les activités motrices. On peut différencier trois niveaux toniques : le tonus de fond, le tonus postural et le tonus d'action. Ces trois niveaux sont liés les uns aux autres mais ont chacun des distinctions propres. Le tonus de fond, ou passif, est défini par A. Tison (2002) comme la "contraction minimale ou l'état de légère excitation d'un muscle au repos", il est constant et involontaire et est le lieu d'inscription des émotions et des affects. Le tonus d'action, aussi appelé tonus actif, est impliqué dans la contraction intentionnelle et l'exécution de mouvements. (E. Pireyre, 2015). Enfin, le tonus de posture ou d'attitude est défini par S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval (2015) comme l'activité tonique minimale nécessaire afin de maintenir une posture.

Le tonus, variable d'un individu à l'autre et adaptable aux variations de l'environnement, est donc la trame du mouvement mais aussi le miroir de notre état émotionnel et physiologique et de nos intentions. Ces variations, qu'elles soient conscientes ou inconscientes, sont un vecteur de la communication. J. de Ajuriaguerra (1988) décrit ce principe de dialogue tonique dans les échanges mère-enfant comme la "base d'un dialogue préverbal". La capacité de régulation du tonus s'intègre dès la petite enfance grâce notamment au rôle contenant et pare-excitant de la mère et à ses réponses adaptées aux besoins de l'enfant. Mais qu'en est-il des émotions ? J. de Ajuriaguerra s'inspire des travaux d'Henri Wallon qui écrit en 1949 "Les émotions sont une formation

d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire". Au fil des travaux de J. de Ajuriaguerra sur les liens, tout au long de la vie, entre tonus, émotions et communication et l'effet évident des affects sur la tonicité du corps et inversement, il en vient à décrire le "dialogue tonico-émotionnel" comme le "reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre" (M. Bachollet et D. Marcelli 2010). Le dialogue tonico-émotionnel se régule en fonction de l'individu et des expériences qu'il a vécues et vivra. Mais cette régulation peut être altérée par de nombreux facteurs : cause neurologique perturbant le tonus musculaire, état émotionnel envahissant ou encore situation de stress ou douloureuse.

Nous supposons que la régulation tonico-émotionnelle chez certains habitants du CASP peut être altérée du fait du contexte de leur vie actuelle. Dans le cadre de notre stage où nous allons faire face à ses personnes isolées, avec peut-être une communication verbale difficile, ou retranchées dans une carapace tonique protectrice, il nous est apparu que ce moyen d'échanger nous permettrait peut être de créer du lien avec les patients et de les comprendre.

Le dialogue tonico-émotionnel est de nos jours un outil du psychomotricien qui peut, grâce à ce dialogue infra-verbal, entrer en communication et en relation avec ses patients via des modalités différentes, parfois inconscientes.

3. Espace

Lorsque l'on cherche dans un premier temps le terme "espace" dans le dictionnaire Larousse en ligne (2020), on trouve plusieurs acceptions au mot "espace". "Portion de l'étendue ou distance entre deux choses" ou "étendue, surface dont on a besoin autour de soi", ou encore "domaine localisé dans lequel s'exercent certaines activités", ce mot a donc une signification différente selon les domaines, géométrique, anatomique, psychologique et le contexte dans lequel on l'utilise.

En psychomotricité, la notion d'espace se rapporte à "la conscience que l'individu possède de son environnement et comment il s'y organise" (A. D'Ignazio et J. Martin, 2018). Comme l'explique C. Pavot (2011), le temps est indissociable de cette notion et tous deux sont intriqués dans les autres grands items de la psychomotricité. Elle considère l'espace comme un élément indispensable de l'individu à son environnement et comme un support de la communication et de la relation.

Même si chaque individu possède sa propre perception de l'espace, E. Hall (1971) dégage quatre distances utilisées selon lui par la majorité des hommes selon les situations. Il s'agit, des distances intimes, personnelles, sociales et publiques, toutes distinguables par l'écart qui sépare les individus mais aussi par des modifications sensorielles. Ainsi, toute modification de nos perceptions tactiles, visuelles, auditives, olfactives ou vestibulaires impacte ces distances séparant les individus.

La perception de l'espace évolue tout au long de la vie dès la petite enfance en fonction des expérimentations et de l'environnement social et culturel. Elle peut ainsi être modifiée à l'âge adulte de manière progressive, en réponse à notre évolution propre mais aussi après un traumatisme, qu'il soit neurologique, anatomique ou psychologique. Cette perception peut donc être altérée en cas d'Accident Vasculaire Cérébral, de paralysie ou de perte d'un membre ou encore après certains événements traumatiques. Autant de situations que nous allons rencontrer lors de notre stage. De plus, les résidents ont quitté leur foyer pour venir vivre au CASP d'Hélianthe, tous leurs repères spatiaux ont donc été modifiés. La plupart des personnes ont un étayage suffisant pour faire face à un déménagement ou une perturbation de leurs habitudes, mais en y associant les atteintes du corps et leurs impacts affectifs, l'adaptation à ce nouvel environnement peut être plus difficile et l'appréhension de l'espace altéré et peut laisser place à la désorientation.

4. Rythme et temps

Le rythme est la forme répétée et isochrone d'un mouvement structuré en plusieurs éléments successifs organisés en groupement. D'après le Larousse en ligne, c'est le "Retour, à des intervalles réguliers dans le temps, d'un fait, d'un phénomène". Le rythme est indissociable du temps qui est lui même généralement associé à l'espace : toute action et événement se déroule dans un espace et un temps définis. Le temps est composé de la durée, de l'ordre et de la

succession. (C. Pavot et A. Galliano, 2011). Ces trois composantes sont appréhendées progressivement par l'enfant tout au long de sa structuration et vont lui permettre d'intégrer d'autres notions comme la vitesse, l'intervalle puis enfin le rythme. On peut distinguer le temps objectif et le temps subjectif. Si le premier est universel et identique pour tous les individus, le second au contraire se rapporte au vécu, il est propre au contexte et à la personne : une heure peut nous sembler s'écouler très vite lorsque l'on s'amuse ou très lentement lorsque l'on s'ennuie. Les émotions, les sensations et toutes les constructions et expérimentations personnelles d'un individu impactent donc la perception du temps.

Comme l'expliquent C. Pavot et A. Galliano (2011), il existe des rythmes physiologiques sur lesquels repose le rythme interne propre à chaque individu. Parmi eux, on peut citer le rythme cardiaque, respiratoire ou encore digestif. Chaque individu est également soumis à des rythmes externes : les saisons, le découpage temporel. La vie de chaque individu est "rythmée" par des éléments tels que le travail, les études, les cycles jours/nuits, les soins. Le temps passe inéluctablement, sans que nous n'ayons aucun contrôle dessus mais il est divisé en cycles. Connaître ces cycles nous permet d'anticiper et de nous adapter, et apporte un sentiment de contrôle sur les différents événements. Dans notre société, il est indispensable mais parfois difficile de s'adapter aux rythmes collectifs et sociaux. L'adaptation à notre environnement dépend en partie de notre structuration temporelle, acquise dès l'enfance mais pouvant être

perturbée au cours de la vie, lors d'évènements marquants impactant directement le corps ou le mode de vie et les habitudes quotidiennes.

Dans le cas de maladies graves, certains cycles physiologiques peuvent être atteints : une aménorrhée peut apparaître lors de pertes de poids très importantes, le sommeil et l'appétit peuvent être totalement modifiés et déréglés, en partie à cause des traitements. De plus, l'avancée de la maladie peut obliger le malade à changer radicalement sa vie quotidienne : arrêt de l'activité professionnelle, perte d'autonomie, atteinte de la vie sociale. Les journées peuvent alors être rythmées principalement par les rendez-vous médicaux, les douleurs, la prise de traitements, les chimiothérapies ou encore les dialyses. Ce qui est probablement le cas avec les résidents que nous allons rencontrer : coupés de leur vie familiale, ils ont, pour la plupart, vu se modifier leurs rythmes de vie du fait de la maladie.

C. Conception du projet

Grâce à la sémiologie psychomotrice, nous avons pu émettre plusieurs hypothèses d'axes de travail que nous avons trouvés intéressants de mettre en pratique en séance et au cours de l'année. Nous en avons préparé plusieurs axes de travail afin d'avoir un panel parmi lequel nous pourrions choisir en fonction du groupe qui se constituerait au fil du temps. Nous avons pu définir aussi ce que serait notre cadre thérapeutique tout au long de l'année, nous allons partir

de ce qu'il est en théorie tout en déterminant en quoi il pourrait correspondre à la réalité de notre situation. C'est ainsi que nous avons pu établir un projet de séance. Même si nous connaissions déjà les médiations que nous voulions utiliser, tout ce travail fait en amont nous a permis de bien définir la façon d'utiliser au mieux les propositions pour les articuler les unes aux autres afin de répondre au mieux aux axes que nous nous étions fixés.

1. Les grands axes de travail dégagés

Younes, l'autre intervenant de Viacti, a présenté un projet, lors de la réunion avec les résidents, porté majoritairement sur le renforcement musculaire, l'amélioration du souffle et du cardio des résidents. Il a souligné notamment que la pratique du sport, même adapté, permet d'améliorer son état de santé dans la plupart des situations, tout en étant aussi être une source de plaisir et de bien être psychique.

Au vu du profil des futurs participants, de la sémiologie de leurs pathologies et après avoir pris connaissance du projet de Younes, plusieurs axes de travail nous semblaient donc intéressants. Notre objectif premier était de mettre en place une séance de psychomotricité complémentaire avec les actions de Viacti.

Nous avons considéré que le temps consacré aux séances était avant tout un moment pour eux, un temps en dehors de la maladie leur permettant si

possible de s'évader, d'exprimer et d'expérimenter avec leur corps des sensations positives et re-valorisantes.

Dans un premier temps, l'objectif principal était celui de la re-socialisation pour sortir de l'isolement en créant d'un groupe soudé et contenant. Nous espérons également apprendre à connaître au mieux chacun des participants afin de créer une alliance thérapeutique et utiliser au maximum des supports qui leur plairaient et leur parleraient.

Dans un second temps, nous souhaitons les faire ré-investir et re-mobiliser leur corps parfois douloureux afin de retrouver conscience, confiance et plaisir. Cette mobilisation pouvait également permettre de travailler les possibles troubles de la régulation tonique, de l'image du corps et de l'orientation spatio-temporelle. A travers les médiations choisies, nous allons faire aussi appel aux capacités de coordination, d'équilibre et, plus généralement, à la motricité globale.

2. Le cadre psychomoteur de la séance

a) De la réflexion...

Si l'on reprend C. Potel (2019), le travail du psychomotricien ne peut se faire qu'en réfléchissant au préalable l'espace, le matériel, le temps, l'encadrement et le fonctionnement institutionnel. Ce cadre se doit d'être contenant afin "d'abriter et de contenir ce qui est délié, défait, désaffecté,

déshabité, en menace de débordement ou d’engloutissement” (C. Potel, 2019, p. 329)

D’après C. Bellouard (2006), le cadre est une enveloppe constante permettant le changement en son sein. Il permet de délimiter un “dedans” et un “dehors” tant sur le plan physique que psychique. Le cadre est une garantie de sécurité pour le patient qui peut alors trouver sa place, un temps et un espace pour lui. Il est aussi une protection pour le thérapeute qui lui permet de s’impliquer dans la prise en charge.

La disposition et la taille de la salle ont un impact sur la pratique psychomotrice. En effet, elle influence la perception de l’espace, les repères spatiaux et peut aussi avoir une influence sur le type de médiation qui peut être pratiquée en son sein. Les délimitations de la salles, ses murs, ses portes, ses fenêtres viennent définir l’espace dans lequel se déroulera la prise en charge. Elles marquent “le dedans” et “le dehors” de la salle, mais aussi plus globalement de la séance. Le choix des meubles et objets de la pièce ainsi que leur disposition doivent aussi être réfléchis afin de s’adapter au mieux aux propositions.

Une séance est aussi une prise en charge dans un temps donné. D’une part, il faut déterminer la durée du projet, avec une durée prédéfinie, quitte à la renouveler ou à la prolonger. D’autre part, il faut aussi clairement expliciter la régularité et le temps hebdomadaire qui lui sera consacré. Ce sont des repères temporels pour les différents participants, raison pour laquelle la régularité est

primordiale. Il faut éviter au maximum les longues périodes de pause par exemple, pour qu'une véritable habitude s'instaure semaine après semaine.

Il est important que le cadre soit sécurisant et le plus stable possible afin de maintenir la cohérence du projet et de permettre au différents protagonistes d'être dans les meilleures conditions pour la prise en charge. On peut l'aborder de différentes manières. Par exemple, le début et la fin des séances seraient définis par des rituels qui reviendraient chaque semaine : installation du matériel, temps de parole. Une salle agréable, d'une taille adaptée, bien insonorisée serait l'idéal pour accueillir les séances. Dans la pratique, cela est rarement le cas et notre stage ne dérogera pas à la règle.

b) ... à la réalisation

Pour le cadre spatial, le seul lieu dans lequel il nous est possible d'effectuer nos séances est la salle commune que nous avons décrite précédemment et que nous avons pu voir avant nos interventions commencent lors de différentes réunions. Située au coeur du bâtiment, c'est à dire au deuxième étage et au centre de toutes les chambres, elle est présentée comme le noyau central des activités communautaires. Les deux portes d'accès sont habituellement grandes ouvertes, mais nous pouvons les fermer lors des séances. Les grandes fenêtres sur le mur parallèle donnent à la pièce beaucoup de luminosité mais la rendent bruyante du fait de la rue adjacente et du manque d'isolation. Des rideaux opaques peuvent être tirés afin de diminuer ces deux inconvénients. Les lieux

étant habituellement en libre accès, et vue la présence du réfrigérateur commun et des micro ondes, nous savons que le risque est fort d'être dérangés pendant les séances. Les canapés et tables sont déplaçables facilement à l'aide de roulettes, et libèrent ainsi un espace d'une vingtaine de m². Le matériel, lui, est bien maigre car nous ne sommes pas dans une structure de soin, et Viacti ne stocke pas le sien sur place. Nous avons cependant accès à des tapis de sol relativement fins, à des petits coussins et aux chaises qui sont là habituellement. Pour le reste, nous pouvons ramener des objets que nous possédons.

Au niveau du cadre temporel, nous avons déterminé en amont avec notre référent de stage à Viacti et le directeur du CASP que notre projet se déroulerait d'octobre 2019 à fin mai 2020. Nous savions que les séances auraient lieu le jeudi, jour de notre présence à ce stage, mais il nous fallait encore déterminer l'horaire. Nous intervenons sur un autre lieu de prise en charge de Viacti le matin et vue la durée de trajet entre ces deux établissements, il nous était impossible d'être présentes au CASP avant quatorze heures. Nous nous sommes mises d'accord sur 14h30, pour permettre aux participants d'avoir le temps de manger, tout en ayant du temps le reste de l'après midi pour se rendre à d'autres rendez-vous ou activités. Chaque séance dure une heure, et finit donc à 15h30. Nous avons dès le départ souhaité structurer chacune d'elle de la même manière : la commencer avec une mise en corps afin de la lancer puis finir par un temps d'échange assis tous en cercle. Tout ceci afin de donner des repères et d'instaurer une continuité semaine après semaine.

Pour la régularité, nous nous sommes mises d'accord pour maintenir le maximum de séances possibles : si l'une d'entre nous était absente, l'autre maintiendrait la prise en charge et la dirigerait. Les semaines de vacances seraient réduites au minimum afin d'éviter les coupures de deux semaines entières.

3. Penser la séance

Avant même nos premières réunions avec S. Lusgarten, le co-directeur de Viacti, nous avons déjà réfléchi toutes les deux aux médiations que nous pourrions proposer durant ce stage. Nous devions avoir pratiqué celles-ci, mais elles devaient aussi posséder une certaine attractivité aux yeux des résidents pour leur donner envie. Nous avons voulu, au préalable, définir la médiation thérapeutique.

Dans le dictionnaire Larousse en ligne (2020), on retrouve les termes "conciliation", "entremise", ou encore "intermédiaire" comme synonyme de médiation. Il s'agit donc d'un outil capable de faire le lien, psychique ou corporel, entre plusieurs individus au cours d'une séance.

Cela rejoint la vision D. Winnicott (1970), pour qui une médiation est une zone transitionnelle intermédiaire entre l'autre et soi. C'est aussi et surtout un espace de création commune, dont l'objectif va être la représentation symbolique des affects et des éprouvés.

Le terme “médiation thérapeutique” apparaît d’après F. Giromini (2012) dans les années 1990. En effet, le professeur Bouvier nomme ces “thérapies médiatisées” comme un outil utilisable dans les conflits liés au deuil. Cependant, l’utilisation de médiations de nos jours s’est diversifiée avec des patients aux pathologies variées. Elles se développent et peuvent prendre tout type de formes artistiques, sportives, animales ou autres.

Le choix de la médiation thérapeutique en psychomotricité est donc à réfléchir en fonction de nos objectifs, de notre expérience personnelle et de la manière dont elle va permettre de créer un lien entre les participants d’un groupe. C’est un outil au service du psychomotricien, et on nous a enseigné que ce n’est pas la médiation qui est thérapeutique mais la manière dont elle est adaptée. Une même médiation peut permettre de travailler de nombreux domaines différents et il faut modifier l’activité en fonction du patient, mais aussi du projet thérapeutique. De plus, pour proposer une médiation en séance, il est fortement recommandé d’avoir soi-même pratiqué cette activité, soit durant une formation professionnelle, soit dans un cadre plus personnel. Cela permet de s’approprier et d’être le plus à l’aise possible avec cet outil, et ainsi de l’utiliser au mieux, tout en restant en confiance lorsqu’il est proposé.

a) La danse, mode d’expression et de communication

Tout d’abord, c’est une médiation que nous connaissons particulièrement bien toutes les deux, car elle fait partie intégrante de notre pratique personnelle

depuis notre plus jeune âge. Nous nous sommes essayées chacune à de nombreux types de danse et en avons déjà ressenti les bénéfices personnels. Depuis le début de nos études, nous avons aussi commencé à avoir un regard psychomoteur sur cette pratique, à travers nos expériences personnelles et lors de notre formation, et nous avons compris la richesse de cette médiation. Dans le terrain inconnu que représentait ce stage, cela nous rassurait de proposer aux participants une activité que nous maîtrisions déjà et qui offre un panel d'exercices très vaste. Le thème de la danse allait nous permettre de travailler de nombreux items psychomoteurs, cela nous a été très utile pour élaborer notre projet avant d'avoir rencontré les participants. Par la suite, l'observation des membres du groupe via la danse nous permettrait d'y apporter des précisions et des améliorations.

D'après D. Jean-Sloninski (2011, p.12), « La danse repose sur plusieurs éléments fondamentaux : l'espace, le temps, le poids du corps, l'énergie. Elle demande aussi la faculté essentielle de convier les hommes à partager le rythme, la prise de l'espace, la conscience de ce qui est dans l'espace, le plaisir sensoriel et sensuel, en utilisant la mémoire culturelle, les rituels et les souvenirs d'enfance. ».

Comme l'a repris M. Ligneau (2014) dans son mémoire, la danse permet un travail sensori-moteur sur l'espace, mais aussi sur les émotions et leur implication dans le corps. C'est aussi un réel mode d'expression et de communication. La danse demande donc un ajustement du corps et de ses

différentes parties dans l'espace en fonction d'un temps donné. L'espace et le temps doivent être en accord, et s'ajuster l'un à l'autre. De plus, elle met l'accent sur l'écoute du groupe, mais également de ses propres sensations et perceptions internes. Danser permet d'expérimenter sa kinésphère, de mettre à l'épreuve son équilibre et ses coordinations, tout en s'ajustant à un rythme. Elle fait fonctionner la musculature dans sa globalité, et est synonyme de plaisir et de lâcher prise pour beaucoup de personnes. Elle est aussi porteuse d'émotions, soit via la musique soit grâce aux mouvements effectués, qui peuvent faire parler l'imaginaire et la représentation.

Bien sûr, notre objectif n'était pas de donner un cours de danse, mais bien d'utiliser la danse au sens large du terme pour travailler les axes thérapeutiques dégagés en amont. Un de nos buts était que chacun laisse son corps s'exprimer sur des musiques différentes, afin de pouvoir prendre confiance et retrouver du plaisir à bouger ce corps, synonyme pour eux de maladie. Nous voulions aussi créer une séance pleine de bonne humeur afin que ce soit aussi un moment pour eux "entre parenthèse" au vu de leurs journées solitaires. La danse et la musique pouvaient nous permettre de créer aisément un lien et une ambiance conviviale. Cela nous aiderait à susciter peut-être plus facilement chez les résidents le désir de revenir et de s'engager dans cet atelier.

La danse créerait aussi un sentiment d'unité dans un groupe : chacun serait animé par un même rythme commun, et même si les mouvements ne seraient pas tous exactement les mêmes, chacun y trouverait une continuité.

Cette médiation pourrait favoriser donc la prise de conscience de son corps, l'éprouvé du mouvement, la reconnection aux sensations internes du corps. Il existe de nombreux types de danses de différents pays, époques, cultures et chacun a pu l'expérimenter au cours de sa vie. Cela peut être vecteur de souvenirs, de motivation et de prise de plaisir.

b) La relaxation, apaisement psychique et physique

D'après J-P. Louvel et M. Omrama (2015), la relaxation peut permettre, par le relâchement des muscles de son corps, une diminution des douleurs ressenties mais aussi une amélioration des perceptions de son corps. Elle permet d'accompagner le patient dans l'élaboration de l'image de soi et la revalorisation de cette image. De plus, la diminution du rythme respiratoire entraîne un apaisement du patient et une meilleure récupération. Enfin, elle permet à un accès à l'imaginaire et à une projection sur des vécus agréables.

Pour C. Ballouard (2008), ce sont des techniques dont l'apprentissage repose le plus souvent sur la pratique et l'entraînement régulier. Maîtriser la relaxation peut amener à un meilleur contrôle de ses émotions et de la douleur pour aller vers un apaisement psychique et physique et pousser les patients à prendre "une place active dans sa prise en charge" (C. Rousseau Salvador et J.P. Louvel, 2019)

La relaxation de type Jacobson, ou méthode analytique, permet à terme de reconnaître les tensions de nos muscles et de les contrôler. Elle consiste en une

contraction isométrique de muscle de plus en plus précis du corps et en leur relâchement. (M. Guiose, 2007). Cette méthode décrite comme “pédagogique” par son auteur est guidée en séance par des inductions orales mais il est fortement conseillé de la pratiquer régulièrement en dehors des séances pour une perception plus fine de ses tensions. D’après S. Masson(1983), les troubles retrouvés chez nos patients, troubles du schéma corporel, de l’organisation spatiale, l’anxiété, les troubles du sommeil, rentrent dans les indications majeure de cette méthode de relaxation.

Pour l’avoir expérimenté, nous savions que la relaxation pouvait aider à se recentrer sur soi, à être à l’écoute des sensations internes et externes. Elle demande une certaine concentration, mais peut permettre de rentrer dans un état de détente et de déconnexion au monde extérieur très agréable. Si on peut ressentir des effets positifs dès les premières séances, les répercussions durables sont visibles sur le long terme par une pratique régulière. Un objectif récurrent à la plupart des relaxations est que le patient s’approprie cette médiation pour pouvoir la reproduire en dehors des séances. Ainsi, après l’avoir pratiquée en cours pendant deux ans, elle nous a paru toute indiquée pour nos séances. Il existe un large panel de relaxation auxquelles nous avons été initiées lors de nos deux premières années d’études, et nous avons donc un large choix de propositions à essayer en fonction du groupe qui se construirait. Nous nous sentions prêtes à les mettre en pratique.

c) L'articulation entre ces deux médiations

La danse et la relaxation sont des médiations qui nous paraissent complémentaires dans leur approche du corps, et donc pertinentes pour être abordées au cours d'une même séance.

D'après C. Potel (2010) :

« Danser, c'est se confronter aux sensations et aux émotions liées aux mouvements et aux gestes. L'intention donnée aux gestes de la danse pour exprimer quelque chose va donner l'occasion à la personne de mieux connaître son corps et de mieux le percevoir. [...] Au contraire, se relaxer, se détendre, c'est privilégier le ressenti dans une mise en passivité et en immobilité du corps »

Pourquoi alors ne pas utiliser l'une et l'autre dans une même séance, afin de jouer sur ce contraste ? Au départ, nous ne savions pas exactement le profil des participants du groupe. En utilisant ces deux médiations, nous ouvrons au plus grand nombre : en effet, nous avons peur que la proposition "danse" dissuade certains habitants du foyer. Dès notre arrivée dans la structure, nous avons été mises en garde sur leur manque de motivation. Proposer, dès le départ, ces deux médiations nous a semblé judicieux pour générer une certaine attractivité dès le début. Nous pourrions par la suite nous adapter en favorisant, par exemple, l'une au détriment de l'autre. De plus, en étudiant ces deux médiations, nous avons trouvé de réels intérêts à les utiliser l'une à la suite de l'autre. Tout d'abord, nous avons émis l'hypothèse qu'une heure entière de

danse serait peut-être trop fatigante pour la population que nous allions rencontrer. Bien sûr, pouvions aussi envisager des exercices assis, mais le principe même de la danse est de bouger différentes parties de son corps. Ce qui peut demander un effort intense pour des personnes affaiblies.

Ce premier temps de danse nous permettrait de créer une bonne ambiance dans le groupe, danser favorisant le lâcher prise et la connexion aux autres. Cela créerait un lien et une relation thérapeutique au fur et à mesure des séances et permettrait d'accueillir les possibles nouveaux participants dans un contexte qui favoriserait leur intégration au groupe déjà existant. Si la danse encourage une ouverture aux autres et donc un sentiment d'appartenance, la relaxation permet de retrouver son individualité et de se recentrer sur son propre corps. La danse permet de relâcher les tensions du quotidien à travers une activité physique et une mise en mouvement du corps. A l'instar de celle-ci, la relaxation participe aussi au relâchement musculaire mais grâce à un abaissement du tonus dans les zones douloureuses ou hypertoniques. Articuler ces deux médiations au sein d'une même séance nous semblait donc complémentaire et pertinent. Commencer par la danse permettrait de bénéficier du bien être provoqué par la pratique d'une activité physique et de favoriser ainsi la détente lors de la relaxation.

Or nous savons que l'utilisation de ces deux médiations peut aussi avoir des points négatifs, le principal étant la limite de temps : nos séances de relaxation pourraient sembler courtes comparées à celles qui ne proposent que

cette médiation. Il nous faudrait trouver un juste équilibre entre le bénéfice pour les participants et celui pour notre projet dès que les séances débuteraient.

d) La prise en charge groupale

Lorsque nous avons rencontré S. Lusgarten, le co-directeur de Viacti, en début d'année afin de définir les différents ateliers auxquels nous allions participer, il a tout de suite été question de créer un seul groupe toutes les deux. Cela faisait plusieurs années que nos prédécesseurs avaient instauré des prises en charge groupales dans ce CASP, et la structure était demandeuse de renouveler ce type d'accord. Au vu du nombre de résidents, il était aussi plus pertinent de proposer un groupe constitué de cinq à sept membres, afin de faire bénéficier au plus de monde possible cette prise en charge. De plus, Viacti propose principalement des prises en charge groupales, cela rentrait donc davantage dans la continuité des missions de l'association. Nous avons donc eu un choix assez restreint quant aux modalités du type de prise en charge. Avec du recul, nous aurions dans tous les cas opté pour la mise en place de séances groupales, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, un de nos objectifs principaux est la sociabilisation et la création d'un espace d'échange pour ces personnes cohabitant dans un même lieu. Une intervention groupale est toute indiquée pour travailler cet axe. Nous sommes de plus deux stagiaires et une prise en charge individuelle aurait pu être intimidante pour le patient, et déséquilibrée car nous aurions été deux

“soignants” pour un “patient”. Nous aurions aussi pu nous séparer mais notre but était réellement de partager cette expérience ensemble et de pouvoir avoir un regard l’une et l’autre sur notre pratique.

Le groupe nous permettait aussi la rencontre : sans celui-ci, il aurait très difficile de rencontrer les habitants du foyer et d’apprendre à les connaître. La plupart restent dans leurs appartements une grande partie de la journée et, notre présence étant restreinte sur place, nous les aurions rarement croisés. Comment évaluer alors la pertinence du choix d'un résident pour la mise en place des séances ? En effet, un autre facteur complexifie cette situation : nous n’avons accès à aucun dossier médical, ce qui nous empêche de cibler réellement les besoins de chaque habitant du foyer et de composer ainsi en amont un groupe. Nous devons donc nous adapter dès les premières séances en fonction des participants volontaires. Nous avons cependant bénéficié de l’aide de l’AVS de la structure, qui reçoit les résidents régulièrement, et a donc pu recommander à certains de participer à nos séances. Elle est aussi en lien avec le médecin intervenant au CASP, qui fait normalement les attestations médicales pour les habitants du foyer souhaitant participer aux activités proposé par Viacti. Même si nous sommes loin de la prescription médicale nécessaire à la pratique de la psychomotricité, ce sont eux tout de même qui ont, au cours de l’année, conseillé à quelques résidents de venir dans notre groupe.

Il existe deux grands types de groupes : ouverts, chaque semaine des personnes différentes viennent participer à des activités autour d’un même

thème, et fermés, les participants sont toujours les mêmes et sont limités en nombre.

Le groupe que nous avons formé ne correspondait à aucun de ces deux types : chaque résident était libre de venir assister aux séances, sans obligation pour lui de revenir, mais nous souhaitions réellement qu'il s'engage sur du long terme et qu'ainsi un groupe se crée au cours de l'année ou tout au moins un noyau dur de participants venant hebdomadairement.

Bien sûr, ce n'était pas la situation la plus facile pour nous : nous ne savions pas combien de résidents participeraient d'une semaine à l'autre et nous avions besoin de revoir au jour le jour les séances prévues en fonctions des personnes présentes. Mais c'était la seule possibilité envisageable.

e) Lien avec le mouvement et le sport prônés par Viacti

Pour rappel, si notre stage se déroulait le jeudi après-midi sur la structure du CASP, nous étions tout d'abord les stagiaires de l'association Viacti. Cette dernière prône le mouvement et le sport au bénéfice de la santé. Leur objectif est de le rendre accessible à tous mais aussi de donner envie à ceux qui, initialement, s'en sentent incapables ou n'en voient pas les bienfaits. C'était donc aussi une de nos missions annexes de favoriser une pratique corporelle, mais avec notre vision de psychomotriciennes.

Nous avons eu l'impression que le regard des professeurs d'APA sur le mouvement repose principalement sur l'aspect anatomique et physiologique du

corps. Ils prennent en compte la structure du corps et des muscles, favorise le travail de ces derniers tout en faisant attention aux articulations, à la souplesse, aux étirements. Comme l'explique Bruno Chauzi, professeur d'éducation physique, sur son site internet, la pratique d'une activité physique provoque de nombreuses réactions chimiques qui produisent plusieurs effets positifs sur le corps, en partie grâce à la libération d'endorphine, qui est un neurotransmetteur intervenant dans des circuits neuronaux du plaisir. Sa libération lors d'une activité sportive peut avoir un impact sur le court et long terme : on observe entre autre des effets euphorisants, anxiolytiques, antalgiques et anti-fatigue.

Au cours de nos études de psychomotricité, nous avons été amenées à étudier aussi l'anatomie et la neurophysiologie de l'être humain, peut être de façon moins détaillée, cependant nous nous différencions par nos connaissances en psychologies sûrement plus poussées. Notre approche prend en compte non seulement le corps mais aussi les émotions, les sensations et la relation à l'autre. Si le professeur d'APA le fait aussi en grande partie, nous avons pu l'observer tout au long de l'année, cela se fait de manière moins conscientisé et est moins au coeur de la séance. Nous possédons un regard différent car notre formation n'a pas été la même mais nous utilisons tous deux la pratique corporelle.

Cette pratique physique que nous avons choisie, la danse, met au cœur de notre prise en charge le mouvement et les valeurs de Viacti. Ainsi, elle sert notre projet mais aussi celui de l'association. Toujours dans la continuité des objectifs de cette association, nous proposons ces séances à des personnes qui n'ont pas

la possibilité, l'envie ni les moyens d'avoir une activité physique régulière adaptée. Si nous leur proposons de la psychomotricité, avec tout ce que cela implique, nous permettons par là, une activité corporelle qui peut être un premier pas ou un échelon vers une pratique physique, en particulier chez cette population assez sédentaire. Nous ne nous substituons pas à l'APA, nous avons une démarche complémentaire.

D. Conclusion

Toute la première partie de notre démarche a donc consisté dans un premier temps à rassembler nos connaissances et expériences accumulées pendant nos deux premières années d'études. Nous avons également mené des recherches, observé des séances dans d'autres structures où intervient l'association et posé des questions à nos maîtres de stages afin d'établir un projet le plus abouti possible et d'arriver en séance préparées. Mr Aroulanda, notre maître de stage interne à l'institut de la psychomotricité nous a beaucoup aidées et accompagnées tout au long de cette démarche et de la mise en pratique de notre projet. Cela n'est pas propre aux stages expérimentaux mais est nécessaire dans chaque début de suivi en psychomotricité. Tout s'est effectué dans un contexte particulier pour nous, et nous n'étions pas trop de deux pour mettre sur pied ce projet. La prise en charge de groupe est une part importante de la pratique du psychomotricien. Nous avons pu expérimenter la réflexion et l'élaboration nécessaire à la réalisation de ce type de projet.

Cette préparation, qui n'a duré qu'un mois et demi, a été indispensable et, grâce à cela, nous avons pu, par la suite, la mettre en pratique plus sereinement. Comme dans notre future vie professionnelle, nous avons ensuite été conduites à confronter notre projet imaginé et donc sûrement idéalisé, à la réalité du terrain.

“**C**elui qui un jour veut apprendre à voler, celui-là doit d’abord apprendre à se tenir debout et à marcher et à courir, à grimper et à danser - ce n’est pas du premier coup d’aile que l’on conquiert l’envol ! ”

Ainsi parlait Zarathoustra (1885) de F. Nietzsche

III. Réalisation et évolution du projet

Après la préparation soignée du projet, il était temps de passer à la pratique. Nous aborderons au fil de ces pages le déroulé chronologique de notre avancée durant l'année, les différentes étapes traversées nous ont aidées à acquérir de l'expérience. Nous ferons aussi une partie plus générale sur les problématiques et écueils que nous avons rencontrés globalement tout au long de ces mois, et ce que nous avons mis en place pour essayer d'y remédier.

A. Début de la prise en charge

1. Description des premières séances

Trois messieurs étaient présents lors de la première séance : Mr K, Mr A et Mr N. Deux étaient là dans la salle à notre arrivée et ils sont très vite allés chercher le troisième. Nous nous sommes présentées et ils nous ont aidées à pousser canapés, tables et chaises afin de libérer un espace au centre de la salle. Les semaines suivantes, divers résidents nous ont rejointes dans les séances. Dès la deuxième séance, certains locataires ont paru gênés d'avoir raté les débuts de séance à cause d'oublis ou d'assoupissements, nous leur proposons donc de noter leur numéro de chambre pour aller les chercher et leur proposer les séances.

Comme expliqué précédemment, penser le cadre en psychomotricité est indispensable. Nous avons fait le choix de toujours diviser les premières séances

en quatre parties : l'échauffement, la mise en corps, le temps de danse et la relaxation.

N'ayant pas d'exemple de séance menée dans cette structure, nous nous sommes nourries de nos vécus personnels pour structurer ces premières interventions.

Pour l'échauffement, nous nous sommes inspirées de nos vécus en Travaux Dirigés (TD) d'expressivité du corps, dans lequel nous reprenions systématiquement le même enchaînement en mettant l'accent sur différents aspects (axe corporel, poids, plans de l'espace, tonus...) selon le thème de la séance. Cette structure de TD nous avait paru contenante et permis d'être disponibles pour la suite de la séance. Ainsi, nous avons mis en place un échauffement identique toutes les semaines et sur la même musique, afin d'instaurer petit à petit un climat de confiance sur une séquence qu'ils connaîtront progressivement. Cet échauffement global mobilise les principales articulations du corps dans les différents plans de l'espace : transversal, frontal et sagittal. Il fait appel successivement à des capacités d'imitation et de représentation corporelle, de coordination des bras et des jambes, d'équilibre uni et bi podal et favorise le déliement des ceintures. Cet enchaînement de mouvements lents mobilise successivement les cinq chaînes posturales du corps décrites par G Struyf-Denis (2000) : antéro-médiane, postéro-médiane, postéro-antérieure, antéro-latérale et postéro-latérale. L'échauffement organisé de cette

manière nous a permis d'observer leur tonicité ainsi que les potentielles dominances de chaîne sans pour autant pouvoir élaborer un profil "psycho-comportemental" comme il est expliqué dans son ouvrage.

Durant la mise en corps et les temps de danse des premières semaines, nous avons évalué, grâce à l'observation leur capacité à suivre un rythme et à entrer dans un imaginaire ou un jeu, leur capacité de régulation tonico-émotionnelle, d'investissement de l'espace et leur fatigabilité. Nous avons aussi pu repérer leurs goûts musicaux et leur affinités avec tel ou tel type de danse.

Enfin le temps de relaxation nous a paru indispensable afin de recentrer leurs sensations sur eux mêmes et d'évaluer leur capacité de relâchement. Il nous a paru cohérent de réaliser ce temps de relaxation assis et en fin de séance afin que les bénéfices perdurent si possible sur la fin de leur journée. En début d'année, les séances ont porté sur les membres supérieurs et plus spécifiquement sur les bras et les épaules. Dès la première séance, nous avons instauré un temps de parole à la fin de la relaxation, afin d'avoir une verbalisation "à chaud" des participants avant de se dire au revoir.

2. Présentation des participants

Le nombre de participants a fluctué selon les semaines, en fonction de leur fatigue, de leur disponibilité, de leurs envies et de leurs soins. Nous avons eu en tout dix participants différents mais, seulement six sont venu régulièrement aux séances pendant une période de plusieurs mois. Il est difficile de décrire un

groupe en particulier car nous avons des participants qui ne se sont parfois jamais croisés, certains très actifs en début d'année puis qui n'ont plus assistés aux séances et inversement. Le foyer n'étant pas une structure de soins, nous n'avons eu accès à aucun dossier médicaux, pour la simple et bonne raison qu'il n'en existait pas et nous n'avions pas accès aux dossiers personnels des résidents. Nous n'avons eu connaissances des pathologies et d'une partie de leur anamnèse qu'au fil de nos discussions avec eux et les autres intervenants de l'établissement. Nous nous sommes donc basées principalement sur notre observation, en rassemblant semaine après semaine les informations que nous avons recueilli. Voici les principales personnes qui ont partagé ces temps hebdomadaires avec nous.

Lors de la première séance sont venus trois monsieur : Mr K, Mr N et Mr A qui se sont révélés être des éléments moteurs du groupe en revenant presque chaque semaine pendant les premiers mois.

Mr A est un homme discret d'environ cinquante ans d'origine algérienne. Il se déplace assez lentement et a toujours avec lui une bouteille d'oxygène portable. Il parle peu en groupe mais peut s'exprimer plus facilement en individuel et communique par des sourires et des mimiques lorsqu'une proposition ou une musique semble lui plaire ou que l'on s'adresse à lui. Il est fatigable et passe la plupart des séances assis mais participe tout de même à

toutes les propositions. Il manque de force musculaire mais possède des coordinations, un rythme et un équilibre qui ne semblent pas pathologiques. Il réalise des gestes peu amples que ce soit au niveau des membres supérieurs ou inférieurs et nous pouvons observer une légère rigidité au niveau de ses articulations qui semblent résulter plus d'un manque de lâcher prise que d'une rigidité musculaire lié à un problème neurologique. Mr A arrête de venir en séance après son hospitalisation fin décembre. Il revient au foyer mais semble très affaibli, et refuse poliment quand nous lui proposons de reprendre les séances.

Mr N est un homme d'une cinquantaine d'année et d'origine Sénégalaise. Il est de taille moyenne, toujours bien habillé en civil et vient en chaussures adaptées aux séances. Il est lui aussi fatigable et peut être sujet à des baisses de tension et des vertiges. Il a des difficultés d'équilibre statique unipodal, mais cela ne semble pas représenter un risque de chute. Il a des difficultés de représentation corporelle et de proprioception lorsqu'il s'agit d'imiter des postures et des mouvements. On observe une bonne mobilité du bassin lors de la danse, ainsi qu'un sens du rythme d'un niveau très acceptable. Il aime danser, en particulier la salsa qu'il a pratiqué et discuter de sujets variés : des actualités ou encore des soirées qu'il passait avec ses amis lorsqu'il était jeune. Il verbalise bien ce qu'il a pu ressentir lors des séances, ses difficultés, il apprécie les temps de partage et de communication.

C'est un homme au tempérament joyeux qui nous apparaît très vite comme un moteur du groupe : il essaie de pousser de nouveaux résidents à venir, et il fait très facilement le lien entre les différents participants, connaissant une bonne partie des personnes domiciliées au foyer. D'ailleurs, le peu de séances auxquelles il n'assistera pas, souvent pour raisons médicales, nous paraîtront beaucoup plus demandeuses d'énergie.

Mr K est un homme lui aussi d'une cinquantaine d'année d'origine sénégalaise. Il est plutôt grand et fin, avec une énergie impressionnante. Il veut toujours "continuer à travailler" et est motivé, tout en essayant de motiver les autres avec lui. Il peut arriver en séance avec des vêtements tachés et des chaussures peu adaptées (chaussons ou claquettes). Son discours est une logorrhée parfois décousu. Il nous semble malgré tout avoir compris qu'après plusieurs erreurs, les médecins avaient "diagnostiqués chez lui un AVC". Il s'inscrit dans une rigidité et une lenteur psychomotrice pathologique. Il est souvent surpris lorsque nous arrivons au CHU, il semble oublier l'heure et ses collègues nous ont expliqué qu'il pouvait parfois passer une journée sans manger ni boire. Cela montre ses difficultés à se repérer dans le temps et à respecter un rythme interne et social. Dans les séances, il est aussi difficile pour lui d'être en cohésion et en rythme avec le reste du groupe mais ne semble pas s'en rendre compte. Il a des difficultés de proprioception et de représentation corporelle dans l'imitation et le guidage à l'oral. Il semble parfois perdu dans

ses pensées, et nous remarquons très vite qu'il reste assez tendu lors de la relaxation, même si son discours est en total désaccord avec ce que nous observons.

Par la suite Mme M, Mr D et Mme L nous ont rejoints de manière régulière à partir de fin novembre et jusqu'à la fin de notre stage.

Mme M est une dame d'environ quarante ans d'origine algérienne. Elle n'est pas grande et assez fine. Elle nous apparaît frêle et fragile, avec une posture de repli assez importante. Elle croise souvent les bras lorsque nous parlons. Elle vient toujours en tenue de sport aux séances. Elle est plutôt réservée lors des premières séances mais souriante. Le front toujours plissé et le haut du corps légèrement recroquevillé vers l'avant, elle semble anxieuse, ce qu'elle va verbaliser au bout de quelques séances. Elle exprime aussi qu'elle souffre d'insomnies et qu'elle a peu de rythme de vie : elle se lève parfois au milieu de l'après midi et se confond en excuses lorsque nous venons toquer à sa porte pour lui proposer la séance. Au niveau moteur, Mme M possède un équilibre très satisfaisant. Elle est à l'aise dans les coordinations manuelles et pédestres. Elle a un bon sens du rythme mais reste dans des mouvements près du corps souvent répétitifs. Le regard de l'autre semble être important pour elle. On ressent une certaine inhibition et lenteur dans ses gestes. Enfin, nous faisons attention à sa fatigabilité au vue de ses insomnies répétées.

Mr D est un homme d'environ cinquante ans. Il est plutôt grand et de corpulence moyenne. Il semble avoir eu un parcours de vie difficile durant lequel il a pu vivre dans la rue et beaucoup s'alcooliser. Il nous explique avoir été apparemment "opéré des cervicales". Il verbalise beaucoup mais son discours est souvent incohérent et difficile à suivre. Il articule très peu et semble avoir une motricité très réduite dans la partie inférieure de sa bouche. Ses gestes sont de faible amplitude et plutôt lents. Ses ceintures sont peu déliées de même que les articulations des chevilles. Il manque de force musculaire au niveau des membres inférieurs. Il se concentre beaucoup lors des séances pour reproduire nos postures, nos mouvements et comprendre les consignes mais les mouvements les plus simples restent difficiles à imiter. De plus, les propositions qui demandent une double tâche sont complexes à réaliser pour lui. Son équilibre bipodal statique est bon, mais il ne tient pas longtemps sur un pied. Sa marche est assez lente, et il est globalement en posture d'enroulement. C'est le participant qui présente le plus de difficultés psychomotrices. Mr D se plaint beaucoup du centre d'Hélianthe mais il reste souriant avec nous pendant la séance et montre de la bonne humeur. Le ton peut cependant rapidement monter lorsqu'il est en désaccord avec un autre résident et nous constatons à plusieurs reprises des persévérations importantes.

Enfin, Mme L est une dame très souriante et toujours bien apprêtée, elle est âgée d'environ quarante ans. C'est une des rares participantes à s'habiller

spécialement pour la séance et revêtir des chaussures de sport. Ses cheveux sont toujours recouvert d'un foulard ou d'un voile de couleur vive. De corpulence moyenne, elle ne présente pas de fatigabilité particulière. Elle s'investit beaucoup lors des séances et est toujours positive dans ses retours et dans son humeur. Cette résidente peut faire des propositions de mouvements et entre facilement dans les jeux et imaginaires que nous leur proposons. Au niveau sémiologique, elle présente un bon déliement des ceintures scapulaires et pelviennes et apporte beaucoup de mouvements orientaux ou déhanchés lors des séances. Elle investit bien l'espace, l'imitation de postures et de mouvements ainsi que la compréhension des consignes ne lui posent pas de problème. Nous ne notons pas de difficultés particulières concernant l'équilibre et le rythme. Elle peut cependant avoir du mal à rentrer dans l'imaginaire, surtout si cela sort de sa zone de confort. Le regard de l'autre peut être très inconfortable pour elle et elle nous avouera lors d'une séance qu'elle déteste être prise en photo.

Ce groupe peut paraître hétérogène d'un point de vue de la sémiologie psychomotrice mais leur complémentarité permet de réaliser des séances variées. Ils peuvent facilement se tirer les uns les autres en dehors de leur zone de confort de manière positive et constructive. Ils sont tous venus d'eux même aux séances et semblent motivés chaque fois qu'ils sont présents. Ils s'entendent bien, discutent entre eux et avec nous du quotidien mais aussi de leur soucis et inquiétudes.

B. Déroulement du stage

1. Évolution semaine après semaine

Les séances sont réparties en trois temps, chacun pensé en fonction des séances précédentes et des axes thérapeutiques que nous avons établis.

Comme expliqué précédemment, l'échauffement est identique d'une séance à l'autre, et se déroule sur la même musique pour installer la continuité dans le suivi. Il permet aux participants d'avoir un point de repère qui marque le début. Nous souhaitons initialement faire évoluer cet échauffement au cours de l'année, mais au vu des difficultés rencontrées, nous nous sommes contentées de varier les rythmes et les verbalisations pour leur proposer de se recentrer sur des sensations particulières en lien avec la séance à venir. Nous avons proposé par exemple de prendre conscience, dans un premier temps, des appuis au sol, de trouver l'ancrage et l'axe en soi qui puisse apporter une stabilité avec un recrutement tonique minimal. Plus tard dans l'année, nous leur avons proposé de se concentrer sur la coordination de leurs mouvements avec leur respiration.

Dans un second temps, nous avons mis en place des exercices qui leur permettent de se mobiliser corporellement en groupe ou individuellement de manière plus libre, afin d'explorer différents états toniques et imaginaires. Ce moment comprend aussi des temps de danse et de déplacement dans l'espace. Au bout de plusieurs semaines, nous leur avons proposé d'apprendre de petites chorégraphies ou des pas de base de différents types de danse. Ceci afin

d'approfondir la cohésion et le sentiment d'appartenance à un groupe, tout en travaillant la coordination et la mémoire posturale.

Leurs verbalisations en fin de séance sont faibles, et nous avons remarqué qu'elles portent toujours sur le temps de relaxation qui venait d'avoir lieu. Globalement, les mêmes phrases revenaient semaine après semaine. Nous avons essayé de mettre en place plusieurs techniques afin de les aider à mettre des mots sur leurs ressentis : tout d'abord, nous nous sommes appuyés sur les niveaux d'intégrations psychique de S. Robert-Ouvray (2010), aussi appelé TSAR pour Tonique, Sensoriel, Affectif et Représentatif. Nous avons préparé des questions afin qu'ils arrivent à mettre des mots sur chacun de ces niveaux d'intégration, mais cela n'a pas été très concluant. Ensuite, lorsque nous avons créé une affiche pour présenter les séances au reste du foyer, nous leur avons demandé quels dessins, mots, idées nous pourrions utiliser afin de symboliser au mieux cette heure hebdomadaire. Des termes comme nuage, note de musique, calme ont alors émergés. Enfin, en mars, nous avons essayé de proposer ce temps de parole juste avant la relaxation afin de pouvoir recueillir plus particulièrement des verbalisations concernant les propositions en mouvement.

La dernière partie de la séance est systématiquement composée d'un temps de relaxation de type Jacobson pour leur permettre de prendre conscience de leur corps et de leurs tensions. Ce temps s'est allongé au fil des semaines et

compose désormais la moitié de la séance. Cela nous a semblé nécessaire au vu du profil anxieux de certains participants et des troubles tonico-émotionnels chez d'autres. Ils sont demandeurs de ce temps de détente. L'objectif est qu'ils puissent s'approprier et ré-utiliser progressivement cette technique dans un cadre personnel et dans les moments parfois stressants de leur parcours de soins afin qu'ils aient accès à une détente musculaire et mentale. Dès les premières semaines, nous mettons l'accent sur les membres supérieurs puis, petit à petit, nous avons varié les séances en incluant les membres inférieurs et le visage. Nous les invitons aussi peu à peu à coordonner leur respiration avec les mouvements et les contractions proposés. Par ailleurs, il est arrivé que des résidents ne participent qu'à ce moment de relaxation à cause de leur fatigue.

De semaine en semaine, un véritable lien s'est installé avec les participants réguliers de notre groupe, même si celui a été amené à changer plusieurs fois. Nous avons senti une relation de confiance se mettre en place, ce qui semble avoir permis aux participants de s'investir encore davantage dans les propositions et d'ainsi se relâcher lors de la relaxation et d'oser lors des propositions de danse.

Après avoir décrit globalement la manière dont nous menons le groupe, nous allons décrire spécifiquement une séance pour permettre de visualiser ce qu'elle contient ainsi que l'évolution du projet. Nous l'avons choisie car elle nous a marquées mais aussi parce qu'elle était plutôt bien la sémiologie de nos patients que nous décrirons dans un second temps.

2. Exemple de séance

a) Description des proposition et observations

Cette séance s'est déroulée avec trois participants : Mme L, Mr N et Mr D le 20 janvier 2020. Elle a débuté avec quinze minutes de retard car deux des résidents n'avaient pas pris conscience de l'heure qu'il était et nous ont donc demandé d'attendre avant de commencer.

Nous avons, comme à notre habitude, démarré par l'échauffement en cercle, toujours sur une même musique calme mais au rythme bien marqué. Malgré la répétition de cet exercice, certains semblent encore attendre une explication et la consigne de se mettre en cercle. Une fois guidés verbalement, ils se mettent rapidement en position, mais certains, comme Mr N, peuvent rester dans des espaces inappropriés, en étant par exemple trop proches d'un mur ou d'une autre personne malgré la nécessité d'avoir un espace minimum autour de soi pour réaliser les mouvements. Contrairement à ce que nous pensions, même après plusieurs mois, aucun résident ne semble avoir mémorisé

cet enchaînement. Certains, comme Mr N ont même encore du mal à imiter les mouvements qui nous semblaient pourtant assez simples.

Une fois l'échauffement terminé, nous proposons un temps de marche dans la salle, soutenu par notre guidance verbale et notre propre participation. Nous leur proposons d'imaginer que nous sommes des joueurs de rugby sur le point d'entrer dans un stade. Dans cet esprit, nous les invitons à s'échauffer à la manière de sportifs de haut niveau, à trotter dans la salle tout en saluant le public qui nous applaudit. Puis le moment vient de saluer ses partenaires en leur tapant dans la main. Tout le monde se laisse peu à peu prendre au jeu et nous remarquons en face de nous des visages souriants et détendus. Mr N plaisante d'ailleurs sur le fait qu'il a pratiqué le rugby plus jeune.

Après ces échanges, nous leur proposons, afin qu'ils préparent ensemble à un match à venir, de monter un haka. Ce terme signifie "danse" en maori. Cette chorégraphie rendue célèbre par l'équipe des All black, peut symboliser toute sorte de message et s'adresser autant à un adversaire qu'à des compagnons. Elle peut, par la même occasion, véhiculer différents types de messages et d'émotions. (M. Castellet, 2018). Nous avons fait le choix, au vu de l'imaginaire proposé, de construire avec eux un haka vecteur de puissance adressé à nos adversaires imaginaires. Pour commencer, nous proposons de nous disposer en plusieurs lignes dans la salle tout en gardant de la place pour les mouvements. Ils se positionnent alors tous sur la même ligne et sont donc assez serrés. Nous leur conseillons alors de faire deux lignes. Clara se mêle à

eux pour apprendre l'enchaînement pendant que Laureline se positionne en face pour prendre la place de leader. De cette manière, ils peuvent observer les mouvements de Laureline en face d'eux mais aussi ceux de Clara, qui les copie en miroir. Dans un premier temps, nous apprenons ensemble un enchaînement assez court que nous répétons à plusieurs reprises. Une fois qu'il semble assimilé, Laureline ajoute des onomatopées à crier en coordination avec chaque mouvement. Elle invite tout le monde à crier le plus fort possible lors de l'enchaînement, à la manière des All black, afin de montrer toute notre force et notre puissance à nos adversaires. Nous proposons également de mettre de la puissance dans nos mouvements que ce soit en tapant les pieds au sol ou en étant ferme dans nos gestes. Une fois que toute l'équipe s'est prise au jeu, nous alternons la place de leader. Chacun leur tour, Clara, Mme L, Mr D et Mr N occupent ce poste en ajoutant à chaque fois une posture et un cri que nous reprenons ensemble. Ils s'inspirent globalement de l'enchaînement proposé mais personnalisent tout de même leurs mouvements. Seul Mr D reprend exactement le même geste que le leader précédent.

Après quelques répétitions, nous décidons de "jouer" le match en imaginant un ballon de rugby entre nous à nous envoyer avec le pied ou la main. Nous proposons également de jouer ce match au ralenti. Tout cet exercice paraît plus difficile pour eux : plusieurs ballons semblent alors voler dans la salle et les participants nous imitent beaucoup. Par exemple, au lieu d'esquisser le geste de recevoir le ballon lorsque Laureline lui envoie, Mr D imite son mouvement

d'envoi. Nous mettons fin au match en allant marquer un essai décisif à l'autre bout de la salle. Retentissent alors les cris de victoire ainsi qu'une musique appropriée de champions et nous nous saluons tous en nous tapant dans la main. Enfin, nous levons ensemble la coupe imaginaire, symbole de notre victoire.

A la suite de ces moments partagés en équipe vient la relaxation pour se recentrer sur soi et sur ses sensations. Cette séance a été centrée sur le haut du corps, beaucoup mobilisé lors du haka, mais aussi sur le visage.

Malgré un peu d'agitation chez Mme L lors de la relaxation, le retour qu'elle nous en fait est positif. Selon Mr N, malgré sa fatigue apparente, la séance était "bien équilibrée" et réussie. Comme à son habitude, Mr D parle beaucoup, avant et après la séance, des soucis de l'actualité, de ses problèmes personnels et de ceux rencontrés dans la structure.

Pour clore la séance, ne remettons la pièce en ordre avec l'aide des résidents tout en discutant avec eux avant de leur dire au revoir. Nous avons pris l'habitude de leur préciser chaque semaine que nous espérons les revoir la semaine suivante.

b) Analyse psychomotrice

Cette séance permet donc d'illustrer la sémiologie de certains participants au groupe mais aussi comment nous nous sommes adaptées à celle-ci. Nous allons reprendre dans l'ordre chronologique ce que nous avons observé au cours

de cette séance en particulier et comment cela fait écho au reste du projet ainsi qu'à la sémiologie que nous avons travaillée en amont.

Presque chaque semaine, nous arrivons dans une salle vide et nous allons frapper à la porte des résidents pour savoir s'ils sont disponibles. Ce jeudi n'a pas fait exception à la règle et montre d'ailleurs la désorientation de certains de nos participants. En effet, le fait qu'ils soient étonnés de notre présence montre que leurs semaines ne sont pas rythmées de la même manière que celles d'un employé ou d'un étudiant. On peut même penser à une certaine désorientation lorsque Mr N par exemple nous demande à qu'elle heure doit avoir lieu la séance, qu'il s'inquiète pour un de ses camarades qui n'a pas bu ni mangé de la journée ou que Mme M nous explique qu'à 14h30, elle s'apprêtait à manger. Toutes ces personnes ne semblent pas avoir de repères extérieurs pour rythmer leur vie et leurs repères internes sont perturbés par la maladie (insomnie, perturbations hormonales...). Nous avons espéré que cette prise en charge pourrait rythmer leurs semaines et leur donner un repère supplémentaire.

Dès le début de la séance et la disposition dans la salle, on note de possibles troubles de perception de l'espace et de l'image du corps. En effet, tout en connaissant l'échauffement par lequel nous allions commencer, certains semblent dans l'incapacité d'anticiper leur placement pour ne pas être gênés par l'environnement de la salle. Mr N en est le meilleur exemple : pratiquement

chaque semaine, lorsque nous nous plaçons en cercle avant de débiter, il se positionne très près des fenêtres. Il n'est pas collé au mur, mais certains mouvements effectués avec les bras pendant l'enchaînement sont gênés par ce choix d'emplacement. Il lui arrive aussi de se placer à une distance relativement courte d'un autre participant. Sa kinesphère est alors réduite et l'amplitude de ses mouvements est altérée. Ainsi, si nous ne le lui précisons pas avant de débiter, Mr N reprend cette place inadaptée. Nous n'avons pourtant pas remarqué au cours des semaines chez lui un trouble de la mémoire qui pourrait en partie justifier cet oubli. Mr N évoque cependant plusieurs fois la question de l'espace personnel et intime lorsque nous discutons avec lui. Il a par exemple un jour évoqué le fait qu'il partageait une chambre à deux, qu'il était difficile d'avoir son propre espace et qu'il fallait s'accommoder des odeurs et bruits des autres mêmes si cela est envahissant.

Un des mouvements effectués avec les membres supérieurs consiste à placer ceux-ci à l'horizontale, perpendiculaire au buste, puis l'une des mains "glisse" le long de l'autre bras jusqu'à arriver au buste, et continue son chemin derrière soi, tout en restant dans l'axe du premier. Cela permet de délier les ceintures scapulaire et pelvienne, le torse étant en torsion lorsque les deux mains sont les plus éloignées l'une de l'autre. C'est le plan sagittal qui est principalement utilisé. C'est cet enchaînement qui pose le plus de problème et beaucoup effectuent plutôt ce mouvement sur le plan frontal, les bras s'écartant

peu à peu pour former finalement un T avec le reste du corps. Pour pallier cette difficulté, nous avons rapidement donné l'image du tir à l'arc afin de faciliter la représentation du mouvement. Cela a d'ailleurs aidé certains participants, qui, avec cette idée en tête, ont mieux réussi à réaliser cet enchaînement que lorsque nous utilisons seulement une imitation et une description plus mécaniques. Cependant, pour d'autres, comme Mr N et Mr D, ce mouvement reste très compliqué à exécuter. Nous pensons que cette difficulté peut être expliquée de plusieurs manières : cela est peut-être dû à des troubles kinesthésiques. Pour rappel, la kinesthésie est le fait de repérer son corps dans l'espace et les différentes parties le composant les unes par rapport aux autres. Cela peut directement avoir une influence sur l'imitation de posture et de mouvement mais aussi sur le repérage et l'orientation spatiale. Une autre explication pourrait venir des difficultés de représentation corporelle, liées en grande partie à l'image du corps : l'individu a du mal à se projeter en train d'effectuer le mouvement, et à déterminer comment serait son corps s'il effectuait le même enchaînement, même inconsciemment.

Lors de cet échauffement, nous pouvons également observer des crispations au niveau des épaules. Lorsque nous leur demandons de lever les bras, nous observons principalement des gestes saccadés et de faible amplitude. On retrouve ce recrutement tonique autant pendant le début de séance que lors du haka. Cette mauvaise régulation du tonus peut restreindre l'amplitude des

articulations et peut empêcher de mettre de la force et de la précision dans les mouvements mais également provoquer des douleurs. Nous retrouvons des difficultés de régulation tonique également lors d'exercice des mises en corps, que nous réalisons en général avant la danse afin de préparer tout le groupe. Nous utilisons parfois l'imaginaire afin d'influencer sur la démarche, l'attitude, la posture, et donc l'état tonique du corps. Nous leur demandons parfois de s'imaginer en train de marcher sur le sable ou dans la neige, ou de s'imaginer dans une situation où ils ratent leur bus. Ce jour-là, nous avons donc proposé l'idée que nous étions une équipe de rugby participant à un grand match. Nous avons pu observer des difficultés chez certains à adapter leur tonus en fonction de la situation que nous décrivions. Mme L par exemple était très tonique pendant toutes les propositions, ce qui se ressentait car ses mouvements n'étaient pas fluides et elle était principalement dans une posture fermée, malgré les différentes situations que nous avons proposées. Les difficultés de régulation tonique se sont aussi retrouvées lors du Haka : lorsque se fut au tour de Mme L d'être "chef d'orchestre" et donc de guider le reste du groupe, ses gestes ont eu beaucoup moins d'amplitude. Elle semblait prendre du plaisir à imiter les autres et se laisser aller de plus en plus mais quand ce fut son tour de passer, son corps s'est comme verrouillé. Le mouvement était moins précis, elle avait la tête légèrement baissée et tout son corps paraissait plus tonique. Cela était peut-être dû à ce face à face, peut-être intimidant et pouvant modifier son état émotionnel. Le tonus étant directement lié aux émotions, celui-ci a lui aussi changé lors de

ce passage. Une fois revenue au sein du reste du groupe et une autre personne ayant pris sa place, nous l'avons perçue comme toujours plus tendue qu'à l'origine, comme si la régulation tonico-émotionnelle était difficile à se mettre en place chez elle. Elle avait l'air pourtant contente d'être passée et n'a pas verbalisé de ressentis négatifs en fin de séance. On a pu retrouver ces difficultés dans d'autres propositions au cours de l'année, même s'il nous a semblé que ces tensions étaient moins fréquentes après quelques mois de participation au groupe.

C'est en partie suite à ces observations et à la fatigabilité de certains résidents comme Mr N que nous décidons de réaliser des temps de relaxation de plus en plus longs. Pour cette séance, nous savions que le haka mobiliserait majoritairement les membres supérieurs et pourrait entraîner des crispations et c'est pour cela que la relaxation, toujours inspirée de la méthode Jacobson, a eu pour thème le haut du corps, afin qu'ils puissent ressentir les différentes tensions et s'en libérer.

A première vue, les sourires et les retours positifs sur nos séances peuvent faire penser que leurs maladies et leur lieu de vie n'impactent pas leur moral pendant la séance ou du moins ne le laissent-ils pas transparaître. Très vite nous avons été confrontées à leur réalité. Une des phrases qui nous a le plus marquée est celle de Mr D, lors remerciements de fin de séance : "à la semaine prochaine,

enfin si on est encore là”. A la fois réaliste et défaitiste, elle montre bien l’état d’esprit dans lequel nos résidents peuvent être. En verbalisant leur douleurs, leurs insomnies et le combat qu’ils mènent ou ont mené depuis plusieurs mois ou année, nous avons perçu un désinvestissement de ce corps malade qui s’affaiblit mais aussi une baisse de l’estime de soi et de ce qu’il se sentent capable de faire. C’est d’ailleurs en partie parce qu’ils ne “s’en sentaient pas capable” que nous avons pu nous heurter à des refus de participation aux séances. C’est pour tenter de leur redonner confiance en eux que, régulièrement, nous leur laissons la place pas seulement de s’exprimer, de choisir les musiques mais aussi de construire avec nous des parties de séance. Leur donner une place active nous a semblé un bon moyen de les valoriser. Lors de notre exemple, nous leur avons même proposé de guider le groupe et, même si l’exercice a semblé plus difficile pour certains, tous ont semblé fiers et en sortir satisfait d’eux même.

Au fil des semaines, nous avons pris confiance dans nos capacités et nous avons osé faire davantage de propositions. Nous nous sommes adaptées au groupe qui évoluait, et nos observations se sont affinées, ce qui nous a permis de prévoir des exercices plus spécifiques aux nécessités des résidents. Nous avons pris un temps à la fin de chaque séances afin d’échanger à propos du groupe, et de faire un point sur nos ressentis. Qui était en difficulté lors de tel exercice ? Quelle était l’humeur du groupe ? Quelle proposition pourrait être

reprise et approfondie la fois prochaine ? Nous avons discuté aussi sur notre place respective lors de la séance. Cela nous a permis de prendre du recul et de confronter nos deux points de vue sur une même situation. Cela est d'autant plus précieux que nous avons été confrontées à des problématiques qui nous ont amenées à remettre en question le contenu du projet.

C. Écueils rencontrés et solutions proposées

Avant de commencer ce stage, nous savions que le projet et les séances que nous avons préparés devraient être revus en fonction des écueils que nous allions rencontrer. Nous nous sommes efforcées de résoudre les problématiques auxquelles nous avons été confrontées qu'elles aient été liées aux résidents, à l'institution ou à l'actualité.

1. La réalité du cadre institutionnel...

Nous étions très peu de temps présentes sur la structure chaque semaine, et nous avons donc mis un certain temps à comprendre l'institution et son fonctionnement. Nous ne le savions pas avant de débiter les séances, mais peu d'employés étaient présents dans la structure à cet horaire particulier, ce qui n'a pas facilité notre tâche. Il nous est donc arrivé plusieurs fois de ne croiser personne d'autre que des résidents et le secrétaire de l'accueil en arrivant et en partant. Ce dernier a d'ailleurs changé régulièrement au cours de l'année, et

pratiquement chaque semaine nous avons dû expliquer qui nous étions et pourquoi nous étions là. Nous avons donc très peu de retour sur notre intervention et peu de monde à qui expliquer ce que nous travaillions lors des séances et avec quel résidents. De temps à autres, nous croisions le directeur et les auxiliaires qui occupaient la salle commune pour manger et nous pouvions alors expliquer l'évolution du projet, mais cela restait sur un temps très informel. Nous étions à leurs yeux des intervenants et donc nous n'étions pas au fait des actualités du foyer. Nous avons parfois été prise à partie sur des questions institutionnelles par certains résidents. Même si cela prouve qu'ils se sentaient en confiance et écoutés au sein de nos séances, cela a pu aussi perturber le déroulement de propositions.

Nous étions dans une position assez particulière, au carrefour entre les employés de la structure, les résidents et l'association Viacti. Pour autant nous avons eu très peu de contacts avec Younes, l'intervenant du mardi et peu d'information sur le contenu concret de ses séances. Nous savions seulement qu'il n'avait pas le temps d'aller chercher les résidents dans leur chambre. Nous apprendrons par la suite que si les employés n'allaient pas chercher les résidents ou que ceux-ci ne venaient pas d'eux-mêmes, la séance pouvait être écourtée voir annulée. Nous décrivons plus bas comment nous avons essayé d'établir une communication plus régulière avec la structure et l'association.

Le fonctionnement institutionnel, et notre intégration à celui-ci, a globalement mis à mal le cadre psychomoteur de nos séances, et nous allons expliquer pourquoi par la suite.

2. ... qui influence le cadre de la séance

Maintenir un cadre à la fois spatial et temporel comme nous l'avions imaginé avant de débiter ce stage a pu être compliqué, pour diverses raisons.

Concernant le cadre spatial, nous avons pu relever l'intrusion régulière de résidents lorsque nous occupions la salle. Pourtant, cette dernière nous semble assez peu investie par les habitants de la structure. Nous la trouvons souvent vide en arrivant. La plupart du temps, les deux portes qui lui donnent accès restent ouvertes en grand, signalant que n'importe qui peut y rentrer pour s'asseoir, regarder la télévision, ou encore manger. Ponctuellement, lorsque nous arrivions un petit peu avant le début de la séance, nous avons trouvé ces deux portes fermées à clés. Nous avons alors découvert que lorsque la direction se retrouvait, que cela soit pour des réunions ou pour des temps plus informels comme des repas, elle avait pour habitude de signaler au reste des résidents sa présence de cette façon, et donc de leur en empêcher l'accès. Si au premier abord, nous n'avons pas compris cette pratique, nous avons vite compris comment ils en étaient arrivés là. En effet, cette pièce servant à tous, il n'était pas rare, et même extrêmement régulier lors de nos séances, que des personnes ouvrent la porte sans même frapper avant. Certains, gênés, se rendaient bien

compte qu'ils dérangeaient et refermaient aussitôt la porte en s'excusant. Mais d'autres, plusieurs fois, entraient dans la pièce, par exemple, pour accéder au balcon et fumer, ou se rendre au réfrigérateur commun qui contenait leur nourriture. Nous étions désarçonnées et parfois stupéfaites devant ces comportements, ne sachant pas très bien comment réagir. Ils interrompaient la séance mais à bien y regarder, ils avaient tout à fait le droit d'être là, car c'est nous qui occupions leur espace de vie. Nous leur expliquions alors gentiment que nous faisons une séance de psychomotricité, tous les jeudis, à cet horaire-là, et qu'ils étaient les bienvenus s'ils souhaitaient se joindre à nous. Une certaine lassitude s'est instaurée au fil des semaines, même si nous restions le plus aimables possible. Cela nous dérangeait plus encore lorsque les auxiliaires et autres employés de la structure faisaient intrusion pendant la séance, ce qui s'est produit à plusieurs reprises. Lors des moments de danse et de lâcher prise, ces interruptions ont pu totalement bloquer certains participants, qui sortaient alors totalement de l'exercice. Pendant la relaxation, tous les yeux s'ouvraient et l'état de détente auquel ils étaient parvenus était altéré.

Fermer les portes à clés n'a jamais été une option que nous avons envisagée et faire entendre de la musique dans la salle avec les portes fermées n'a pas suffi à marquer notre présence. Nous avons essayé de mettre en place un autre stratagème pour nous signaler et ainsi réduire le nombre d'intrusions. Tout d'abord, nous avons réalisé une affiche avec l'aide de tout le groupe (cf annexe

2), que nous avons affiché sur la porte, puis nous en avons fait des copies dispersées à des endroits stratégiques du foyer (comme dans l'ascenseur et à l'accueil par exemple), afin que le plus grand nombre de résidents soient informés de notre présence à cet horaire précis. Si dans les faits, notre plan nous semblait fonctionnel, nous nous sommes vite rendu compte que peu de personnes faisaient attention à cet écriteau. Cette affiche fut aussi un moyen pour nous de signaler à tous l'existence de ces séances, mais aussi de rappeler à ceux y participants la date et l'horaire. Nous avons communiqué plusieurs fois avec les auxiliaires pour leur rappeler notre présence sur la structure à cet horaire, et leur demander de rentrer dans la salle qu'en cas de nécessité.

Au vu des difficultés rencontrées dans le maintien d'un cadre spatial contenant, nous nous sommes efforcées de réaliser les séances de façon régulière pour que le cadre temporel soit sécurisant. Cependant, nous avons été là aussi confrontée à d'autres difficultés : l'irrégularité et les retards des participants.

3. Le manque de régularité et d'investissement des participants

Nous abordons donc maintenant la question de la régularité, qui concerne pour une grande part la notion de repère temporel et d'investissement. De notre côté, nous avons tout fait pour annuler le moins de séances possibles. Pendant les vacances, lorsque l'une partait, il est arrivé à l'autre de diriger la séance

seule. Nous avons également rencontré des difficultés à nous déplacer lors des grèves du Régie Autonome des Transports Parisiens (ou RATP) qui ont duré près de deux mois. Bien que ces perturbations ne nous aient empêchées qu'à une seule reprise de mener la séance, marcher pendant une heure trente pour se rendre à la structure a mis à mal notre entrain et nous avons été dans l'obligation d'annuler nos présences à notre stage certains matin, auprès d'une autre structure en collaboration avec un professeur d'activité physique adaptée de Viacti, afin d'être à l'heure l'après midi et de maintenir une certaine régularité.

Par contre, nous avons souvent constaté que la régularité des résidents n'était pas des plus exemplaires. Nous le savions dès notre arrivée et nous avons été prévenues mais y être directement confronté fut assez désarçonnant : même au bout de plusieurs mois, nous devions toujours frapper aux portes des potentiels participants, sans la promesse que ceux-ci seraient présents ce jour-là ou auraient la motivation et la force de venir. Nous préparions donc les séances d'une semaine à l'autre sans savoir si nous allions accueillir deux ou six participants. Et si, au début de la mise en place du projet, un petit noyau de trois personnes était toujours présent, suite à l'aggravation de la maladie de l'un et au décès d'un autre, nous nous sommes retrouvées le reste de l'année à pénétrer dans une salle vide et à croiser les doigts pour que des participants soient présents. Si cette situation a pu être difficile pour nous, nous gardions tout de même en tête que la priorité de ces personnes malades était leurs traitements et

leurs rendez-vous médicaux et qu'elles pouvaient à tout moment être opérées ou hospitalisées et ce de manière imprévue.

Nous avons donc pris l'habitude de frapper aux portes des résidents. Nous avons convenu entre nous de ne faire cela qu'en début de l'année, afin qu'une routine s'instaure et que nous n'ayons peu à peu plus à le faire. Chaque semaine, en fin de séance, nous leur rappelions la date de la séance suivante et nous leur laissions entendre que nous aimerions ne pas perdre de temps à aller tous les chercher en début d'heure. Mais cette procédure, qui devait être ponctuelle, est devenue hebdomadaire. Pour autant, lorsqu'ils venaient, tous semblaient ravis et motivés. Certains même sont quelques fois aller d'eux-mêmes chercher leurs camarades après leur avoir parlé de nos séances. Nous avons également eu droit à quelques beaux remerciements qu'ils soient verbaux ou symbolisés à deux reprise par de la nourriture. Nous nous sommes donc posé la question de la motivation initiale et, après discussion entre nous et avec notre maître de stage interne à l'école, avons décidé que c'était notre rôle de leur donner l'envie de venir nous voir les jeudi après midi. Pour ce faire, le moyen le plus efficace a été d'aller les chercher en personne dans leur chambre, avec le risque de les déranger mais aussi la possibilité de leur montrer que toutes les semaines nous pensions à eux.

Nous nous sommes remises en questions à plusieurs reprises quand à l'intérêt et l'attrait qu'ils pouvaient trouver aux séances : étaient-ils trop en difficulté ? comment et dans quel sens modifier nos séances ? Nous avons essayé de nous adapter notamment en discutant avec quelques participants et la direction mais cet exercice s'est avéré difficile entre les retours toujours positifs et peu constructifs d'un côté et le discours rejetant plutôt la faute sur les résidents de l'autre. Nous avons réussi à prendre du recul et à nous renouveler grâce aux conseils de notre maître de stage interne à l'Institut de Psychomotricité.

Toutes ces questions de suivi et de régularité ont pris fin brutalement lors de l'annonce du gouvernement imposant un confinement général suivi de près par un message des responsables de Viacti signifiant que toutes les interventions étaient suspendues jusqu'à nouvel ordre. Nous détaillons plus bas ce que nous avons mis en place à la suite de cet événement pour tenter de maintenir du lien.

4. Le problème de communication

Nous avons aussi été confrontées à plusieurs difficultés avec l'institution au cours de ce stage, mais une situation en particulier a mis en avant le manque de communication flagrant qu'il existait entre la direction du foyer, l'association Viacti et nous. Nous avons à la suite de cet événement essayé de pallier ce souci en mettant en place un nouveau moyen de communication au sein du foyer.

a) Un exemple de situation complexe : le décès d'un résident

Début décembre, nous nous rendons comme d'habitude au foyer et arrivons une vingtaine de minutes avant le début de la séance. En pleine période de grève, le trajet jusqu'au CASP est éprouvant, plus d'une heure dans des bus surchargés. Nous nous motivons, cependant, pour apporter le plus de bonne humeur et d'énergie possible dans cette séance. Comme à chaque fois, nous allons frapper aux portes des résidents présents régulièrement. Nous nous répartissons les étages afin que cela nous prenne moins de temps. Clara passe chez Mr N, qui lui répond qu'il met ses chaussures et arrive. Elle monte ensuite à l'étage et frappe chez Mr K. Personne ne répond. Elle attend quelques secondes car elle sait qu'il est rare qu'il ne soit pas présent aux séances. Il a dû en rater une seule depuis début octobre. Elle allait partir lorsqu'un homme ouvre la porte. Elle ne connaît pas ce monsieur, c'est le colocataire de Mr K. Il a l'air assez surpris que quelqu'un vienne frapper. Clara explique qu'elle vient chercher Mr K pour la séance. Il la regarde quelques instant sans répondre. Elle répète, car certains résidents ne comprennent pas très bien le français. Finalement, il lui dit : "Mais, on ne vous a pas dit ? Il est parti depuis samedi." Surprise, Clara déclare qu'elle ne savait pas que Mr K devait quitter l'institution. "Il n'est plus avec nous, il est mort". Elle est restée plusieurs secondes sans savoir quoi dire. Elle s'excuse de l'avoir dérangé et retourne annoncer la nouvelle à Laureline.

Avec du recul, nous pensons que ce que Clara a pu ressentir s'apparente à de la sidération. Sidération que ce patient soit décédé, alors que la semaine passée encore il avait l'air si actif lors de la séance. Mais surtout, sidération de l'apprendre juste avant d'aller rejoindre le reste des participants. Nous avons réellement l'impression de donner de nous et de nous investir dans ce stage ; cet évènement a fait ressortir le sentiment d'avancer à l'aveugle et d'être oubliées par la direction.

La semaine suivante, nous croisons Céline et lui demandons d'être tenues au courant lors de d'un tel évènement, tout en essayant de ne pas lui rejeter la faute dessus. Elle s'excuse et nous dit qu'elle a envoyé un message à Younes le lendemain du décès de Mr K pour le tenir au courant de la situation. Elle n'a donc pas pensé à nous contacter, pas davantage que Younes. L'un pensait sûrement que l'autre allait le faire et inversement, mais le fait est que cela reflétait pour nous un réel problème de communication.

Depuis le début de nos séances, nous avons très peu de liens avec Younes. Nous avons pu discuter avec lui lors des réunions de présentation au CASP avant de débiter le projet, et nous avons pu échanger avec lui concernant les résidents que nous prenions en charge lors d'un des évènements organisé par Viacti. En effet, la plupart des participants à nos séances étaient aussi présents à celles de Younes. Cependant, nous ne communiquons pas avec lui régulièrement. Nous n'avons pas de retour sur les séances qu'il menait et lui ne savait pas non plus en détail ce que nous faisions chaque semaine. A vrai dire,

peu de personnes le savaient : concernant les employés du CASP, comme dit précédemment, nous les croisons principalement lors des temps informels et nous n'avions, souvent, pas assez de temps pour parler de notre évolution. Nous avons dans l'idée de transmettre un bilan de milieu de stage à la structure à la fin de l'année civile, ce n'est pas la direction qui nous l'a demandé. En dehors de ces rencontres, il n'y avait pas de lien régulier entre le CASP, Younes et nous. Cet évènement nous a convaincues que nous devons essayer de créer ce lien.

b) Le cahier de transmission : une solution

Nous avons, donc, essayé de trouver une solution qui permettrait de renouer le lien avec les différents protagonistes de notre stage. En discutant avec Mr Aroulanda, nous avons convenu d'essayer de mettre en place un cahier de communication. Ce dernier pourrait nous permettre d'indiquer le nom des participants, les absences et de formuler de potentielles questions. De leur côté, la direction pourrait nous avertir des hospitalisations ou des dégradations de l'état de santé des résidents participant à nos séances mais aussi nous prévenir des réunions prévues dans la salle. En effet, certains jeudis, la salle était occupée à notre arrivée. Dans la continuité de cette idée, nous pensions que ce cahier pourrait être profitable à Younes pour partager les informations qu'il obtiendrait le mardi lors de son intervention. Ce cahier était donc destiné à faire

office de transmission, comme on peut l'appeler dans les structures médicales mais aussi à en apprendre plus sur les séances pratiquées par Younes.

C'est dans cette optique que nous avons proposé cet outils à Viacti et à la structure d'Hélianthe. Si le représentant de cette dernière a paru optimiste et ravi par cette proposition, Younes s'est montré plus réticent et perplexe quant à l'investissement qu'aurait la direction d'Hélianthe dans ce cahier et nous a proposé d'en discuter lors d'un rendez vous.

C'est à cette occasion que nous apprenons l'existence d'un document en ligne à disposition de tous les professeur d'APA de Viacti. Ce fichier, sous forme de questionnaire, rassemble une partie des informations que nous souhaitions partager avec Younes : nombre et nom des participants, exercices réalisés, difficultés rencontrées et remarques particulières. Ce document n'est cependant visible que de la direction de Viacti et donc pas directement accessible pour nous et la direction du CASP. Après avoir discuté des avantages et de la complémentarité du cahier, notamment grâce à la communication entre nous et la structure d'Hélianthe, nous envoyons ensemble un message au responsable de Viacti qui nous donne l'aval pour lancer le projet.

Nous portons donc ce cahier au CASP dès la séance suivante, le 16 Janvier, et il fut bien rempli lors de la première semaine. Mais très vite, il semble avoir été oublié par Younes et l'auxiliaire, Christophe, qui, à plusieurs reprises, nous a donné des informations en faisant irruption au milieu de la séance.

En raison de l'arrêt brutal des séances, pour cause de confinement nous n'avons pas pu modifier ce projet ni faire s'impliquer davantage les deux autres acteurs de ce cahier.

Tout au long de l'année, à chaque difficulté rencontrée, nous avons pris conscience de la réalité de la vie institutionnelle dans les structures sociales dont aucune de nous n'avait l'expérience. En effet, que ce soit au niveau des moyens matériels ou de la difficulté d'investissement lié au manque de temps, de possibilité ou d'envie, il n'a pas été évident pour nous de faire notre place au sein de cette structure. Semaine après semaine, nous nous sommes adaptées, plus ou moins facilement, aux situations auxquelles nous avons été confrontées. Le fait d'être deux et d'avoir aussi le point de vue de notre référent de l'école nous a permis de rester positives face à ces situations complexes et de trouver des initiatives afin d'y pallier. De même, les divers intervenants de Viacti nous ont épaulées tout au long de l'année en soutenant nos initiatives, en se rendant disponibles lors des réunions de l'association et en nous accordant leur confiance.

Malheureusement l'arrêt inattendu des séances mi-mars nous a empêché d'aller au bout de certaines idées, en plus de provoquer une coupure brutale dans la prise en charge.

D. Gérer la fin de la prise en charge

Initialement, nous avions dans l'idée de mener le projet jusqu'en Juin et de préparer progressivement notre départ, peut être en passant le relais à un nouveau binôme de stagiaires pour l'année à venir. Malheureusement, les circonstances sanitaires liées au Covid-19 ainsi que le confinement qui en a découlé, ne nous ont pas permis de mener à bien ce projet comme nous l'avions imaginé.

Nous voulions, par exemple, approfondir le travail sur la voix, en lien avec la respiration et la régulation tonique. En effet, lors des exercices où nous avons ajouté l'utilisation de la voix, par exemple lors du Haka, ou encore d'un exercice basé sur la danse de la Macarena, nous avons pu constater un lâcher prise des participants et une plus grande facilité à se détendre par la suite.

Nous souhaitions également approfondir la découverte culturelle liée à certaines danses. Lors des dernières séances, nous leur avons fait découvrir des danses associées à certains pays, comme le flamenco ou le style inspiré des films de Bollywood. Ils nous ont alors paru très intéressés et investis et nous espérons donc reprendre ces propositions, tout en ayant la possibilité de jouer avec l'imaginaire des paysages, des climats et pourquoi pas des traditions de certains d'entre eux.

Nous aurions aussi aimé leur proposer la création d'une chorégraphie commune, qui aurait pu être répétée et complétée semaine après semaine. Ils auraient été moteurs de cette danse en prenant l'initiative des mouvements et en

choisissant la musique. C'est une idée que nous avons déjà essayé de mettre en place à la fin de l'année civile mais c'est à ce moment précis que le groupe a subi ses plus grandes modifications et nous n'avons presque jamais les mêmes participants. Quelques semaines avant le début du confinement, nous avons un groupe plus stable. Nous avons envisagé l'idée de remettre en place une chorégraphie co-construite. Cela aurait pu être une façon de finir le projet : nous aurions pu y consacrer un temps de chaque séance afin d'aboutir à une création une dernière fois tous ensemble. Par la même occasion, nous aurions pu nous en servir pour faire la synthèse de toute cette année.

Nous avons donc dû abandonner ces projets et imaginer une autre manière d'assurer le suivi. Pour ce faire, il nous a paru compliqué de mener des ateliers de danse à distance mais nous avons eu l'idée de nous enregistrer en menant une séance de relaxation. Ce projet est en cours d'élaboration lors de l'écriture de ce mémoire. Nous espérons ensuite pouvoir retourner à la structure avant la fin de l'année pour dire au revoir aux participants et peut être même accompagner, en début d'année scolaire, le nouveau duo de stagiaires. Cependant, la situation actuelle nous empêche de nous projeter vers l'avenir.

CONCLUSION

Dans cet écrit, nous retraçons chronologiquement les étapes de ce stage qui nous ont amené à créer un projet, puis à le confronter à la réalité et le modifier en fonction de nos observations en séances et du groupe constitué. Au fur et à mesure de l'année, nous avons pris confiance en notre mission, dans ce que nous pouvions apporter à ces personnes qui, pourtant, ne savaient pas ce qu'était un psychomotricien lorsque nous les avons rencontrées. Nous espérons désormais que notre rôle est plus clair à leurs yeux et que nous avons pu contribuer à leur bien-être.

Nous avons rencontré finalement des situations assez universelles pour tout psychomotricien. Nous avons dû cibler les problématiques et la sémiologie psychomotrice d'une population, les confronter à nos observations, modifier le contenu des séances en fonction de la réalité du terrain, expliquer notre métier, prendre en compte le cadre, gérer un groupe hétérogène, les difficultés de régularité, l'intégration dans l'institution, le décès d'un patient, la communication entre les différents intervenants. Ces questionnements touchent aussi bien la prise en charge en elle-même que tout ce qui l'entoure. Nous avons aussi compris que dans de nombreux cas il n'existait pas de solutions faciles pour pallier ces difficultés. Il faut expérimenter, communiquer et surtout s'adapter, ce qui nous semble au coeur même de notre future profession.

La liberté et l'autonomie que nous a laissées la structure qui manquait de temps à nous consacrer et ne nous avait pas donné de directives précises, nous a poussées à démontrer l'intérêt de la présence d'un psychomotricien dans une structure sociale comme Hélianthe et également lors de séances avec des professeurs d'APA. Pour ce faire, nous avons tenté de faire notre place en utilisant un outil de communication, le cahier de transmission, en expliquant l'objectif de nos séances et en fournissant des synthèses semestrielles. Nous avons cependant vite réalisé qu'un tel projet devait être mené sur un plus long terme pour aboutir. Par exemple, une présence plus longue sur la structure et une meilleure continuité d'année en année entre les stagiaires pourraient permettre de réellement inclure la psychomotricité dans ce lieu puis dans d'autres structures sociales. Malheureusement, le contexte d'arrêt de ce projet, brusque et imprévu, mis à mal cette continuité. Nous espérons cependant pouvoir mettre en place de nouveaux outils à distance pendant cette période, afin de garder le lien, ce qui nous semble d'autant plus important que cette population est déjà de base très isolée.

Grâce en partie à ce stage, nous avons mesuré nos capacités à nous adapter et donc à nous lancer dans la vie active, en autonomie certes, mais aussi en nous appuyant sur nos collègues et confrères. En effet, sans psychomotricien sur place, nous avons finalement peut-être endossé, autant l'une que l'autre, ce rôle, que ce soit par l'échange d'idées mais aussi la remise en question, les critiques

constructives et les conseils. Nous avons également pu solliciter, à l'extérieur, nos maîtres de stages et aussi de groupes de parole. Nous n'avons abordé ici qu'une petite partie de notre stage et une partie encore plus petite de la totalité de nos stages. Si ce projet nous a grandement aidé à évoluer, il faut bien sûr le remettre dans son contexte et dans la globalité des apprentissages, des échanges et des expérimentations que nous avons pu faire depuis le début de nos études.

Tout au long de cette année, de nombreux évènements organisés par l'association ont été annulés pour cause de grèves ou de crise sanitaire, ce qui nous a empêchées de tisser des liens plus étroits. Nous souhaitons aux futurs stagiaires une situation plus sereine pour les aider à mieux mettre en place la collaboration entre la psychomotricité et l'APA. L'expérience de co-animation avec un professeur de l'association, le jeudi matin, fut très enrichissante.

Concernant le CASP d'Hélianthe, nous pensons que le projet pourrait être modifié pour mieux convenir à la structure mais surtout aux résidents. Il existe plusieurs pistes possibles, comme une durée plus longue du projet, une présence hebdomadaire plus importante des stagiaires en psychomotricité ou encore des prises en charge individuelles. Il faudra pour cela arriver à satisfaire les attentes et les projets de la structure et de Viacti.

Bibliographie

AJURIAGUERRA J. de, BONVALOT-SOUBIRAN G. (1959), « Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile », dans La Psychiatrie de l'enfant, 2: 423-494

AJURIAGUERRA J. de, (1988). Premières organisations des fonctionnements neuropsychologiques, Bulletin de psychologie, vol 42, n°391

AMIEL-TISON C. (2002). Neurologie périnatale, Paris : Masson

BACHOLLET M. & MARCELLI D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. Enfances & Psy, n°49, p 14-19.

BALLOUARD, C. (2008). Les fondements historiques de la psychomotricité. Contraste Vol 28-29

BALLOUARD, C. (2006). Le travail de psychomotricien, (2ème éd) Dunod

BALLOUARD, C. (2008). L'aide mémoire de psychomotricité, (2ème éd)
Dunod

CASTELLET M. (2018). Le Haka, bien au delà du rugby, consulté le 13 Avril 2020 à l'adresse <https://lepetitjournal.com/auckland/comprendre-nouvelle-zelande/le-haka-bien-au-dela-du-rugby-228040>

CHAUZI B., Endorphine, hormone du plaisir et anti stress naturel du sportif. Entraînement sportif pour tous. Consulté le 08 Avril 2020 à l'adresse <https://entraînement-sportif.fr/endorphine.htm>

DOLTO F. (1984). L'image inconsciente du corps, Paris: Seuil

Douleur (2019, septembre 4) sur le Site du gouvernement sur la santé. Consulté le 7 février 2020, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

D'IGNAZIO A. et MARTIN J. (2018). 100 idées pour développer la psychomotricité des enfants. Paris Tom Pousse

Espace, (2020) Dans le dictionnaire Larousse en ligne, consulté le 04 Mars 2020 sur <https://www.larousse.fr>

GUIISO, M. (2007). Relaxations thérapeutiques, Paris: Heure de france

GIROMINI, F. (2012). La médiation en psychomotricité. Dans : Benoît Lesage éd., Jalons pour une pratique psychocorporelle: Structures, étayage, mouvement et relation (pp. 253-264). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.lesag.2012.01.0253.

HALL, E.T. (1971). La dimension cachée, Paris: Seuil

HERMANT, G. (2008). La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives. *Contraste*, Vol 28-29, p. 27-40

JEAN-SLONINSKI, D. (2011). Utilisation de la danse dans le processus thérapeutique, Paris: L'Harmattan

JOVER . (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture, in *Le développement psychomoteur du jeune enfant, idées neuves et approches actuelles*, sous la direction de J. RIVIERE, ed Solal

LIGNEAU M. (2014) L'utilisation de la médiation danse en psychomotricité auprès d'un groupe d'adultes déficients intellectuels. Université Pierre et Marie Curie, Paris. Consulté à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01069049/> document le 7 Avril 2020.

LOUVEL J. et OMRAMA M. 2015, Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 3, chap 17, sous la direction de F. GIROMINI, J. ALBARET, P. SCIALOM, Dunod

MASSON, S. (1983). Les relaxations, Paris: PUF

Médiation, (2020). Dans le dictionnaire Larousse en ligne, consulté le 27 Février 2020 à l'adresse <https://www.larousse.fr>

NASIO, J.D. (2007). Mon corps et ses images. Paris : Armand Colin

Observation (2009). Dans le Dictionnaire le petit Larousse illustré. Montréal, Québec : Larousse

PAVOT C. et GALLIANO A. (2011). Manuel d'enseignement de psychomotricité, Chap 7, sous la direction de P. SCIALOM, F. GIROMINI et J.

ALBARET, Paris : Boeck solal

PIERRET R. (2013) Qu'est ce que la précarité ?, Socio 2, p. 307-330

POTEL, C. (2010). Psychomotricité : entre théorie et pratique, (3ème éd) In Press

POTEL, C. (2019). Etre psychomotricien, Eres

Précaire (2009). Dans le Dictionnaire le petit Larousse illustré. Montréal, Québec : Larousse

REICH, M. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique: Travail présenté lors des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008. L'information psychiatrique, volume 85

ROBERT-OUVRAY S. et SERVANT-LAVAL A. (2015) Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 1. Sous la direction de P. SCIALOM, F. GIROMINI et J. ALBARET, Paris, Boeck solal

ROBERT-OUVRAY S. (2010). Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité, Paris, Ed Desclée De Brouwer

ROUSSEAU SALVADOR C. et LOUVEL J.P. (2019) Le grand livre des pratiques psychomotrices, sous la direction de A. VACHEZ-GATECEL et A. VALENTIN LEFRANC, Dunod

SAGE Isabelle et CHERON Adeline (2018) Manuel D'enseignement de psychomotricité, tome 5, Chap 3, sous la direction de F. GIROMINI, J.

ALBARET, P. SCIALOM, Dunod

SCHILDER, P. (1968). L'image du corps, Paris : Gallimard

STRUYF-DENIS G. (2000). Les chaînes musculaires et articulaires, ICTGDS

WALLON, H. (1949, 2015). Les origines du caractère chez l'enfant. Paris, Ed Quadrige

WINNICOTT, D. 1970. Processus de maturation chez l'enfant, Paris, Payot

Webographie

Institut de formation en éducation physique et en sport, Licence SAPT APA-S consulté le 07 Décembre à l'adresse <https://ifepssa.uco.fr/fr/formations/sciences/licence-staps-apa-s>

Site internet de Viacti. Qui sommes nous ? consulté le 07 Décembre 2019 à l'adresse <https://www.viacti.com/notre-association>

Site internet du CASP. Organisation du CASP, Consulté le 15 Décembre 2019 à l'adresse <http://www.casp.asso.fr/index.php/le-casp/organisation.html>

Site du gouvernement sur la santé. (2019, septembre 4). La douleur. Consulté le 7 février 2020, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

Société Française des professionnels en Activité Physique Adaptée. (Septembre 2018). Code de déontologie de l'enseignant en Activité Physique Adaptée. Consulté le 07 Décembre 2019 à l'adresse https://www.sfp-apa.fr/assets/fichiers/blog/2819/Code_de_deontologie_Enseignant%20en%20APA_SFP-APA.pdf

Site internet du Syndicat National d'Union des Psychomotriciens (2016), Historique de la profession, consulté le 28 Novembre 2019 sur

<http://snup.fr/la-profession/historique-de-la-profession/>

Studyrama (2005, 12 Avril) Enseignant en activité physique adaptée, consulté le 07 Décembre 2019 sur <https://www.studyrama.com/formations/fiches-metiers/sport/enseignant-en-activite-physique-adaptee-12544>

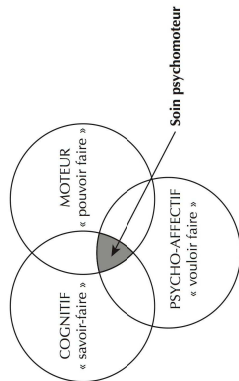
Annexes

Annexe 1: Présentation de la psychomotricité et questionnaire aux résidents

Atelier de psychomotricité

Qu'est-ce que la psychomotricité ?

Le **psychomotricien** est un **professionnel paramédical** diplômé d'Etat. Son travail consiste à favoriser le **bon développement psychomoteur** et à le **préserver** tout au long de la vie. Il intervient par une approche corporelle à visée éducative et thérapeutique.



Les séances de psychomotricité, **ludiques** et **valorisantes**, stimulent la **motivation** et le **plaisir** tout en impliquant le **corps** et le **cerveau** dans leurs multiples interactions.

L'atelier :

Nous sommes Laureline et Clara, deux étudiantes en psychomotricité, et nous vous proposons un atelier centré autour de la **danse**, du **rythme**, de la **relaxation**, ce qui fera travailler l'équilibre, la souplesse, la confiance en soi....

Rendez-vous tous les jeudis à 14h30 en salle commune.

Lors de ces séances vous pourrez redécouvrir votre **corps en mouvement** de façon agréable, et améliorer votre bien-être au quotidien. Nous souhaitons créer un groupe **chaleureux** où chacun aura sa place.

Questionnaire :

- Comment vous appelez-vous ?
- Etes-vous intéressé par cet atelier ?
- Connaissez-vous la psychomotricité ? Avez-vous déjà rencontré un psychomotricien ?
- Quelles sont vos attentes et vos envies ?
- Avez-vous déjà fait une activité physique ou artistique ? Si oui, laquelle ?
- Avez-vous des douleurs/des difficultés particulières que nous devrions savoir afin d'adapter au mieux la séance pour vous ?



**Judi 14h30-
15h30**

**Séance de
Psychomotricité:
Danse, rythme et
relaxation**



SALLE COMMUNE 2EME ETAGE

Résumé

Étudiantes en psychomotricité, nous avons effectué un stage expérimental en binôme auprès d'une association de professeurs d'Activité Physique Adaptée (APA). Grâce à elle, nous sommes intervenues dans un Centre d'Hébergement d'Urgence, où nous avons mis en place une prise en charge groupale centrée sur la danse et la relaxation. Nous abordons dans ce mémoire notre construction en tant que futures professionnelles dans une structure n'employant pas de psychomotricien. Nous évoquons la réflexion et la mise en place de ce projet, ainsi que les difficultés auxquelles nous avons été confrontées et qui nous ont amenées à nous adapter tout en restant complémentaires à l'APA.

mots clés : psychomotricité, groupe, danse, relaxation, précarité, communication, Activité Physique Adaptée

Summary

As students in psychomotricity, we carried out an experimental traineeship in pairs with an association of professors of Adapted Physical Activity (APA). With it, we intervened in an emergency accommodation center, where we set up group care focused on dance and relaxation. This thesis is about our construction as future professionals in a structure that does not employ a psychomotor therapist. We discuss the thinking and the implementation of this project, as well as the difficulties we faced, and which led us to adapt while remaining complementary to the APA.

Keywords : psychomotricity, group, dance, relaxation, communication, precariousness adapted physical activity