



HAL
open science

Raconte-moi ton mouvement : comment le psychomotricien peut-il agir sur le mouvement de la personne pour l'accompagner vers une conscience de Soi ?

Lise Le Botlan

► To cite this version:

Lise Le Botlan. Raconte-moi ton mouvement : comment le psychomotricien peut-il agir sur le mouvement de la personne pour l'accompagner vers une conscience de Soi ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02936772

HAL Id: dumas-02936772

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02936772>

Submitted on 11 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
75013 Paris Cedex 14

Raconte-moi ton mouvement :

Comment le psychomotricien peut-il agir sur le mouvement de la personne pour l'accompagner vers une conscience de Soi ?

Mémoire présenté pour le DE de psychomotricien

Session de Juin 2020

*« Tisser un lien avec les autres.
Échanger, partager, écouter, répondre.
Entrer en dialogue.*

*Nous partons à la rencontre des autres, nous entrons en communication avec les
autres, nous apprenons des autres.*

Nous découvrons le monde à travers leur regard, leurs gestes, leur façon de vivre.

*Nous partageons ce qui semble a priori le plus incommunicable en chacun de
nous – ce monde intérieur, cette flamme de vie mentale qui brûle continuellement
en nous durant notre existence.*

Nous entrons en résonance avec les intentions et les émotions des autres.

Nous nous mettons à leur place.

Nous vivons, en nous, ce qu'ils vivent. »

(Ameisen, 2014, p. 280)

Remerciements

Je tiens à remercier Gaël, ma maître de mémoire, pour sa présence tout au long de cette réflexion, pour son écoute, ses précieux conseils, son sens du détail, mais aussi sa passion communicative pour ce métier.

Un grand merci à l'ensemble de mes maîtres de stage, auprès de qui j'ai tant appris et qui m'ont permis de me construire en tant que professionnelle en devenir. Leur partage d'expériences et de savoirs psychomoteurs sont d'une richesse infinie. J'ai une pensée particulière pour Caroline qui m'a fait découvrir ce métier au hasard de la vie et sans qui je ne me serais jamais aventurée sur ce chemin.

Merci à tous les patients rencontrés au cours de mes stages, merci de m'avoir accepté et de m'avoir fait confiance. C'est auprès d'eux que j'ai appris et que je continue d'apprendre tous les jours un peu plus sur mon futur métier.

Merci également à l'ensemble des équipes soignantes de mes différents lieux de stage pour leur accueil, leur bienveillance et le partage de leurs connaissances.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amis de m'avoir soutenue depuis le début de cette aventure. Merci pour leur présence, leur encouragement et leur bonne humeur infaillible tout au long de ces trois belles années.

Table des matières

Introduction	6
Partie 1 : A chacun son mouvement	8
1. Le polyhandicap : une rencontre à deux temps	8
1.1. <i>Le contexte clinique</i>	8
1.2. <i>Jasmine : quand le corps est enfermé</i>	9
1.3. <i>Victor : un besoin de bouger</i>	15
2. Le vieillissement : un redécouverte de son mouvement.....	21
2.1. <i>Le contexte clinique</i>	21
2.2. <i>Mme T. : tonique je suis, tonique je le resterai</i>	22
2.3. <i>Mme D. : bouger pour exister</i>	28
Partie 2 : l'importance du mouvement dans la mise en place et le maintien de la conscience de Soi.....	34
1. Le mouvement dans la construction de Soi.....	34
1.1. <i>De quel mouvement parlons-nous ?</i>	34
1.2. <i>La connaissance du corps par l'action et la relation</i>	37
1.3. <i>La conscience corporelle étayée par la représentation du corps</i>	40
1.4. <i>De l'enveloppe physique à l'enveloppe psychique</i>	43
2. Quand le mouvement rencontre la pathologie : le polyhandicap	46
2.1. <i>Une multitude de spécificités</i>	46
2.2. <i>Les expériences corporelles affaiblies</i>	48
2.3. <i>Un vécu corporel angoissant</i>	51
3. Le devenir de la conscience de Soi dans le vieillissement	53
3.1. <i>Un vieillissement tout d'abord physiologique</i>	54
3.2. <i>Le temps de la perte et du deuil</i>	56
3.3. <i>« Le vieux c'est l'autre, dans lequel nous ne nous re-connaissons pas »</i>	58
Partie 3 : le rôle du psychomotricien dans la régulation du mouvement	60
1. Une quête de sens du mouvement	60
1.1. <i>Jasmine : un axe à construire</i>	61
1.2. <i>Victor : un monde sans frontière</i>	63
1.3. <i>Mme T. : s'accrocher pour ne pas tomber</i>	65
1.4. <i>Mme D. : à la recherche du temps passé</i>	69
2. « Un corps à apprendre »	71

2.1. <i>Redonner une substance au corps</i>	72
2.2. <i>La reconnaissance dans le regard</i>	75
2.3. <i>Le corps communication</i>	77
3. Le mouvement autour du patient.....	79
3.1. <i>L'influence du mouvement de l'autre</i>	79
3.2. <i>Le corps soignant</i>	82
3.3. <i>Le rythme institutionnel, ou la frénésie du mouvement</i>	83
Conclusion.....	85
Bibliographie.....	87
Annexes.....	92

Introduction

« Il n'y a pas de vie sans mouvement et l'arrêt de son mouvement propre, pour toute matière vivante, c'est la mort. »

(Lapierre, Aucouturier, 1975, p. 18)

Le mouvement est indissociable de la vie. Cette dernière commence et se termine par le même mouvement interne : celui du battement du cœur. Présent à différentes échelles dans notre organisme, de façon plus ou moins visible, il est ce qui nous permet de se mouvoir bien sûr, mais pas uniquement. Le mouvement permet aussi la découverte, l'exploration, la rencontre et la séparation, l'échange, l'expression de Soi...la construction de l'Homme.

Au cours de mon parcours de formation, j'ai rencontré différentes personnes avec chacune une façon unique et caractéristique de se mouvoir, faisant du mouvement une expression de son identité. Lors de ma deuxième année, j'ai réalisé un stage auprès d'enfants polyhandicapés. J'y ai rencontré, comme je m'y attendais, des enfants avec un corps figé, contraint par leurs appareillages : fauteuil, prothèse, attelle, coquille, formant une armure impressionnante autour de l'enfant, limitant ses possibilités d'exploration motrice. Parallèlement, j'ai été surprise de faire la rencontre d'enfants particulièrement actifs, avec un mouvement très présent, un mouvement « peu conventionnel » dirais-je pour des enfants âgés de 4 à 18 ans. Les enfants adaptaient leur motricité en fonction de ce que leur corps leur permettait : en se déplaçant sur les fesses, à quatre pattes ou en se retournant. Un mouvement qui pouvait se montrer parfois rapide et impulsif. En entrant dans le domaine du polyhandicap je ne m'attendais pas à trouver une telle disparité dans la façon de se mouvoir des enfants. Je me suis alors questionnée sur leur construction en tant que sujet. En effet, dès le début de notre formation en psychomotricité on nous enseigne l'importance de l'expérience exploratoire et relationnelle chez les enfants afin qu'ils puissent prendre conscience de leur environnement et de leur corps propre. Comment leur mouvement que je nommerai atypique, qu'il soit limité ou envahissant, participe-t-il à leur construction en tant qu'individu ? Et si inversement, par son aspect peu adapté, ne peut-il pas venir déconstruire ce travail de subjectivation ? Ces interrogations sont restées en suspens.

En troisième année, après avoir mis de côté cette réflexion, j'ai commencé un nouveau stage long au sein d'un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Très rapidement j'ai été surprise de faire un constat similaire : le mouvement chez la personne âgée est également disparate d'une personne à l'autre en raison de son vieillissement, qu'il soit pathologique ou non. Certaines sont freinées dans leur mobilité par les appareillages (déambulateur, fauteuil, cannes), par leur corps devenu insécure pour elles, par la douleur ou l'angoisse. D'autres conservent leur façon de se mouvoir au risque de se mettre en

danger par un mouvement précipité et peu adapté. Cela m'a questionnée sur la place que donnaient ces personnes au mouvement et l'importance de garder un mouvement tout au long de sa vie.

L'enfant, au cours de son développement psychomoteur et grâce à sa maturation neurologique, trouve un équilibre tonique entre son hypotonie axiale et son hypertonie périphérique. Cette harmonie tonique permet l'élaboration de son « *activité psychique qui assure les conditions optimales d'interactions entre un organisme et son milieu.* » (Bullinger, 2007, p. 93). Je prends le parti d'élargir ce concept au mouvement : l'enfant doit trouver son équilibre entre le mouvement absent, figé et le mouvement permanent, anarchique afin d'élaborer sa vie psychique et accéder à une conscience de Soi. De ces observations et de cette réflexion est né mon questionnement principal : comment le psychomotricien peut-il accompagner la personne dans une régulation de son mouvement, dans la découverte des multiples polarités du mouvement, afin de la guider vers une conscience de Soi ?

Ma réflexion a été jalonnée de différentes problématiques : quel est le rôle du mouvement dans la construction de l'individu ? Que se passe-t-il lorsque le mouvement est perturbé par la pathologie ou le vieillissement ? De par sa pauvreté, sa limitation, ou à l'inverse son « improductivité » apparente, son organisation « anarchique », le mouvement peut-il perturber l'équilibre psychique de l'individu, sa conscience d'être ? Le psychomotricien peut-il agir sur ce dernier afin d'accompagner la personne vers une conscience de Soi en tant qu'être à part entière ? Le patient est-il le seul acteur de son mouvement ?

Avant d'apporter des éléments de réponse à ce questionnement, il est nécessaire de vous présenter les quatre patients à l'origine de mon interrogation et le contexte de notre rencontre. Toute réflexion s'enrichit au travers des apports théoriques, pour cela j'aborderai dans un second temps la notion de mouvement au sens large et son rôle central dans la construction de l'individu dès son plus jeune âge. Nous verrons également comment le polyhandicap et le vieillissement impactent le mouvement et les répercussions que cela peut avoir sur la vie psychique de l'individu. La dernière partie sera dédiée à la discussion et me permettra de vous exposer ma réflexion sur l'importance de l'observation du mouvement et le travail à réaliser autour de ce dernier dans la construction psychocorporelle de l'individu.

Partie 1 : A chacun son mouvement

1. Le polyhandicap : une rencontre à deux temps

1.1. Le contexte clinique

J'ai été accueillie lors de mon stage long de deuxième année au sein d'un IES (Institut d'Éducation Spécialisée) accueillant en externat vingt-trois enfants polyhandicapés et paralysés cérébraux, âgés de 4 à 18 ans. Ces jeunes viennent la journée au centre afin d'avoir accès à un suivi paramédical, à un enseignement spécialisé et à un accompagnement éducatif suivant leur rythme de développement. Afin que ce suivi soit le plus adapté, les enfants sont répartis sur trois groupes de vie selon leurs possibilités motrices et cognitives, ainsi que leurs besoins. Chaque groupe est encadré par une équipe de quatre professionnels : éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs et/ou Aides Médico-Psychologique. Le matin, un temps de rituel est pris afin de saluer chaque enfant, puis les activités commencent. Des activités ludiques et éducatives leurs sont proposées : jardinage, lecture de contes, comptines singées, etc. A côté de cela, une enseignante spécialisée accueille au moins une fois par semaine les enfants par groupe afin de leur enseigner l'utilisation du makaton et des pictogrammes, ainsi que les premiers apprentissages tels que les chiffres et les lettres. L'équipe paramédicale est composée quant à elle d'une psychologue, de deux ergothérapeutes, de deux kinésithérapeutes, d'une orthophoniste, d'un infirmier et d'une psychomotricienne, ma maître de stage. Chacun dispose d'un espace propre à sa pratique. Cette équipe travaille sous la responsabilité d'un médecin généraliste.

Concernant la psychomotricienne, elle accompagne les enfants individuellement ou en groupe, au vue de ce qui lui semble le plus pertinent et selon les indications prescrites par le médecin. Les séances de psychomotricité ont lieu dans sa salle, située à côté des lieux de vie. Il s'agit d'un grand espace lumineux, tout en longueur et épuré. Un tapis coloré délimite une zone centrale, lieu phare des séances de psychomotricité, tout comme le miroir accolé au mur en face du tapis. Au fond, des modules en mousse occupent une grande partie de l'angle, à côté duquel un hamac est accroché. La majorité des séances se passe dans cet espace à l'exception du groupe snoezelen, prenant place dans une pièce dédiée à cette pratique, ainsi que le groupe « relaxation dynamique » qui occupe une autre salle d'activité. Dans sa pratique, la psychomotricienne a choisi de ne pas réaliser de bilans standardisés, ces derniers n'étant pas adaptés à des enfants polyhandicapés. Cependant, lors de la première rencontre, ainsi que tout au long des séances qui vont suivre, les nombreuses situations rencontrées permettent de remplir une grille d'observation qualitative¹ afin d'objectiver l'évolution des enfants. Cette dernière est remplie

¹ Cf. *infra*, Annexe I, p. 93.

lors de leur arrivée au sein de l'institution puis est enrichie régulièrement par de nouvelles observations. Une fois cette première rencontre passée, de nombreuses médiations sont proposées à l'enfant : danse, balnéothérapie, relaxation, médiations perceptivo-motrices. La psychomotricienne axe principalement son travail autour de la sensorialité, avec comme point central la stimulation basale².

En tant que stagiaire, j'ai pu accompagner les enfants pendant leurs séances de psychomotricité ainsi que pendant les temps de repas. Lors des séances, nous nous retrouvions tous sur le tapis : l'enfant, la psychomotricienne et moi, dans une co-construction permanente où nous nous laissions guider par ce que chacun pouvait suggérer. Au fil des mois, j'ai commencé à guider davantage les séances, tout en ayant la présence contenante et rassurante de ma maître de stage dans la pièce. C'est au cours de ce stage que j'ai fait la rencontre de deux enfants : Jasmine et Victor³. Deux enfants avec le même désir de bouger mais avec des possibilités différentes.

1.2. Jasmine : quand le corps est enfermé

Notre rencontre :

Lorsque ma maître de stage me présente Jasmine elle est âgée de 8 ans. Je découvre une petite fille complètement enroulée sur elle-même, retenue par des sangles thoraciques et abdominales. Elle est installée dans un corset siège fixé sur un socle à roulette, la tête baissée vers son nombril. Cependant, en entendant la voix de ma maître de stage qui la salue, Jasmine relève sa tête dans un effort visible, me permettant de découvrir son visage au teint halé (ses parents sont d'origine malgache mais Jasmine a toujours vécu en France) et son large sourire communicatif. Ses yeux marrons et rieurs sont entourés de lunettes rouges (pour une faible correction de sa vue). Elle porte toujours autour de son cou un foulard à cause d'une hypersalivation dû à son trouble buccofacial⁴. Sa petite corpulence, la finesse de ses membres et sa grande rigidité m'ont tout d'abord impressionnée : je ne savais comment venir toucher ce corps qui me semblait si fragile, comment venir la mobiliser sans lui faire mal. Jasmine a su me montrer, au fil des séances et grâce à sa patience, comment apprivoiser ce corps avec toute sa singularité.

² La stimulation basale est un concept élaboré par Andreas Fröhlich et consiste à simplifier au maximum les stimulations venant du monde extérieur afin de les rendre plus accessibles à la perception de l'individu. Cela permet d'offrir à l'enfant des stimulations adaptées à son niveau de développement neurologique, visant une découverte de soi-même et du monde dans lequel il évolue. Ce concept repose sur trois stimulations dites de base : la stimulation somatique, vibratoire et vestibulaire. Il s'agit des premiers sens acquis grâce aux expériences de la vie utérine et du développement neuronal.

³ Pour des raisons de confidentialité, tous les noms et les prénoms présents dans cet écrit ont été modifiés.

⁴ Le trouble bucco-facial est une perturbation de la capacité de réaliser les mouvements de la bouche et du visage. Dans le cas de Jasmine son trouble rend compliqué le geste de déglutition de sa salive.

Son parcours de vie :

A ses 4 mois, Jasmine présente une grande hypotonie provoquant l'inquiétude de ses parents. A la suite d'examens, une maladie métabolique est détectée. Il s'agit d'un déficit en pyruvate déshydrogénase, maladie affectant le développement du système nerveux.

« Le déficit en pyruvate déshydrogénase (DPD) est une maladie neurologique rare caractérisée par des signes cliniques très variés, en association avec des anomalies neurologiques et métaboliques de sévérité variable. Les manifestations varient d'une acidose lactique néonatale sévère, souvent fatale à des présentations neurologiques plus tardives » (Brown, 2012).

Le pyruvate déshydrogénase est une enzyme permettant de transformer les aliments en énergie. Son déficit entraîne une faible production d'énergie par l'organisme, associée à un excès de lactate, délétère pour le développement du système nerveux⁵. Cela provoque chez Jasmine une grande hypotonie axiale, une encéphalopathie convulsive et un grave retard psychomoteur associé à une quadriplégie spastique⁶.

Cette limitation motrice oblige Jasmine à porter des appareillages au quotidien : elle est amenée à l'IES dans une poussette, plus maniable que son corset siège qui reste au sein de la structure et dans lequel elle est installée dès son arrivée⁷. Ce dernier lui permet un meilleur redressement axial, ainsi qu'une facilitation de mise en lien avec l'environnement. Une mentonnière est également utilisée pour les temps de repas afin de la soulager du maintien de sa tête, facilitant la déglutition et l'orientation de l'attention. Elle porte des attelles afin de limiter l'hyperextension de son pied et d'éviter les déformations articulaires. Cependant, ces appareillages, bien que nécessaires, peuvent se montrer limitant pour sa motricité. C'est pour cela que nous les enlevons lors des séances de psychomotricité, un des seuls moments de la journée où Jasmine se retrouve sans appareillage.

A l'heure actuelle, Jasmine vit avec ses parents et son frère âgé de 20 ans. Au niveau de son parcours institutionnel, elle a tout d'abord été suivie par un Cesap (Centre d'Education à la Santé par l'Activité Physique et Psychocorporelle) avant d'arriver en Août 2017 à l'IES, soit à l'âge de 6 ans et 9 mois. Dès son arrivée, Jasmine bénéficie de multiples prises en soin :

⁵ Afin de stabiliser cette maladie métabolique, un régime cétogène est mis en place. Il s'agit d'un régime alimentaire utilisant des lipides comme source d'énergie à la place des glucides, diminuant ainsi la production de lactate par l'organisme.

⁶ La spasticité est une « résistance continue lors de l'étirement musculaire qui s'accroît avec la vitesse de l'étirement » (Albaret, Feuillerat, 2018, p. 144). Elle est due à une lésion de la voie pyramidale. Les mobilisations de flexion ou d'étirement du membre permettent de la mettre en évidence : une fois relâché, le muscle revient progressivement dans sa position. Cette spasticité s'accompagne fréquemment d'un déficit musculaire et peut se montrer douloureuse.

⁷ Il s'agit un souhait de la part de la mère de garder la poussette, à cause de l'image que renvoie le corset siège.

- Les kinésithérapeutes la suivent deux fois par semaine afin de lui permettre de vivre l'expérience du redressement axial, de réaliser des étirements nécessaires dans le cadre de sa spasticité. Ils s'occupent également des appareillages de Jasmine, notamment du verticalisateur prescrit par le médecin. Le verticalisateur a pour objectif d'éviter la rétraction musculaire, de permettre aux articulations de changer de position et d'améliorer les fonctions physiologiques telles que la respiration ou la digestion (c'est pour cela que Jasmine est verticalisée une heure après le temps du repas). Cela lui permet également de découvrir son environnement dans un nouveau plan spatial et de ressentir sa verticalité.
- L'ergothérapeute la reçoit une fois par semaine et travaille la concentration, la compréhension des consignes, la préhension et la communication.
- L'enseignante spécialisée l'accompagne quatre fois par semaine en salle de classe (seule et en groupe) afin de travailler sur l'utilisation des pictogrammes.
- L'orthophoniste travaille une fois par semaine avec Jasmine autour de sa sphère orale, notamment son trouble bucco-facial pour la salivation et le réflexe hyper-nauséux, très présent chez elle.
- La psychomotricienne la voit tous les lundis matin pendant quarante-cinq minutes en séance individuelle.

Observations psychomotrices et projet thérapeutique :

Ces observations ont été réalisées au fil des séances passées avec Jasmine durant cette année d'accompagnement. Il s'agit d'observations réalisées en commun avec ma maître de stage. Jasmine est âgée de 8 ans, elle se montre dynamique et volontaire dans chaque exercice proposé, ce qui nous a permis de pouvoir observer la large palette de ses possibilités.

- **Régulation tonique** : Jasmine présente une grande hypotonie axiale, associée à une hypertonie périphérique. Son affection neurologique ne lui permet pas d'acquérir la maturation neurologique nécessaire permettant d'aboutir à une harmonisation du tonus entre la périphérie et son centre. Au niveau de son tonus d'action, nous notons un recrutement tonique important lors de ses déplacements. Jasmine présente également des dystonies⁸.

- **Posture** : la répartition tonique de Jasmine impacte sa posture : elle est enroulée sur elle-même, le dos en cyphose, tandis que ses membres inférieurs et supérieurs sont en flexion avec une fermeture antérieure, limitant ses mobilisations. Sa tête est fléchie vers l'abdomen, avec un contrôle limité de son redressement : elle ne peut maintenir sa tête relevée, à l'exception de petits redressements fugaces mais non tenus, trop coûteux pour elle. Cela induit une perte de

⁸ Contractions musculaires inadaptées présentes dans le mouvement ou dans le maintien d'une posture, rendant le contrôle du geste difficile.

regard sur l'environnement, venant la couper de ce dernier.

- **Sensation** : Jasmine est sensible à son environnement sonore : dès qu'elle perçoit un son qui l'interroge elle lève la tête pour aller à la recherche de l'information. Au niveau vestibulaire, elle semble apprécier les situations de retournement, de « chute », de « dégringolade » des modules en mousse. De plus, Jasmine est souvent soulevée afin d'être installée dans son fauteuil, venant stimuler ses récepteurs vestibulaires. Au niveau de la vision, elle est très attentive à tout ce qu'il se passe autour d'elle, venant chercher les informations de son environnement par son regard. Concernant le toucher, elle semble ne pas apprécier les temps de détente avec des propositions de toucher-massage, de stimulations sensorielles avec les balles à picots ou certains objets vibratoires.

- **Coordination générale** : Jasmine a élaboré son propre mode de déplacement au sol : elle roule sur elle-même. Pour cela, elle s'aide principalement de ses membres inférieurs. Elle se met sur le dos, fléchit ses jambes et appuie sur ses pieds pour soulever son bassin, puis elle le fait basculer dans une direction, entraînant avec lui tout le reste de son corps. En enchaînant ces retournements, Jasmine arrive à se déplacer dans l'espace. Cette façon de se mouvoir lui demande un recrutement tonique important des membres, rendant le mouvement coûteux. Ses déplacements nous ont permis d'observer une bonne coordination et dissociation entre le haut et le bas de son corps. Jasmine n'a pas accès à la station assise et debout par elle-même. Lorsque nous l'accompagnons dans la position assise, elle ne peut la maintenir du fait de sa grande hypotonie axiale. Son hypertonie périphérique rend compliqué le contrôle de ses membres, impactant sa coordination bimanuelle qui reste précaire.

- **Motricité Fine** : Jasmine a des difficultés pour maintenir un objet dans sa main, sa préhension palmaire reste de courte durée. Elle arrive cependant à orienter son geste vers l'objet et à ouvrir sa main. Nous avons pu noter une prédominance de la main droite dans ses manipulations. Le passage d'un objet d'une main à l'autre n'est pas possible. Il est à noter des difficultés dans le croisement de l'axe corporel.

- **Espace** : l'observation de son mode de déplacement nous a permis de déduire qu'elle avait accès à la division de l'espace. En effet, elle arrive à évaluer la distance à parcourir et donc le nombre de retournement à réaliser avant de venir nous rencontrer lorsque nous sommes sur le tapis. De même, elle arrive à s'y orienter en se dirigeant vers nous.

- **Schéma corporel** : Jasmine possède une bonne connaissance de son schéma corporel puisque lorsqu'on la guide dans ses déplacements en lui demandant par exemple « d'appuyer sur ses pieds » ou encore de « soulever ses fesses », elle le comprend et le réalise très bien. C'est une

enfant qui se cogne peu lors de ses déplacements laissant penser qu'elle arrive à se représenter la place de son corps dans l'espace. De plus, lorsqu'on lui demande de nous tendre son pied pour enlever ses attelles, elle l'effectue correctement.

- **Fonctions cognitives** : les capacités attentionnelles de Jasmine et notamment son attention conjointe, sont bien présentes lors des séances, visible par son regard et sa faculté à être dans la relation. Elle manifeste une bonne compréhension des consignes verbales simples que nous lui indiquons. Par exemple, lors de l'accompagnement dans ses déplacements, Jasmine arrive à exécuter les consignes (« lève tes fesses », « tourne ta tête » ...).

- **Capacités interactionnelles et communication** : Jasmine n'utilise pas le langage verbal, elle communique principalement au travers de mimiques faciales (ses regards, son sourire). Elle apprend également à se servir des pictogrammes pour communiquer. Elle sait manifester clairement un « non » en bougeant sa tête. Le « oui » est plus difficile du fait de son hypotonie axiale. C'est une enfant très demandeuse de la présence de l'adulte. A l'inverse, la présence d'autres enfants au tapis avec elle peut l'inhiber. Au cours d'une séance un peu particulière, un autre enfant est venu quelques instants avec nous dans la salle de psychomotricité. J'ai alors découvert une nouvelle Jasmine qui ne bougeait plus du tout au sol, restant figée sans son sourire habituel.

- **Conclusion** : Jasmine, de par son handicap et ses appareillages, est limitée dans sa mobilité. Lorsqu'elle est dans son fauteuil, elle ne bouge presque pas ses membres alors qu'elle en aurait la possibilité. Mais lorsqu'elle est au tapis, c'est une autre enfant que je découvre : une enfant curieuse qui a envie de s'aventurer, elle essaye tout ce que nous pouvons lui proposer, se mettant parfois dans des situations « périlleuses » (par exemple il lui arrive de se mettre en déséquilibre lorsqu'elle grimpe sur les modules en mousse, provoquant une « chute » sur le tapis). C'est une petite fille en relation avec l'adulte, manifestant du plaisir et du désir dans le mouvement. Cependant, certaines difficultés viennent entraver cette exploration motrice. En effet, le maintien du clivage entre hypotonie axiale et hypertonie périphérique impacte sa posture, ses possibilités motrices et l'expérimentation de sa verticalité. De plus, son atrophie musculaire lui demande un recrutement tonique important, rendant sa motricité coûteuse en énergie. A la suite de ces observations il est proposé à Jasmine de poursuivre son accompagnement individuel hebdomadaire. Durant ces séances, le travail est axé sur :

- Renforcer son schéma corporel en lui offrant un espace d'exploration motrice.
- L'accompagner dans l'expérience de la verticalité afin de lui faire ressentir son axialité.
- Renforcer l'équilibre tonique permettant l'unification de son espace corporel et spatial.
- Travailler la relation à l'autre et la mise en jeu de son corps dans cette relation.

En complémentarité de cette séance Jasmine participe également au groupe « balnéothérapie » lui permettant un accès à la détente et de retrouver du plaisir dans le mouvement. L'eau chaude, en plus de son aspect contenant, a pour effet de diminuer la spasticité des membres, permettant ainsi une plus grande aisance dans le mouvement.

L'accompagnement en psychomotricité :

C'est lors des séances du lundi que j'ai pu accompagner Jasmine en psychomotricité. Je suis arrivée au cours d'une prise en soin déjà commencée depuis un an et demi. J'ai suivi Jasmine pendant sept mois, à partir de septembre 2018, me laissant le temps de réaliser des observations et de mettre en place des propositions. Chaque séance commence par le même rituel de début : une fois ses appareillages enlevés, Jasmine est allongée au tapis. Nous lui demandons de venir nous saluer, ma maître de stage et moi-même, en nous serrant la main. Nous sommes chacune assise à un bout du tapis, amenant Jasmine à se déplacer dans notre direction en exécutant des retournements. Ce rituel permet un travail de réintroduction du mouvement mais également un temps marquant notre présence, un temps pour se dire bonjour. Au cours des séances nous travaillons beaucoup autour de l'exploration motrice à l'aide de la danse, du trampoline et de parcours exploratoires sur les gros modules en mousse, permettant à Jasmine d'escalader et de découvrir son environnement sous différents angles. Voici quelques extraits de séances à l'origine de mon questionnement :

01 octobre 2018 : le travail du jour est axé autour de la « danse ». Jasmine est allongée sur le dos. Au rythme de la musique elle est invitée à faire bouger ses bras en l'air, les faire tourner, explorant ainsi les différents plans de l'espace. Ses pieds viennent rejoindre ses bras dans cet espace aérien et leur danse continue ensemble. Jasmine, à l'aide de notre présence, se retourne alors sur le ventre : un nouvel appui se fait sentir. Je l'invite à venir repousser le sol à l'aide de ses bras, afin de redresser sa tête qui se retrouve collée contre le tapis. En l'accompagnant dans son mouvement, Jasmine en arrive à la position du « quatre pattes ». Cette proposition dansée permet à Jasmine une reprise des « NEM »⁹ que l'enfant explore par lui-même durant son enfance. En raison de ses limitations motrices, Jasmine a besoin d'un étayage moteur afin de pouvoir réaliser cette exploration. Face à elle, le miroir lui renvoie son reflet dans cette nouvelle position. C'est alors que son étonnement traverse son regard, sa voix si rare, exprime un petit « oh » de surprise. Que vient dire cet étonnement ? Est-ce que Jasmine est en train de vivre ce que l'on nomme le « stade du miroir », c'est à dire la reconnaissance de son reflet unifié et distinct de l'autre dans le miroir ? Ou est-ce la découverte de son reflet dans cette nouvelle position, accompagné de sensations nouvelles, d'une perception différente de soi et de son

⁹ Les NEM (Niveaux d'Evolution Motrice) sont une succession d'enchaînements moteurs que l'enfant explore au cours de son développement, en partant de la position de décubitus dorsal jusqu'à la locomotion bipodale et en passant par le retournement, la reptation et la quadrupédie. Ces schèmes moteurs sont permis grâce aux aptitudes cérébro-motrices innées de l'enfant.

espace qui lui provoque cette surprise ?

19 novembre 2018 : Jasmine est un peu fatiguée, nous décidons de faire une séance au fauteuil. Elle choisit de jouer avec la dînette. Je suis assise à sa gauche, ma maître de stage est en face d'elle : nous lui demandons de nous mettre dans la main la pomme ou le couteau par exemple, ce qui nous permet de constater que Jasmine a une bonne compréhension des consignes. Nous observons qu'elle utilise ses deux mains mais de façon séparée : il n'y a aucune coordination bimanuelle, avec une préférence de la main droite. Je me place alors à sa gauche afin de stimuler son côté gauche. Au moment où elle tourne la tête et me découvre de l'autre côté, Jasmine a l'air surprise de me trouver ici. Cela me questionne alors sur la perception de son espace : l'espace dans lequel elle évolue est-il unifié ou le clivage entre l'espace droit et gauche est-il encore présent ?

Les observations réalisées au cours de ces deux séances m'ont questionnées sur le mouvement de Jasmine : pourquoi lorsque Jasmine est au fauteuil, elle reste dans une certaine immobilité alors que lorsqu'elle est au tapis, elle semble prendre du plaisir dans le mouvement ? Quelles représentations de son corps Jasmine a-t-elle élaboré en dépit de sa limitation motrice ? Vit-elle dans un espace unifié ou clivé ? Quelle conscience de son corps peut-elle élaborer dans un espace clivé ? Quel rôle son absence d'axialité peut-il prendre dans sa perception d'elle-même et de son environnement ?

1.3. Victor : un besoin de bouger

Notre rencontre :

Petite tête blonde aux yeux bleus et à la peau paraissant presque translucide, je découvre Victor, un enfant âgé de 8 ans. C'est une boule d'énergie que je rencontre, bougeant dans tous les sens, toujours à l'affût de la moindre porte qui s'ouvre afin de s'échapper de la pièce et de partir à l'aventure. Victor est un enfant loin d'être peureux, fonçant à toute allure là où il peut se faufiler. Au moment de me présenter à lui, j'ai l'impression de me retrouver face à un vide : j'ai beau lui parler, il me donne la sensation d'être inexistante pour lui, nos regards ne se croisent pas, son attention n'a que faire de la mienne. C'est assis sur les fesses que Victor a trouvé une façon de se déplacer, poussant à l'aide de ses bras et tirant à l'aide de ses jambes l'ensemble de son corps. Ses pantalons en conservent l'empreinte : des bouts de tissus sont rajoutés à l'emplacement des fesses afin de combler les trous laissés par les frottements contre le sol. Le matin il est cependant emmené en fauteuil roulant qu'il quitte dès son arrivée au centre.

Son parcours de vie :

Victor est né en 2010, après une grossesse sans particularité. Lors de sa première année de vie, ses parents manifestent une inquiétude face à un retard de développement : Victor

présente des difficultés dans ses retournements. Ils ont également du mal à communiquer et entrer en relation avec lui. L'élément déclencheur sera la réalisation de plusieurs crises d'épilepsie de type atonique¹⁰. Suite aux consultations, le syndrome d'Angelman¹¹ lui sera diagnostiqué à l'âge d'un an. Nous repérons chez Victor des symptômes fréquents de cette maladie tel qu'un retard de développement, une absence de langage, des battements des mains faisant penser aux autostimulations des personnes mal-voyantes, une démarche « en pantin » (lorsque Victor est accompagné dans sa marche bipodale, il se balance de droite à gauche, en un seul bloc), une ataxie¹² et des crises d'épilepsie. Ceci est associé à un comportement joyeux, une hyperactivité sans agressivité, une faible attention et une fascination pour l'eau.

Au moment de notre rencontre, Victor vit avec ses deux parents ainsi que ses frères âgés de 5 et 1 an. Avant son arrivée à l'IES à l'âge de 4 ans, Victor allait quatre jours par semaine en crèche et était suivi en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) par un kinésithérapeute, un orthophoniste et un psychomotricien entre 2011 et 2014. Depuis 2014, Victor vient tous les jours à l'IES où il dispose d'un accompagnement pluridisciplinaire :

- Les kinésithérapeutes le voient une fois par semaine afin de travailler l'équilibre, la marche et la surveillance de ces appareillages, notamment ses chaussures orthopédiques qui lui sont indispensables pour se mettre debout.
- L'ergothérapeute l'accompagne une fois par semaine afin d'améliorer son autonomie en travaillant sur l'utilisation de la cuillère, sa concentration et sa communication.
- Il bénéficie d'une séance de pataugeoire de quarante minutes par semaine avec son éducateur, afin de lui offrir un espace de détente et d'exploration motrice ludique. Victor apprécie grandement le contact avec l'eau.
- La psychomotricienne l'accompagne une fois par semaine en séance individuelle ainsi qu'en séance de groupe « relaxation dynamique ».

Observations psychomotrices et projet thérapeutique :

Comme pour Jasmine, ces observations ont été faites avec ma maître de stage au fil des séances de psychomotricité de Victor. Ce dernier est alors âgé de 8 ans.

- **Régulation tonique** : Victor a une régulation tonique plutôt adaptée : lors des séances de « relaxation dynamique », nous pouvons constater un abaissement de son tonus de fond lors de la détente. Cependant, ces moments sont rares et furtifs. Victor présente un mouvement rapide et permanent, avec un tonus d'action plutôt hypertonique. Au niveau de son tonus de posture,

¹⁰ La crise d'épilepsie de type atonique est une crise généralisée caractérisée par une perte soudaine de conscience et du tonus musculaire provoquant la chute au sol de la personne.

¹¹ Le syndrome d'Angelman est une maladie neurogénétique due à une anomalie du chromosome 15 et caractérisée par un retard global de développement, un déficit intellectuel sévère et des traits dysmorphiques (Van Buggenhout, 2011).

¹² L'ataxie est une absence ou une difficulté de coordination des mouvements volontaires.

on note un recrutement tonique important dans le maintien de son buste à la verticale lorsqu'il est assis, position fréquente chez Victor.

- **Posture** : lorsque Victor est assis dans son fauteuil, il prend peu appui sur son dossier, maintenant son buste droit, dans une recherche de verticalité. Nous retrouvons cette axialité lorsqu'il se tient assis sur ses fesses au sol.

- **Sensorialité** : le canal sensoriel privilégié est celui oral. Il peut utiliser le toucher pour découvrir son environnement, notamment à l'aide de ses pieds. En effet, Victor découvre l'objet dans un premier temps en le touchant avec ses pieds puis le porte à la bouche. Il en est de même pour la rencontre : Victor nous rencontre d'abord avec ses pieds. Les autres sens sont peu explorés à son initiative. Au niveau auditif, Victor nous donne l'impression de ne pas nous entendre lorsqu'on l'appelle (malgré un bilan ORL positif), son regard est dispersé, il parcourt les quatre coins de la salle mais ne cherche pas à rencontrer le nôtre.

- **Coordination générale** : Victor présente des difficultés motrices globales. Son équilibre reste très précaire, il ne peut pas tenir debout sans aide humaine ou matérielle, ne rendant pas possible la marche bipodale. Cependant, il est capable de se mettre debout avec appuis, en passant par la position du chevalier servant. Lorsqu'il se déplace debout en étant accompagné, son polygone de sustentation reste très large et sa démarche prend une allure ataxique¹³ avec une grande rigidité dans ses membres inférieurs et supérieurs. Il réalise ses déplacements en glissant sur les fesses à l'aide de ses jambes et de ses bras. Il peut se mettre à quatre pattes mais ne l'utilise pas pour se déplacer car cela ne lui permet pas d'avancer assez vite. Son mouvement semble désorganisé, impulsif et rapide. Victor présente des stéréotypies motrices au niveau des mains semblables aux comportements d'autostimulation des personnes malvoyantes.

- **Motricité fine** : il possède une bonne dextérité manuelle lui facilitant la préhension des objets. Il attrape très bien les petits objets à l'aide de sa pince fine, entre son pouce et la deuxième phalange de son index. Lorsqu'il tient un objet il le porte presque systématiquement à sa bouche avec la possibilité de croiser son axe.

- **Schéma corporel** : il est difficile de situer Victor par rapport à son schéma corporel. Cependant, nous pouvons supposer que ce dernier présente un retard dans son acquisition au vue de sa motricité perturbée, ne lui permettant pas de vivre pleinement ses expériences sensorimotrices, base fondatrice de ce schéma corporel.

¹³ Sa démarche est talonnante (il lance brusquement la jambe et pose le pied par le talon), on note une absence de dissociation des ceintures et des hémicorps (il se déplace tel un bloc), son mouvement est brusque.

- **Espace** : Victor bouge dans tout l'espace, dans les moindres recoins, comme pour s'approprier les lieux. Cependant, il reste peu de temps dans chaque espace comme s'il était tout de suite intéressé par une autre stimulation à l'autre bout de la pièce. Il semble savoir où il souhaite se diriger. Par exemple, lorsqu'il sort de sa salle de vie, Victor se dirige instinctivement vers la porte de sortie du bâtiment pour aller dans la cour : un espace dédié aux jeux extérieurs. Au niveau des espaces interpersonnels, il peut avoir tendance à entrer dans l'espace intime de la personne, grimpant sur l'adulte, venant chercher le contact corporel, sans forcément ressentir le désaccord de l'autre. Cela me questionne sur la perception des limites corporelles entre le soi et le non-soi, sur l'intersubjectivité.

- **Fonctions cognitives** : il est difficile d'évaluer son niveau de développement car il n'a pas accès au langage verbal. Son regard ou ses mimiques ne nous aident pas à analyser son niveau de compréhension de la consigne. Concernant son attention, celle-ci reste très labile et fluctuante. Victor a du mal à fixer son attention, il semble parasité par les stimulations de son environnement.

- **Capacités interactionnelles et communication** : la communication verbale chez Victor n'est pas présente et sa communication non-verbale reste pauvre. Le sourire, les mimiques faciales, les grimaces sont adaptées mais très peu présents. Nos relations avec Victor sont contrastées : par moment il semble ne pas nous prêter attention, circulant dans l'espace avec une certaine indifférence, malgré le fait de l'appeler, d'essayer d'attirer son attention par différents signaux. A d'autres moments il vient chercher le contact de façon parfois intrusive, un peu brutale et envahissante.

- **Conclusion** : ces observations nous ont permis de mettre en évidence : un retard de développement global, une sensorialité peu explorée dans sa diversité, un équilibre précaire, un investissement important de son axialité (avec la zone orale très présente et la recherche de verticalité dans sa posture), des difficultés dans l'adaptation proxémique à la personne avec des limites corporelles floues et une attention labile.

Il paraît ainsi pertinent de proposer à Victor de poursuivre sa prise en charge individuelle tous les lundis en milieu d'après-midi, d'une durée de quarante-cinq minutes. Durant cette séance, le travail porte sur :

- Une prise de conscience de son corps en mouvement afin d'améliorer ses coordinations générales dans le but de l'aider dans le développement de sa marche.
- Proposer de stimulations sensorielles diverses afin de lui permettre d'explorer différentes sensorialités, en dehors de l'oralité, et ainsi enrichir son exploration sur le monde extérieur.
- Offrir un cadre étayant afin que Victor puisse se poser dans la relation.

Parallèlement à cette séance individuelle, le groupe « relaxation dynamique » lui est proposé. Il s'agit d'un groupe composé d'enfants ayant des difficultés à être dans la relation, pouvant se montrer envahis par des comportements stéréotypés. L'objectif est de réussir à canaliser les enfants au travers de vibrations, de percussions osseuses, de toucher-massage, afin qu'ils puissent se recentrer et par la suite s'ouvrir sur une possible relation. Ce groupe est composé de quatre enfants, accompagné de quatre professionnelles : ma maître de stage, deux éducatrices et moi-même.

L'accompagnement en psychomotricité :

J'ai pu accompagner Victor lors des séances du groupe « relaxation dynamique » pendant huit mois à partir de septembre 2018, tous les jeudis matin de 9h30 à 10h30. Il s'agit d'un groupe ayant débuté en même temps que mon arrivée dans ce lieu de stage. J'ai également suivi Victor lors de son accompagnement individuel hebdomadaire du lundi après-midi, pendant cinq mois à partir de septembre 2018¹⁴. Les séances individuelles ont pu me mettre parfois en difficulté. En effet, Victor a du mal à fixer son attention sur une activité, il circule dans la pièce, sans trop porter d'intérêt à nos interpellations. Parfois nous arrivons à capter son attention avec un objet, alors il vient l'explorer, par la bouche principalement. Une fois qu'il en a fait le tour, il laisse l'objet de côté et reprend son exploration, mais il ne cherche pas à partager avec nous ce moment. Dans les premières semaines, ce suivi a pu me déstabiliser, ne comprenant pas forcément le sens du travail à faire avec lui et ce que lui apportait ce mouvement permanent. Voici quelques extraits de séances m'ayant interpellé :

17 septembre 2018 : il s'agit de ma deuxième séance avec Victor. Comme à son habitude, il entre dans la salle, circule dans l'espace sans même prêter attention à ma maître de stage et à moi. Il va d'un coin à l'autre, s'arrête parfois quelques courts instants puis reprend son mouvement. Il me donne l'impression d'explorer la salle malgré le fait qu'il la connaisse puisqu'il y vient une fois par semaine depuis plusieurs années. Son attention est vite attirée par le meuble à tiroirs où sont rangés certains jouets (objets sensoriels, accessoires de dînette, cubes de construction). Les tiroirs sont à sa portée, il les ouvre, cherche dedans, sort tous les objets mais ne les explore pas. Il ne reste pas plus de trois minutes autour des tiroirs puis reprend son mouvement. Il se dirige à un moment vers le hamac au fond de la salle. Ma maître de stage lui propose alors de s'y installer avec lui : il est difficile de savoir si Victor en a envie ou non, cela est peu visible dans sa communication infra-verbale. Ils s'installent alors tous les deux dans le hamac. Ma maître de stage apporte une contenance à Victor à l'aide de ses bras et de ses jambes

¹⁴ Je suis arrivée vers la fin de cette prise en soin. En effet, après un suivi individuel commencé il y a trois ans, c'est à dire lorsque Victor avait 5 ans, ma maître de stage a trouvé que poursuivre un accompagnement en groupe était plus pertinent pour Victor. Étant la seule psychomotricienne de la structure, il faut également prendre en compte la réalité institutionnelle : le nombre d'enfant grandissant a nécessité une réorganisation des suivis en psychomotricité.

autour de lui. Cette contenance a pour but de permettre à Victor de supporter l'immobilité, de prolonger ce temps passé dans le hamac. Petit à petit le mouvement diminue chez Victor, mais ceci est de courte durée, il ressent tout de même le besoin de bouger toutes les trois minutes environ, avant de pouvoir de nouveau ralentir le mouvement et de retrouver un temps calme.

Cette séance m'a questionnée sur le sens de son mouvement : que vient réveiller en lui le mouvement ? Ou plutôt que lui renvoie l'absence de mouvement ? Est-ce que l'immobilité est associée à un état de détente chez cet enfant ou cela le renvoie plutôt à une situation angoissante ? Je me suis également interrogée sur la place de l'autre dans ce ralentissement moteur : j'ai eu l'impression que Victor a pu se poser justement parce qu'il y avait un autre avec lui. Peut-il se canaliser sans l'autre ? Quelle est la fonction de l'autre à cet instant ? Lorsque je repense à son activité répétitive de vider les tiroirs, en lien avec son attrait pour la zone orale, je me questionne sur la perception que Victor se fait du dedans et du dehors, renvoyant peut-être à des limites corporelles incertaines ?

17 octobre 2018 : nous sortons les meubles accessibles à Victor de la salle de psychomotricité afin que ce dernier ne soit pas attiré par ceux-ci. Il s'agit d'un test afin de voir si cela aidera Victor à entrer en relation avec nous plutôt que d'être attiré par ces meubles, sources de curiosité au détriment de la rencontre humaine. Lorsque Victor entre, il ne manifeste pas d'étonnement face à cette absence de meuble, il reprend son exploration de l'espace. A un moment de la séance, il se dirige vers ma maître de stage et lui prend ses mains. Sans vraiment savoir ce qu'il désire, elle commence à lui faire des percussions osseuses, comme ce qu'on réalise avec lui le matin lors du groupe « relaxation dynamique ». Victor se pose alors quelques minutes avec nous, ce qui est un grand pas. Est-ce en lien avec l'absence des meubles provoquant moins de stimulation pour ce dernier ? Il reprend ensuite son mouvement. Il me semble qu'une longue immobilité soit difficilement supportable pour lui. Puis il s'empare d'une grosse « toupie » dans laquelle certains enfants s'installent pour travailler principalement leur sens vestibulaire. Victor s'en sert pour tout autre chose : il la retourne et se glisse en dessous, tel un escargot qui rentre dans sa coquille protectrice. De l'extérieur nous n'avons aucun regard sur ce qu'il peut se passer à l'intérieur, mais nous constatons que Victor ne fait plus de bruit et ne bouge presque pas, pendant un temps relativement long pour lui. Pendant près de sept minutes il restera dans sa cabane improvisée avant d'en ressortir.

Cette riche séance a continué de me questionner : les activités choisies par Victor nourrissent mes interrogations concernant ses limites corporelles. Sa relation à l'autre m'interroge également sur le rôle de l'autre dans son mouvement. Sa relation particulière à l'environnement est aussi à questionner : est-ce que son environnement est perçu comme hyperstimulant, venant alors le désorganiser, ou à l'inverse est-ce que Victor cherche cette

hyperstimulation afin de venir nourrir sa présence au monde ?

2. Le vieillissement : un redécouverte de son mouvement

2.1. *Le contexte clinique*

Lors de ma troisième année, j'ai réalisé mon stage long au sein d'un EHPAD, accueillant des personnes âgées nécessitant une institutionnalisation du fait d'une perte d'autonomie à la suite des effets du vieillissement et des pathologies pouvant s'y associer. Cette structure accueille quatre-vingt-quatre résidents, répartis sur quatre étages selon leur autonomie et leurs GIR¹⁵. Pour les accompagner dans leur quotidien, des aides-soignants sont présents constamment sur les lieux de vie. Des animateurs ainsi qu'une coiffeuse et une socio-esthéticienne interviennent régulièrement dans la semaine, tout comme la psychologue. Une équipe paramédicale est également présente, composée d'une ergothérapeute, un kinésithérapeute libéral, un médecin gériatre et une psychomotricienne : ma maître de stage.

Cette dernière réalise des prises en soin essentiellement groupales. Il s'agit d'un choix de sa part, afin de pouvoir accompagner un plus grand nombre de personne. Sa présence à mi-temps sur la structure ne lui permet pas de suivre l'ensemble des résidents. Il s'agit de groupes ouverts à tous (tel que la gym douce par exemple), ou alors fermés, réservés à certains d'entre eux. Elle a également fait le choix de ne pas réaliser de bilans standardisés, préférant se baser sur ses observations lors de la rencontre. Concernant les tests cognitifs, tel que le MMS ou les cinq mots, ils sont réalisés par la psychologue de la structure sur demande du médecin gériatre. La psychomotricienne ne dispose pas de salle dite de psychomotricité : elle utilise la salle de kinésithérapie lorsqu'elle est disponible, les lieux de vie ou alors la salle polyvalente pour accueillir les groupes ouverts, nécessitant un espace vaste. Les prises en charge individuelles sont réalisées dans la chambre des résidents ou alors dans la salle snoezelen, dédiée à cette pratique. Elle intervient auprès des résidents afin de préserver leurs capacités au profit de leur autonomie (gym douce, piscine, pâtisserie...) : il s'agit de groupe permettant une stimulation cognitive (retenir les mouvements, les recettes...) et un entretien de leur condition physique (réveil corporel, entretien musculaire, praxies...). Elle intervient également pour leur offrir des temps de bien-être individuel au travers de séances de relaxation, de toucher-massage ou encore de balnéothérapie. Elle a aussi un rôle auprès de l'équipe soignante en leur apportant son regard et ses conseils pour l'accompagnement des patients au vue de leur pathologie.

¹⁵Le GIR est une échelle étalonnée de 1 à 6 permettant d'objectiver le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée (Le niveau 1 étant le niveau avec la plus faible autonomie). Il est calculé à partir de la grille AGGIR (Service-Public, 2020).

En tant que stagiaire, j'ai pu participer à un groupe mené en co-thérapie avec l'ergothérapeute : le groupe « équilibre et prévention des chutes ». Il s'agit d'un groupe mis en place sur dix séances et composé de six résidents « chuteurs », c'est à dire ayant déjà chuté une ou plusieurs fois et nécessitant un accompagnement préventif. L'objectif est de repérer avec les résidents les situations à risque de chute, savoir comment les éviter, comment se relever si la chute survient et donner des clés afin de gérer les émotions pouvant surgir lorsqu'ils sont confrontés à une chute au sol. A côté de cet accompagnement, l'opportunité m'a été offerte de créer un groupe « expressivité du corps », avec la supervision de ma maître de stage. Il s'agit d'un groupe composé de quatre résidentes avec pour objectif de leur offrir un espace de redécouverte des possibilités de leur corps en mouvement, de leur redonner confiance en leurs capacités et une revalorisation de leur image au travers du regard bienveillant et porteur du groupe. J'ai également pu accompagner des résidents en séance individuelle. Réalisant ce stage dans une institution où le travail en équipe est primordial, j'ai participé à des temps institutionnels, dit « temps de transmission » en début d'après-midi, afin d'échanger avec tous les professionnels de la structure (aides-soignants, infirmiers, professionnels paramédicaux, cadres de santé) autour des différents résidents.

C'est au cours de ce stage que j'ai fait la rencontre marquante de Mme T. et Mme D., deux personnes ayant un rapport différent au mouvement.

2.2. Mme T. : tonique je suis, tonique je le resterai

Notre rencontre :

La première fois que je rencontre Mme T. c'est avec ma maître de stage, en allant la chercher pour l'accompagner au groupe « équilibre et prévention des chutes ». Au loin j'observe une dame assise dans son fauteuil, le regard perdu dans le vide, absent. Lorsqu'elle sent notre présence, c'est une nouvelle personne que je découvre : un sourire se dessine sur ses lèvres, son regard devient chaleureux, presque rieur. Elle écarte ses bras pour nous saluer, comme si elle souhaitait nous envelopper de tout son corps. Ses cheveux courts sont bien peignés, ses ongles vernis, sa tenue soignée : du haut de ses 89 ans Mme T. semble porter une certaine importance à son apparence. Elle nous suit pour aller dans la salle, propulsant elle-même les roues de son fauteuil roulant dans lequel elle est installée, avec une droiture impressionnante : son dos ne prend pas appui contre le dossier, ses pieds flottent dans le vide, sans chercher le support des cale-pieds qui sont repoussés sur le côté, ses jambes sont rapprochées, en enroulement vers l'intérieur, presque dans un état de fusion. Sur le chemin, elle se plaint de sa mémoire qui lui joue des tours, ce qui l'inquiète énormément. Au cours des semaines suivantes il faudra lui rappeler le lieu de rendez-vous ainsi que l'horaire afin que cette dernière « l'ancre dans sa tête », selon ses mots. Les changements de routine sont pour elle source d'angoisse : elle a alors besoin qu'on lui détaille plusieurs fois le déroulement de sa matinée afin qu'elle puisse anticiper tous

les éléments.

Histoire de vie :

Mme T. était rédactrice en assurance, elle travaillait dans un cabinet avec son mari. Le contact humain était primordial dans ce milieu, tout comme sa prestance lorsqu'elle avait des rendez-vous avec ses clients : cette rigueur vestimentaire est toujours présente chez cette dernière, tout comme sa faculté à entrer en relation avec les personnes. Elle se décrit comme une personne sérieuse qui travaillait beaucoup. Elle affirme avoir eu « une vie agréable ». Une vie qu'elle a partagé avec son mari décédé en 2015 et sa fille, qui vient la voir régulièrement : « j'ai une super famille ! » déclare-t-elle. Cependant, Mme T. semble ne pas avoir eu une enfance très facile : sa mère est décédée lors de sa naissance, son père décédera un an plus tard. Mme T. et son frère aîné de 7 ans se retrouvent alors orphelins. Ils seront séparés, chacun placé dans une famille différente. Mme T. sera élevée par son cousin. Elle est très reconnaissante envers ce dernier mais explique que cela ne remplace pas une mère. En avril 2016, sur les conseils de sa fille et en accord avec elle, Mme T. arrive à l'EHPAD à la suite d'une perte d'autonomie dans son quotidien. Elle se dit soulagée d'être accompagnée mais exprime un grand ennui au fil de la journée, malgré sa participation régulière aux animations proposées. Son souhait est de sortir, d'aller voir l'extérieur, de continuer à découvrir le monde : « on est enfermé » déclare-t-elle.

Antécédents médicaux :

Il est répertorié dans son dossier médical de nombreux antécédents au niveau de ses membres inférieurs : en 1987, elle déclenche une sciatique paralysante droite¹⁶. En 2013, c'est son membre inférieur gauche qui est impacté par une fracture du col du fémur. En 2016, selon son dossier, elle présente une ataxie vestibulaire bilatérale¹⁷ provoquant des troubles de la marche et dans le maintien de son équilibre, visible par le nombre important de chutes répertoriées depuis 2017 : cinq chutes dont deux consécutives en août 2018. Ses chutes, associées à son trouble de la marche, conduisent Mme T. à utiliser un fauteuil roulant manuel pour se déplacer au quotidien. Cette dernière a l'air de bien s'adapter à ce nouveau mode de locomotion et arrive à réorganiser son quotidien puisque en 2019, elle est évaluée GIR 4¹⁸.

¹⁶ La sciatique paralysante est le résultat d'une compression du nerf sciatique au niveau de la colonne lombaire et plus précisément au niveau des racines nerveuses L5 ou S1. Le nerf sciatique assure à la fois la sensibilité et une partie de la motricité du membre inférieur. Sa compression génère très souvent des douleurs au niveau des lombaires et peut se propager le long de la jambe. Dans le cas de Mme T., sa sciatique était particulièrement importante puisqu'elle est allée jusqu'à paralyser tout son membre inférieur droit.

¹⁷ L'ataxie est un trouble de la coordination des mouvements d'origine neurologique. Cela entraîne généralement des difficultés d'équilibre statique et dynamique, se traduisant par une augmentation du polygone de sustentation et des chutes fréquentes. Chez Mme T., elle est dite vestibulaire car elle est due à une lésion des noyaux vestibulaires.

¹⁸ Le niveau 4 correspond aux « personnes ne faisant pas leur transfert seules (par exemple se lever seules du fauteuil) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et pour s'habiller. [Ou alors] les personnes n'ayant pas de problème pour se déplacer mais devant

Depuis maintenant six mois, Mme T. souffre au niveau de sa jambe droite (genou et hanche) d'arthrose¹⁹, rendant cette zone très douloureuse et difficilement mobilisable. D'un point de vue cognitif, Mme T. exprime une plainte mnésique importante. Cependant, aucun trouble cognitif ne lui a été diagnostiqué. La psychologue lui a fait passer un MMS en 2017 révélant un score de 29/30, objectivant le maintien de ses fonctions cognitives. Cette plainte mnésique est à mettre en lien avec son diagnostic de syndrome anxio-dépressif puisque dans cette pathologie, les personnes rencontrent des difficultés de concentration, d'attention et de mémorisation.

La dépression a une traduction clinique particulière avec l'âge. La tristesse n'est pas toujours apparente derrière les traits figés d'une personne âgée, la douleur morale est rarement exprimée. On note chez elle davantage de plaintes subjectives (sensation d'atteinte intellectuelle, impression de perte de mémoire) que d'anomalies cliniques objectives à l'évaluation neuropsychologique. (Thomas, Hazif-Thomas, 2008, p. 141)

Évaluation psychomotrice :

C'est au cours du groupe « équilibre et prévention des chutes » que j'ai constaté les difficultés de mouvement de Mme T., notamment sa rigidité et sa faible amplitude articulaire. C'est surtout la survenue de tous ses affects et l'appréhension de sa part dans la réalisation de certains mouvements qui m'a interpellé. Une appréhension verbalisée mais également visible physiquement (visage crispé, accroche au fauteuil), la bloquant dans la relation et dans l'expérimentation. A la suite de ces observations, je me suis questionnée sur l'intérêt d'un suivi en individuel pour cette dame. Afin de mieux cerner ses difficultés et ses attentes, j'ai décidé de lui faire passer quelques items de bilans, sur la base d'une trame d'évaluation que je me suis créé²⁰ afin de pouvoir élaborer un projet thérapeutique. Ces observations psychomotrices ont été réalisées dans sa chambre, en janvier 2020. Mme T. est alors âgée de 90 ans. A cause de douleurs aiguës dans son genou droit, certaines épreuves n'ont pas pu être réalisées (pointage des pieds, mobilisations passives et actives des membres inférieurs, reproduction de mouvement avec les membres inférieurs).

- **Régulation tonique :** lors des mobilisations passives, je constate une participation très présente de la part de Mme T., reflétant des difficultés d'accès au relâchement et pouvant renvoyer à une hypertonie d'opposition. J'observe chez elle une posture tonique avec un buste maintenant une certaine verticalité, soutenue par sa musculature dorsale et abdominale. Au niveau de ses membres inférieurs, ses pieds ne prennent pas appuis sur les cales pieds du

être aidées pour les activités corporelles et pour la préparation des repas. » (Service-Public, 2020).

¹⁹ L'arthrose est une maladie dégénérative articulaire qui se traduit par une destruction du cartilage qui entoure et protège l'os. Cela se manifeste par des douleurs au niveau de l'articulation et par l'apparition d'excroissances osseuses : les ostéophytes.

²⁰ Cf. *infra*, annexe II, p. 96.

fauteuil, ils ne touchent pas le sol, restant dans le vide sans balancement lorsqu'elle se déplace. Pour ses déplacements, Mme T. pousse son fauteuil énergiquement avec ses mains, reflétant une certaine tonicité de son tonus d'action.

- **Coordination générale** : Mme T. se déplace de façon autonome dans la structure en poussant son fauteuil roulant. Elle parvient à faire ses transferts seule dans sa chambre. Pour les réaliser elle se glisse d'un siège à l'autre sans vraiment expérimenter la verticalité. Cependant, en présence des autres résidents elle demande une aide pour ses transferts. Je peux alors sentir une grande insécurité dans ses appuis et dans son corps : Mme T. m'agrippe et verbalise son angoisse malgré ma présence et mes mots qui se veulent rassurant. Lors de sa verticalisation, une forte rétropulsion du bassin est présente, son regard reste fixé sur ses pieds, son buste penché en avant. Elle rencontre des difficultés à soulever ses membres inférieurs, comme si elle était figée par sa peur. Il lui est alors difficile de réaliser des petits pas pour exécuter son demi-tour afin de venir s'asseoir sur l'autre siège. Une fois qu'elle sent la présence de l'assise, elle se laisse tomber, avec une expression de soulagement. La marche bipodale, même avec déambulateur, ne lui est plus possible à cause de ses douleurs arthrosiques au niveau du membre inférieur droit, mais aussi à cause de l'angoisse qui la submerge lorsqu'elle se verticalise. J'observe un manque de dissociation entre le haut et le bas du corps : c'est tout un bloc qui bouge en même temps, se balançant d'un côté puis de l'autre pour faire son demi-tour. Ses mouvements articulaires ont peu d'amplitude, notamment au niveau des membres inférieurs : ses jambes sont collées entre elles et difficilement dissociables.

- **Représentation corporelle** : au niveau de son schéma corporel, Mme T. possède une bonne connaissance topologique des parties du corps : elle arrive à nommer et montrer les parties que je lui montre ou que je lui demande de me montrer. Au niveau de ses repères proprioceptifs, elle arrive à nommer les yeux fermés les parties de son corps que je touche (à l'exception d'une confusion au niveau de la partie inférieure de son corps entre le mollet, la cheville et le talon. Cette confusion peut être due au peu de mouvement présent dans cette région). Lorsque je lui demande de dessiner un personnage, elle verbalise dans un premier temps une appréhension, puis elle commence l'acte graphique en effleurant la feuille avec son crayon. Elle tente de dessiner un personnage assis mais se heurte à des difficultés, elle finit par dessiner une personne debout. Sur son dessin²¹ je constate un personnage avec une enveloppe poreuse (discontinuité dans le contour du personnage), questionnant sur les propres perceptions de ses limites. Tout au long de ce bilan, je remarque un manque frappant de confiance en elle, de mésestime de soi. A de nombreuses reprises, au moment de réaliser les exercices, je l'entends me demander « mais vous pensez que j'en suis capable ? ». Elle a pu avoir des mots violents envers elle-même : « bête », « idiot », « sott » ...

²¹ Cf. *Infra*, Annexe III, p 99.

- **Orientation spatio-temporelle :** Mme T. conserve une bonne orientation spatio-temporelle. Elle arrive à se déplacer de façon autonome dans la structure et s'y repère bien. Au niveau de ses repères temporels, elle peut avoir des oublis mnésiques de l'heure du rendez-vous mais arrive à le retenir si le rendez-vous a lieu régulièrement. Par exemple, elle se souvient très bien que tous les jeudis matin à 10h elle a rendez-vous chez la coiffeuse au rez-de-chaussée de l'établissement. Pour le groupe « équilibre et prévention des chutes », elle a réussi à automatiser le rendez-vous à partir de la septième semaine.

- **Fonctions cognitives :** au test de l'horloge²², Mme T. obtient un score de 0/7, montrant de réelles difficultés. Cependant, elle réussit l'épreuve de copie de formes géométriques. Cela met en évidence des difficultés non pas visuo-constructives mais reliées aux fonctions exécutives (planification, visualisation mentale de l'horloge...). Ces difficultés sont à mettre en lien avec son syndrome anxio-dépressif affectant ses fonctions exécutives. Au niveau mnésique, des difficultés dans le rappel différé sont à noter : Mme T. a eu besoin d'un rappel indicé par reconnaissance afin de retrouver les trois mots à retenir mettant en évidence des difficultés au niveau de la récupération. Au vu de son score de 29/30 au MMS, nous pouvons écarter une atteinte des fonctions mnésiques. Le score chuté de l'épreuve des trois mots serait en lien avec son syndrome anxio-dépressif, créant des difficultés attentionnelles qui impactent ses capacités de restitution. Mme T. continue de lire la presse quotidienne, elle se tient informée de l'actualité dans le monde, ce qui constitue une bonne stimulation cognitive.

- **Conclusion :** j'ai pu constater chez Mme T. une hypertonie bien marquée, une motricité entravée par la douleur mais également par la peur, une absence d'expérience de la verticalité et des fonctions exécutives impactées par son syndrome anxio-dépressif. Au cours de cette séance d'évaluation psychomotrice j'ai surtout rencontré une dame qui n'a plus du tout confiance en ses capacités et en son corps qui l'a « trahi » à plusieurs reprises (chutes, pathologies...). En découle une image du corps affectée par toutes ces modifications et une recherche à travers nos mots et nos regards d'une revalorisation, une réassurance qu'elle ne peut s'accorder à elle-même. En accord avec ma maître de stage, je décide de proposer à Mme T. que l'on se rencontre une fois par semaine pour une séance de relaxation afin de lui offrir un espace de détente. Les séances sont orientées autour de axes suivants :

- Une recherche de détente musculaire afin de lui apporter une plus grande fluidité et moins de rigidité dans ses mouvements.
- Une redécouverte du corps autre que corps douleur, mais corps plaisir.
- Une revalorisation en lui montrant toutes ses possibilités conservées.
- Un accompagnement vers une détente psychique afin d'apaiser ses états d'anxiété.

²² Cf. *Infra*, Annexe III, p. 99.

L'accompagnement en psychomotricité :

A partir de janvier 2020, je commence à voir Mme T. en individuel, tous les jeudis, de 16h15 à 17h, pour une séance de relaxation. La méthode initialement proposée est la méthode de relaxation de Wintrebert, permettant à Mme T. de redécouvrir les possibilités de mouvement de son corps. Voici quelques extraits de séance :

16 janvier 2020 : il s'agit de la première séance de relaxation de Mme T. Celle-ci se déroule dans sa chambre. Après avoir expliqué brièvement ce que j'allais lui proposer, Mme T. s'installe sur son lit en réalisant seule son transfert. Ses jambes ne sont pas entièrement allongées, elles conservent une certaine flexion au niveau des genoux à cause de la douleur. Je lui installe une couverture roulée sous ses genoux afin qu'elle puisse relâcher ses muscles. Après un temps d'écoute corporelle, je commence à mobiliser ses membres supérieurs, en suivant le protocole de relaxation de Wintrebert. Très rapidement je sens une gêne monter en moi : je ressens une grande froideur se dégageant du corps de Mme T., ainsi qu'une rigidité dans la mobilisation de ses membres. Immédiatement une image surgit à mon esprit : celle d'un corps mort. De cette gêne je ne sais pas ce que Mme T. a perçu mais elle m'a paru peu à l'aise. En effet, au fur et à mesure de la séance, je ne ressens pas de détente de sa part. Ses yeux restent grands ouverts pendant les quarante-cinq minutes, fixant le plafond. Je note également de nombreuses déglutitions que j'associe à de la gêne ou du stress. Au bout d'un moment, ne me sentant pas du tout adaptée dans cette proposition, j'arrête les mobilisations passives et commence un toucher enveloppant au niveau des membres inférieurs. Une fois la séance terminée, je propose à Mme T. d'échanger autour de ce que nous venons de vivre. Elle exprime un ressenti tout à fait différent du mien, exprimant même un moment agréable. Je me questionne alors sur ce discours : est-ce qu'elle verbalise cela afin de me faire plaisir ? A-t-elle réellement éprouvé de la détente au cours de cette séance ? Et dans ce cas je note une dissociation entre son corps et son vécu rapporté car son corps n'a rien laissé transparaître d'un moment de détente. En y repensant, je me rends compte que le cadre n'était pas spécialement adapté pour une première séance de relaxation : Mme T. était installée dans son lit, espace dédié au sommeil mais je ne sais pas comment Mme T. vit son sommeil : est-ce que le moment de l'endormissement est source d'angoisse chez elle, comme cela peut être le cas chez certaines personnes anxio-dépressives ? Je n'ai installé aucune ambiance sonore, laissant Mme T. dans un silence pouvant renvoyer à une angoisse de vide. En dehors de ce questionnement concernant mon cadre thérapeutique, je me suis également interrogée sur la façon dont Mme T. vit son corps et comment cela se reflète sur sa motricité. En effet, j'ai l'impression qu'elle est envahie par une peur de bouger et qu'elle désinvestit totalement son corps et ses sensations, s'enfermant dans une carapace tonique comme pour se protéger, mais de quoi ?

23 janvier 2020 : à la suite de cette première séance qui m'a laissé plutôt dubitative, je propose à Mme T. de nous retrouver dans la salle snoezelen. C'est la première fois qu'elle entre dans cette salle, mettant toute sa curiosité en éveil. Beaucoup de questions lui viennent alors : qu'est-ce que cela veut dire ? Quel est le principe ? Comment cela fonctionne-t-il ? Mme T. intellectualise beaucoup les choses, elle a besoin d'y mettre un sens. Je lui propose de lui mettre un fond sonore : cette dernière me demande de l'opéra italien. Une fois l'environnement installé, je commence les mobilisations passives. Petit à petit je sens une ambiance différente que la semaine précédente : Mme T. semble prendre davantage de plaisir et se laisse aller à une détente « psychique » : son corps est toujours tonique, avec une participation dans les mobilisations, mais cette dernière semble plus apaisée, son regard est captivé par les différentes lumières, elle fredonne l'air d'opéra. Je la sens présente dans le moment mais pas focalisée sur ce que je lui fais. Petit à petit ses yeux commencent à se fermer, son tonus se relâche jusqu'à une absence de sa participation dans les mobilisations. Cependant, à plusieurs reprises, Mme T. va se « réveiller » en sursaut, verbalisant des secousses parcourant son corps, non pas des décharges comme lorsque son arthrose lui fait mal mais plus comme un sursaut de surprise.

Lors des séances suivantes, je note un changement dans le comportement de Mme T. Elle se laisse moins aller à la détente : dès qu'elle commence à entrer dans une phase plus profonde, elle en ressort en me posant des questions. J'ai interprété ses interrogations comme une façon de ne pas lâcher prise et de garder le contrôle sur son état de vigilance afin de ne pas revivre ces sursauts qui ont paru la déstabiliser. C'est alors que je me suis questionnée sur l'intérêt de poursuivre des séances de relaxation avec Mme T. : ces séances viennent peut-être la mettre en difficulté en réveillant des éléments refoulés dans son inconscient, faut-il alors continuer la relaxation ou arrêter afin de ne pas déstabiliser son équilibre psychique instauré ?

2.3. *Mme D. : bouger pour exister*

Notre rencontre :

Je rencontre Mme D. également dans le cadre du groupe « équilibre et prévention des chutes », elle y participe en même temps que Mme T. Je vois une dame arriver d'un pas décidé et dynamique. Ses cheveux blancs et bouclés rebondissent autour de ses oreilles. Sa bouche dessine un sourire. Toujours bien apprêtée, Mme D. porte généralement une jupe ainsi qu'un chemisier élégant. Le poids de l'âge est porté par ses épaules un peu recroquevillées, le dos courbé. Je rencontre une dame très dynamique et fière de le montrer. Mme D. est porteuse du groupe en y impulsant son dynamisme. Elle aime nous rappeler son âge qui semble prendre une place importante pour elle : 92 ans, entre fierté et inquiétude : « ce n'est plus de mon âge ». Mme D. est autonome dans son quotidien, elle accorde une attention particulière au fait de se débrouiller seule : elle fait elle-même son lit, range ses affaires, participe au service du repas...Elle tient à garder le contrôle sur son environnement. De premier abord, Mme D. a l'air

d'une femme sans difficulté particulière et à l'aise dans ses mouvements et dans son corps.

Histoire de vie :

J'ai échangé avec Mme D. le temps d'un instant pour que cette dernière me retrace les éléments importants de sa vie. Elle me parle alors longuement de ses études supérieures de sténodactylo. Une fois son certificat d'étude obtenu, elle a travaillé tout au long de sa carrière au ministère des armées en tant que dactylo puis en tant que secrétaire. Elle y a pris beaucoup de plaisir au sein de ce travail et y a également consacré beaucoup de temps. Cette identité professionnelle semble prendre une place importante pour elle. Mme D. s'est mariée et a eu un enfant, décédé en 2012 de la maladie de Charcot. Elle parle peu de son fils décédé mais évoque à de multiples reprises sa belle-fille ainsi que ses deux petits-enfants et ses quatre arrière-petits-enfants. C'est d'ailleurs sa belle fille qui lui a trouvé sa place au sein de l'EHPAD. Lorsque je questionne Mme D. sur les raisons de sa venue ici et de comment elle le vit, elle exprime un plaisir d'être là. C'est la solitude ainsi que sa maison devenue trop grande et trop dangereuse qui l'ont conduit à l'institutionnalisation. Mme D. ne semble pas avoir conscience des raisons premières qui ont incité sa belle-fille à lui trouver une place en EHPAD. Dans son dossier il est noté qu'elle est arrivée en août 2019 (soit un mois avant notre rencontre) à cause d'un début de désorientation spatio-temporelle, des troubles de la mémoire et des troubles du comportement (irritabilité et agressivité).

Antécédents médicaux :

Au cours de l'échange, je constate une confusion de sa part sur sa situation actuelle. Au travers de ses propos j'ai parfois l'impression qu'elle confond l'EHPAD et son lieu de travail : « ma collègue est partie en vacances, c'est pour cela que je suis là », « je m'en irais samedi » ...Ce qui questionne effectivement ses repères spatio-temporels. A son entrée dans l'établissement, un diagnostic de trouble cognitif d'origine mixte²³ ainsi qu'un syndrome anxio-dépressif lui sont posés. Au niveau de son autonomie dans la vie quotidienne, Mme D. est évaluée en GIR 4, reflétant une certaine autonomie. D'un point de vue somatique, cette dernière souffre de problèmes digestifs²⁴ qui lui vaut d'être régulièrement dérangée par son transit, l'empêchant même parfois de participer à ses groupes thérapeutiques. Depuis quelques temps, de l'arthrose apparaît au niveau de son épaule droite, rendant douloureux le mouvement.

²³ La nature de ses troubles cognitifs n'a toujours pas été éclaircie véritablement. On observe chez elle des troubles associant les conséquences de lésions vasculaires et d'une atteinte neurodégénérative de type Alzheimer.

²⁴ Il s'agit plus précisément d'une colopathie, c'est à dire une maladie chronique affectant le côlon et provoquant chez le malade des ballonnements, des douleurs abdominales, des diarrhées ou une constipation chronique.

Évaluation psychomotrice :

Lors des séances du groupe « équilibre et prévention des chutes », Mme D. m'interpelle par son impulsivité motrice pouvant la mettre parfois dans des situations insécures, risquant le déséquilibre. Je décide de lui faire passer quelques items d'évaluations psychomotrices afin d'observer ce qu'il pourrait être pertinent de travailler avec elle par la suite.

- **Régulation tonique** : les mouvements de Mme D. sont rapides et précipités. Ils la mettent presque en danger par moment, sans que celle-ci ne s'en rende compte, exprimant une certaine tonicité dans son action. Lors des mobilisations passives, Mme D. participe activement au mouvement, rendant difficile l'observation de son tonus de fond. Au cours de la marche je constate cependant un faible ballant des bras révélant une hypertonie de fond.

- **Coordination générale** : Mme D. se déplace seule, sans aide technique. J'observe une marche à petits pas avec un bassin en légère rétroversion. Les demi-tours sont des moments de déséquilibre et sont réalisés de façon peu adaptée et peu harmonieuse (petits pas, croisements de jambe, rapidité d'exécution). Elle réalise très bien ses transferts assis-debout / debout-assis. Des douleurs au niveau du cou et de l'épaule droite perturbent sa motricité et l'amplitude de ses mouvements. Son équilibre bipodal et unipodal est stable, cependant elle peut vite perdre l'équilibre au quotidien par sa précipitation. Elle a d'ailleurs chuté un jour en enfilant ses chaussures, chute sans conséquence physique et qui l'a fait rire. Mme D. exprime alors une incompréhension sur les raisons de cette chute, s'agissant pour elle de sa première (or elle a déjà chuté à plusieurs reprises selon son dossier). Mme D. n'a donc pas conscience de ses prises de risque.

- **Représentation corporelle** : Mme D. parvient à me montrer certaines parties de son corps sans difficultés. Cependant lorsque je lui demande de me nommer les parties que je lui montre, elle manifeste des difficultés à retrouver le nom de la partie concernée. Cela semble être plus dû à des difficultés mnésiques de restitution plutôt que de confusion au niveau de son schéma corporel. Mme D. ne semble pas ressentir les limites physiques imposées par l'âge (arthrose, ralentissement du mouvement, perte de réflexes) mais paradoxalement elle peut verbaliser des phrases telles que « ce n'est plus de mon âge », comme si l'âge pouvait être un frein à ses possibilités.

- **Fonctions cognitives** : à son arrivée dans l'institution, soit en août 2019, des tests gérontologiques sont réalisés par la psychologue de la structure. Le MMS révèle un score de 22/30 significatif d'un trouble cognitif à un stade léger. Elle obtient un score de 8/10 au test des cinq mots de Dubois mettant en évidence des difficultés de mémoire épisodique antérograde et un score de 2/7 au test de l'horloge, signe d'une apraxie visuo-constructive. Notons que ce score,

tout comme chez Mme T., peut être influencé par son diagnostic de syndrome anxio-dépressif affectant les fonctions exécutives. Ces résultats vont dans le sens d'une démence expliquant sa désorientation spatio-temporelle.

- **Orientation spatio-temporelle** : Mme D. rencontre des difficultés pour se repérer dans le temps et dans l'espace : elle ne parvient pas à donner la date du jour, ni l'endroit où elle se situe. Elle peut donner le nom de la ville (il s'agit de la ville où elle a toujours vécu) mais pas l'établissement. Elle perd également ses repères au sein de l'établissement. A plusieurs reprises j'ai retrouvé Mme D. errant dans les couloirs de son étage, se déplaçant sans but précis.

- **Capacités interactionnelles et communication** : Mme D. est en demande de relation. Elle a noué un lien particulièrement fort avec sa voisine de chambre avec qui elle entretient une relation « maternante » : elle prend soin de cette dernière, essayant de se montrer rassurante et stimulante, au risque de se montrer parfois envahissante avec l'autre sans qu'elle ne s'en rende compte. Sa relation à l'autre est parfois inadaptée dans le sens où elle ne s'accorde pas aux signaux que l'autre personne peut lui transmettre.

- **Conclusion** : c'est une dame d'un grand dynamisme que je rencontre, souriante et énergique. Elle prend soin de me montrer toute la palette de ses possibilités, comme pour essayer de me prouver (ou de se prouver à elle-même) qu'elle est encore capable de faire pleins de choses. Cependant, malgré toute son énergie, certaines difficultés ont pu transparaître telles qu'une motricité impulsive pouvant la mettre en déséquilibre, une faible écoute de ses limitations corporelles et des troubles cognitifs (désorientation visuo-spatiale, difficultés mnésiques, difficulté d'inhibition, troubles des fonctions exécutives)²⁵. Il m'a alors paru intéressant de proposer un travail axé sur ces différents points :

- Encourager l'investissement corporel au travers d'une écoute du corps.
- Découvrir une autre temporalité de mouvement que la sienne.
- Développer l'écoute de l'autre et la communication verbale, infra-verbale et émotionnelle en soutenant les interactions entre les résidents.
- Solliciter ses fonctions cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives et instrumentales).

²⁵ Aucun diagnostic n'a été établi à ce jour, mais au vu de ces observations, il pourrait s'agir possiblement d'un début de maladie d'Alzheimer puisqu'on retrouve chez Mme D. certains signes inauguraux : trouble de la mémoire épisodique antérograde, désorientation spatio-temporelle, atteinte des fonctions exécutives, certains troubles du comportement (agitation physique, impulsivité, instabilité psychomotrice, errance).

À la suite de ces observations réalisées à la fin du groupe « équilibre et prévention des chutes », il m'a semblé pertinent de continuer un suivi avec Mme D. autour du mouvement et notamment sur le rythme de son mouvement. Ce travail intervient toujours dans une dynamique de prévention des chutes, sa précipitation pouvant en être à l'origine. Je lui propose ainsi de participer au groupe « expressivité du corps ».

L'accompagnement en psychomotricité :

J'ai ainsi continué à suivre Mme D. tous les jeudi après-midi, à partir de janvier 2020 au cours des séances d' « expressivité du corps ». Il s'agit d'un groupe composé de quatre résidentes dont Mme D. L'intérêt de ce groupe pour cette dernière est de lui faire découvrir les possibilités de mouvement de son corps dans une autre temporalité que la sienne, en se basant sur la dynamique de groupe et la rythmicité plutôt lente des trois autres dames. L'objectif n'est pas tant de faire ralentir le mouvement, mais de permettre à Mme D. une écoute corporelle et de lui faire ressentir d'autres sensations afin qu'elle puisse sentir son corps vivant d'une autre façon que par le mouvement précipité. L'observation de son mouvement impulsif m'a fait réfléchir à une hypothèse : le vieillissement peut venir perturber tous les repères que les personnes âgées se sont construits au fur et à mesure de leur vie, venant faire rupture dans leur sentiment continu d'exister. Le fait de refuser le ralentissement psychomoteur imposé par l'âge peut-il être une façon de refuser ce vieillissement parfois difficile à accepter ? Ou alors s'agit-il d'une façon de se sentir vivant ? Le mouvement pourrait être alors une recherche de sensations, une façon de ressentir son action sur l'environnement. Au cours des séances de groupe, j'ai continué à m'interroger sur la rythmicité du mouvement chez Mme D. Voici l'extrait d'une séance m'ayant questionné :

6 février 2020 : la séance est orientée autour du rythme et notamment l'écoute du rythme de l'autre. Un des exercices consiste à ce que chaque participante propose à son tour un mouvement frappé (taper sur ses cuisses, dans ses mains, ...) que le groupe reprend ensemble. La proposition se complexifie par la suite : chacune propose un enchaînement de mouvements frappés (taper dans les mains puis au-dessus de sa tête, taper sur ses cuisses puis sur ses épaules...Chacun est libre d'exprimer sa créativité). Je constate Mme D. en difficulté dans cet exercice dès la première proposition. En effet, elle ne parvient pas à percevoir le rythme proposé, restant dans sa propre rythmicité rapide. Lors du second temps, la double consigne (reprendre le même rythme et le même enchaînement de mouvement) vient la mettre en difficulté : au niveau mnésique elle a du mal à se souvenir de l'enchaînement, ses difficultés lui font accélérer encore plus son allure. Cette séance m'a permis de constater que Mme D. semble avoir perdu tout repère avec la notion de temps, pas seulement le temps de sa journée, mais la structure même du temps. Je me questionne alors sur le lien entre la perception du rythme et ses troubles cognitifs : sa désorientation spatio-temporelle ne lui permet peut-être pas de

prendre conscience du temps et donc du rythme de son environnement. Mme D. peut alors se retrouver sans repère, ce qui peut se montrer anxiogène. Conserver la rythmicité de sa vie passée pourrait être une façon de garder un repère sur son environnement.

Nous l'avons vu au travers de ces quatre rencontres, le mouvement peut prendre une multitude de formes et est spécifique à chaque personne selon ses possibilités. Certains sont dans un mouvement permanent et dynamique, d'autres dans un mouvement plus lent et difficile, entravé par la douleur, la peur ou le handicap. Il est primordial de conserver et d'enrichir ce mouvement afin de permettre au sujet un travail de conscience de soi, un travail qui s'élabore sur toute une vie.

Partie 2 : l'importance du mouvement dans la mise en place et le maintien de la conscience de Soi

Pour Antonio Rosa Damasio, la conscience « *a été inventée pour que nous puissions ressentir la vie* » (Damasio, 1999, p. 40). Selon lui, la base de la conscience reposerait sur le « proto-soi », une structure neuronale détectant et enregistrant les changements physiques internes, permettant une représentation inconsciente des états corporels. Le premier niveau de conscience, la « conscience noyau », correspond au passage de l'inconscient au conscient de cette représentation et définit le Soi central. Il permet à l'individu de se sentir présent dans l'ici et le maintenant, sans tenir compte de son passé, ni de son futur. Cette conscience est sans cesse recrée en fonction des objets avec lesquels l'organisme interagit. L'archivage de ces expériences donne accès à la « conscience étendue » qui connecte le Soi central aux souvenirs autobiographiques et aux perspectives d'avenir. Cela donne lieu à ce que A.R. Damasio nomme le Soi autobiographique qui inscrit l'individu à un instant « t » de son histoire. Il permet la continuité de la pensée, la possibilité de relier les événements entre eux et organise le raisonnement et la prise de décision. Ces trois niveaux de Soi s'étayent les uns sur les autres et permettent d'aboutir au sentiment de Soi.

En reprenant A.R. Damasio, pour qui la base de la conscience est tout d'abord neuro-physiologique, nous allons voir en quoi le mouvement est nécessaire dans l'émergence de la conscience de Soi, c'est à dire la conscience d'exister en tant qu'être à part entière, distinct et différent de l'autre, servant de base au processus d'individuation.

1. Le mouvement dans la construction de Soi

Lorsque l'enfant vient au monde, il se trouve dans un état symbiotique avec sa mère : ces deux êtres n'en font qu'un. Petit à petit leurs deux corps vont se différencier grâce au mouvement de l'un et de l'autre, permettant d'aboutir à une certaine conscience de Soi.

1.1. De quel mouvement parlons-nous ?

Le mouvement est la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture (relation des parties entre elles) soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. Il est plus ou moins finalisé, plus ou moins volontaire ou réflexe, plus ou moins automatisé, plus ou moins conscient. (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2011, p. 162)

Cette définition nous illustre la multitude de formes que peut prendre le mouvement : parcellaire ou global, volontaire (dans ce cas-là nous parlons de geste) ou inconscient (nous parlons de réflexe), laissant transparaître une notion de changement, de transformation et mettant en mouvement les différentes composantes de l'organisme : muscles, ligaments, tendons, articulations, os. Mais le mouvement n'est pas uniquement locomoteur. Dans cet écrit je vais vous parler du mouvement moteur, du mouvement qui modifie la forme du corps, mais également du mouvement perceptif, du mouvement communication, du mouvement émotionnel et relationnel. « *Il s'agit donc d'un corps mouvant, relié, expressif, support d'une identité.* » (Lesage, 2012, p. 10)

Le mouvement est tout d'abord neuro-physiologique. Le système nerveux central, chef d'orchestre du corps humain, commande et contrôle le mouvement volontaire grâce au système pyramidal que l'on retrouve au niveau cortical (l'aire motrice primaire aidée de l'aire pré-motrice et l'aire motrice supplémentaire) et au niveau sous-cortical (striatum, pallidum, noyaux sous-thalamique). Pour ce faire, l'aire motrice primaire envoie des informations aux muscles effecteurs via la voie descendante. Ce sont les Fuseaux Neuro-Musculaires (FNM) du muscle squelettique effecteur qui reçoivent l'information et modulent la contraction du muscle, mettant en mouvement le squelette autour des articulations. Cependant, « *les relations du système locomoteur avec le système nerveux ne sont pas seulement d'un décideur vers un effecteur mais plutôt celles de partenaires pour lesquels les câblages neuro-moteurs sont des réelles coordinations* » (Servant-Laval, 2018, p. 18). Le système locomoteur envoie des informations sensorielles captées lors du mouvement, au système nerveux afin que ce dernier puisse programmer le mouvement le plus adapté possible et enregistrer, grâce à la plasticité cérébrale, les possibilités motrices de l'individu.

Le mouvement ne serait rien sans son support tonique. Le tonus vient du grec *tonos* signifiant tension et correspond à « *un état de tension permanente des muscles : tension active, involontaire, variable dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui le renforcent ou l'inhibent* » (Carric, 2001, p. 189). Trois niveaux de tonus sont répertoriés : le tonus de fond (également appelé basal ou passif), correspond à un état de légère contraction permanente et involontaire des muscles au repos suite à la stimulation continue du nerf moteur. Il assure une cohésion de l'ensemble du corps à l'aide des fascias²⁶, formant une enveloppe tonique, une « *contenance de soi-même* » (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2011, p. 155). Le tonus de posture correspond à la tension musculaire minimum pour maintenir une posture, une attitude. Le tonus d'action quant à lui représente l'ensemble des variations de tension musculaire destinées à préparer et soutenir le mouvement. Tonus et mouvement sont

²⁶ Il s'agit d'un tissu conjonctif fibro-élastique formant des enveloppes continues plus ou moins profondes autour des différents systèmes de l'organisme, créant un lien dans l'ensemble du corps.

donc indissociables. Au-delà de sa fonction de maintien et de support du mouvement, le tonus est également en lien étroit avec les émotions. Pour Henri Wallon, les émotions sont « *une formation d'origine posturale et elles ont pour étoffe le tonus musculaire* » (Wallon, 1934, p. 130). Mouvement, tonus et émotion sont donc directement reliés. Le mouvement peut d'ailleurs se définir comme « *la faculté de se mouvoir* » (cnrtl, s.d), du latin *movēre* : remuer, agiter, pousser, émouvoir. Son étymologie est partagée avec le mot « émotion », provenant du latin *ex* qui peut se traduire par « en dehors », et *movere* : « mettre en mouvement ». Les émotions sont une mise en mouvement vers l'extérieur de la vie affective du sujet. Elles posent leur empreinte sur le corps et le mouvement de la personne : la main tremblante lors d'une situation stressante par exemple, la crise de rire qui nous « tord en deux » ou encore la tristesse qui nous abat.

C'est par le dialogue tonico-émotionnel, notion élaborée par Julian De Ajuriaguerra, après avoir repris les travaux d'H. Wallon, que ces états émotionnels sont transmis à l'autre. « *Le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre.* » (Bachollet, Marcelli, 2010, p. 14) L'enfant qui n'a pas encore accès au langage (nommé *infans* par Sigmund Freud) s'exprime par des manifestations corporelles : cris, pleurs, gazouillis, etc. Cela engendre des variations toniques prenant sens grâce à autrui : c'est la mère qui interprète et comprend ces réactions expressives. Celles-ci ont valeur de dialogue seulement si elles sont écoutées par l'autre. Ce mouvement « *tonique* » est le dialogue privilégié entre la mère et l'enfant. Cependant, tout au long de la vie, le tonus sert de communication. Il donne une forme au corps, une expression : un individu en colère par exemple pourra l'exprimer par un niveau de tonicité élevé, des mouvements rapides, un visage fermé et sérieux, laissant transparaître son émotion.

Le mouvement est également sensation : bouger éveille nos sens : sentir le vent contre sa peau, le frottement de ses vêtements, entendre le bruit de nos pas... Alain Berthoz va plus loin et parle du mouvement comme un organe de perception, un sixième sens : le sens du mouvement ou la kinesthésie. Il explique que notre organisme est composé de multiples capteurs imperceptibles : des capteurs de longueur et de force dans les muscles, de rotation dans nos articulations, de pression et de frottement dans la peau, ainsi que cinq capteurs situés dans l'oreille interne (utricule, saccule et trois canaux semi-circulaires) mesurant les mouvements de la tête (Berthoz, 2008, p. 32). Benoît Lesage intègre ce sixième sens au sein de la proprioception qu'il définit comme :

L'intégration de l'ensemble des perceptions de posture ou de mouvement du corps, [...] c'est à dire tout ce qui est capté par les récepteurs logés dans les muscles, articulations, ainsi que celles de l'appareil vestibulaire qui confèrent le sens de la position relative des parties du corps entre elles et la position absolue dans l'espace. (Lesage, 2012 p. 22)

La motricité de l'homme est ainsi perceptive : elle lui permet de sentir et percevoir son corps au sein de son environnement, de l'orienter et d'en faire un outil pour agir sur le monde.

1.2. La connaissance du corps par l'action et la relation

« L'enjeu du développement pour l'enfant est l'appropriation de son propre corps. »

(Gauthier, cité par Potel, 2015a, p. 131)

Le mouvement, au sens large, permet à l'enfant dans un premier temps de prendre conscience de son propre corps, de ses limites, de ses possibilités, de s'élaborer ce que Geneviève Haag nomme un Moi corporel. Il s'agit d'une étape nécessaire dans la constitution du Moi. Le Moi corporel peut être défini comme un sentiment de Soi qui se construit sur la base de la perception du corps au travers des expériences motrices, sensorielles et relationnelles. Il se développe progressivement et évolue tout au long de la vie.

1.2.1. L'expérience sensorimotrice.

“Habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confronté le bébé dans son développement. Dans sa période dite sensori-motrice, le bébé apprend à habiter son corps, mais il en fait aussi un moyen d'action sur son milieu humain et physique. » (Bullinger, 2007, p. 151)

Jean Piaget est le premier à employer le terme de « sensori-motricité ». Il parle plus précisément de la période de l'intelligence sensori-motrice, premier stade de développement de l'intelligence durant les dix-huit premiers mois de vie de l'enfant. A cette période, ne possédant encore ni le langage, ni d'autres formes de symbolisme, l'enfant découvre son monde à l'aide de sa motricité et de sa sensorialité. J. Piaget parle d'une intelligence pratique : l'enfant vit d'abord son corps avant de se l'approprier. Cette période prend fin lorsque l'enfant accède à la fonction symbolique lui permettant de se représenter l'objet à l'aide de mots ou de symboles.

Au tout début de sa vie, l'enfant subit son corps : sa motricité est spontanée et réflexe, guidée par sa tonicité qui est son unique recours pour exprimer ses sensations : l'hypertonie pour exprimer le désagréable, l'inconfort et l'hypotonie pour l'agréable, la satisfaction. L'enfant ne possède pas encore la maturation neuronale²⁷ nécessaire pour réguler par lui-même ses états toniques²⁸ : il est dépendant de son environnement qui, au travers des soins de maternage, vient donner du sens et apaiser ses tensions. *« La mère surgit ou est convoquée pour mettre de l'ordre dans le chaos d'un corps désorganisé par la tension anarchique liée à l'inconfort des besoins organiques en attente de satisfaction. »* (Lesage, 2012, p. 33) Donald Woods Winnicott parle de la mère *« suffisamment bonne »* venant réguler l'intensité des excitations qui parviennent au bébé au travers de sa fonction pare-excitatrice. Cette pare-excitation passe par les fonctions

²⁷ Sa motricité est orchestrée par la région sous-corticale.

²⁸ La tonicité de l'enfant est encore divisée entre une hypertonie périphérique et une hypotonie axiale.

maternelles que sont le *handling* (les soins prodigués à l'enfant, la satisfaction des besoins primaires), le *holding* (le portage physique et psychique de l'enfant) et l'*object-presenting* (la mère apporte au bon moment l'objet à l'enfant en lui donnant l'illusion qu'il le crée, lui permettant l'expérience de la toute-puissance) (Lefèvre, 2011, p. 31-33). Ces soins adaptés vont permettre à l'enfant de percevoir une première ébauche d'enveloppe corporelle : l'enfant habite son corps, il ne le subit plus mais le vit.

Petit à petit, la maturation neurologique de l'enfant permet la disparition de la motricité réflexe au profit d'une motricité volontaire corticale ainsi qu'une harmonisation du tonus : sa tonicité périphérique diminue et sa tonicité axiale augmente, offrant un meilleur contrôle moteur et plus de possibilités d'explorations motrices. C'est d'ailleurs durant cette période que l'enfant va passer par les différentes étapes des NEM. L'enfant commence à vouloir agir sur son monde, il n'est plus dans un hasard du mouvement mais dans un geste motivé et dirigé vers un but à atteindre. Véritable enrichissement corporel, cette période permet à l'enfant de se construire petit à petit une représentation unifiée de son corps au sein d'un environnement constant : l'enfant acquiert la permanence de l'objet vers ses huit mois, lui permettant de gérer sa frustration en l'absence de l'objet. Cette permanence est permise par l'intersensorialité, notion développée par J. Piaget :

Les différents espaces sensoriels (visuel, sonore...) et moteur vont se coordonner et permettre au bébé d'évoluer vers une certaine intentionnalité. C'est comme cela que le bébé va être amené à concevoir l'objet ou la personne dans sa globalité et donc à se créer des représentations concrètes du monde dans lequel il évolue. (Bekier, Guinot, 2011, p. 98)

Au travers de ses expériences sensori-motrices, toniques et relationnelles, l'enfant se perçoit comme un tout articulé et mobile au sein de son environnement permanent. Cette construction corporelle permet à l'enfant d'habiter son corps. Pour Maurice Merleau-Ponty : « *c'est par la perception externe et l'aperception (prise de conscience, appréhension) des sensations tactiles, visuelles, et kinesthésiques que l'unité du corps s'élabore. Le sentiment d'être un soi, le ressenti de ses potentialités, anticipent le sentiment d'identité intellectuelle.* » (Personne, 2011, p. 36) Ces expériences sont un premier pas vers la conscience de Soi et sont soutenues par la présence de l'autre au travers de ses soins, ses mots, son toucher mais également son regard.

1.2.2. Le stade du miroir.

« *Pour faire un corps, il faut un organisme vivant et une image.* » (Are, 2011, p. 64)

C'est le stade du miroir (6-18 mois), développé par Jacques Lacan, qui va permettre cette émergence de l'image de Soi : l'enfant passe d'un éprouvé archaïque de morcellement à un Soi unifié et différent d'autrui. Au début il y a une confusion entre Soi et l'Autre : l'enfant s'identifie à l'image de l'adulte présent à côté de lui. « *C'est le même espace qui unit et sépare [...]. On passe du senti au vu, le corps de l'autre est un corps vu qui aide à unifier son propre corps...L'enfant peut alors unifier sa mosaïque interne par rapport au corps de l'autre utilisé comme miroir.* » (Berger, 2005, p. 104) Le mouvement de l'Autre dans le miroir fait comprendre à l'enfant que l'Autre du miroir n'est peut-être pas réel mais bien une image. Grâce à ses explorations motrices devant le miroir, accompagnées par le langage de cet Autre : « regarde, c'est toi ! », l'enfant comprend que le reflet dans le miroir est le sien, offrant une perception de lui unifiée, une perception de son corps propre²⁹. Cette construction d'unité corporelle forme pour J. Lacan l'image spéculaire, image qui servira de modèle à la construction du Moi sujet. Il s'agit d'un stade fondateur de la fonction du « Je » et de l'accès au langage, le corps étant aussi ce qui s'en dit. D.W. Winnicott s'est également intéressé à ce stade. Il attribue la fonction de miroir au regard de la mère. « *Dans le développement émotionnel de l'individu, le précurseur du miroir est le visage de la mère [...] qu'est-ce que le bébé voit lorsqu'il regarde le visage de sa mère ? Je suggère qu'ordinairement ce que le bébé voit, c'est lui-même.* » (cité par Lehmann, 2007, p. 46) Par son regard englobant et bienveillant, la mère apporte cette unification à son enfant, lui permettant par la suite de s'ériger dans son organisme.

1.2.3. L'émergence de l'axe corporel.

D'un point de vue anatomique l'axe corporel est modélisé par la colonne vertébrale, mais il serait réducteur d'associer l'axe à une juxtaposition de vertèbres sans tenir compte de son rôle fondamental dans la construction corporelle. Pour Benoît Lesage « *l'axe n'est pas un des éléments de l'édifice corporel, il est la condition de son unification et de son orientation* » (2012, p. 158). Son intégration permet de percevoir et d'organiser l'espace comme un tout unifié, rendant possible la spatialisation du corps et la libération des conduites exploratoires. L'enfant réalise une première expérience de son axe lorsqu'il passe d'une position asymétrique (également appelée position de l'escrimeur) à son opposé. Par le phénomène de répétition, l'enfant va percevoir qu'il évolue non pas dans un monde clivé en deux espaces : le droit et le gauche, mais dans un seul et même environnement. Grâce à la maturation de son système nerveux central, sa tonicité axiale se renforce vers le sixième mois, tandis que la tonicité de ses membres se régule, permettant à l'enfant une harmonie tonique à l'origine de ses premières coordinations telles que l'enroulement et la posture assise. L'enfant explore alors le

²⁹ Il faut également prendre en compte la maturation neurologique de l'enfant : la perception visuelle de l'enfant est mature seulement vers ses six mois, permettant la reconnaissance de forme humaine.

redressement dans l'espace, la verticalité, lui offrant un autre regard sur son environnement et la possibilité de manipuler les objets.

Cependant, l'axialité n'est pas uniquement une affaire de locomotion, elle permet également de structurer le psychisme. Par l'intégration de son axe, l'enfant peut sortir du stade de « *l'ambivalence affective* » (Robert-Ouvray, Servent-Laval, 2011, p. 173). Il réunit les éléments de sa vie psychique au sein d'une même enveloppe : il s'agit de la théorie de l'étayage psychomoteur développée par Suzanne Robert-Ouvray. La bonne mère et la mère absente sont ainsi la même personne, tout comme l'agréable et le désagréable, le dur et le mou sont réunis sous une même entité. L'enfant sort du phénomène de l'introjection/projection et progresse dans la distinction soi/non-soi. Ainsi, « *l'intégration psychique de l'axe corporel s'accompagne d'une intégration de l'axe psychique* » (Robert-Ouvray, Servent-Laval, *Ibid*), permettant à l'enfant de se tenir seul dans son espace psychique. L'intégration de son axe comme support à la fois physique et psychique permet à l'enfant d'organiser son corps comme une entité, de se situer tel un sujet désirant et communiquant, pouvant interagir avec son environnement.

Les premières expériences corporelles que l'enfant réalise, soutenu par le corps d'autrui, lui permet un premier niveau de conscience : celui de son corps distinct de l'Autre.

1.3. *La conscience corporelle étayée par la représentation du corps*

Les multiples expériences sensori-motrices vécues par l'enfant se rassemblent sous une même enveloppe physique : le schéma corporel, que j'associe avec l'image du corps sous la notion de représentation du corps. Cette structuration corporelle donne sens aux perceptions de l'enfant car l'expérience corporelle a besoin de s'organiser dans une unité pour être pensée. Dans cet écrit je me place dans la vision d'Eric Pireyre (2015), en parlant non pas des représentations du corps, différenciant le schéma corporel de l'image du corps, mais je parle d'une représentation du corps comme image composite, rassemblant le schéma corporel et l'image du corps sous une même entité. Il est cependant intéressant d'évoquer les multiples théories élaborées sur ces notions complexes. Il s'agit de notions au carrefour de diverses disciplines telles que la phénoménologie, la physiologie, la psychanalyse, ou la neuropsychologie et ayant fait l'objet de discussion de nombreux auteurs s'appuyant sur leurs observations cliniques afin de théoriser ces concepts³⁰.

³⁰ J'ai choisi de cibler mon travail autour d'auteurs m'ayant tout particulièrement interpellé, comme Paul Schilder, Françoise Dolto et Eric Pireyre. Il est cependant important de préciser que nombres d'auteurs ont enrichi les travaux de ces derniers et ont poursuivi la recherche, tels que André Bullinger, Geneviève Haag ou encore Julian De Ajuriaguerra.

Le questionnement de départ était purement physiologique : « *Si l'organisme vivant connaît le monde extérieur par des sensations provoquées dans les organes des sens par des stimuli externes, quelles sont les sensations ou plus exactement quelle est la fonction sensorielle qui permet à chacun de connaître son propre organisme ?* » (Bernard, 1995, p. 18) Les physiologistes Johann Christian Reil, Gaston Bonnier, ou Henry Head apporteront un début de réponse à cette question. Mais c'est Paul Schilder qui se rapproche le plus de la notion de schéma corporel que nous connaissons aujourd'hui. Il le conçoit comme « *une structure perceptive et active enrichie sans cesse par l'expérience* » (Bernard, 1995, p. 28). Il révolutionne ce concept par l'apport d'une dimension psychanalytique en se basant sur les fondements de la psychanalyse freudienne (S. Freud n'a cependant jamais parlé de schéma corporel). Pour S. Freud, le corps est composé d'un ensemble de zones érogènes, notamment autour des orifices (oral, anale, génital), lieu d'excitation sexuelle. Chaque individu, selon son histoire, privilégie une zone érogène : il parle de structure libidinale. Pour P. Schilder, « *tout ce qu'il peut y avoir de particulier dans les structures libidinales se reflète dans la structure du modèle postural du corps* » (Bernard, 1995, p. 30). Le schéma corporel ne serait pas seulement physiologique comme l'ont pensé ses prédécesseurs mais aussi libidinal. Or, il est difficile d'unifier deux concepts tant éloignés que sont le modèle physiologique qui conçoit le corps comme une forme constituée par la perception de sensations, et le modèle psychanalytique de S. Freud qui parle du corps comme « *une mosaïque de zones érogènes soumises à l'anarchie incessante de stimulations variées et fortuites de la libido* » (Bernard, 1995, p. 31). De ce constat va naître le concept d'image du corps. Cependant P. Schilder n'est pas très clair concernant la distinction entre ces deux notions : « *le schéma corporel, [...] 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.* » (cité par Guiose, 2007, p. 91)

La psychanalyste Françoise Dolto, quant à elle, réalise une réelle distinction entre la notion de schéma corporel et d'image du corps. Pour elle, le schéma corporel est commun à une espèce, il est à peu près similaire pour chaque individu. Il « *se structure par l'apprentissage et l'expérience, il réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate. Le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace* » (Dolto, 1984, p. 22). L'image du corps est quant à elle inconsciente. Il s'agirait d'une « *synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. L'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire* » (Dolto, *ibid.*). L'image du corps est composée de trois éléments : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. Ces dernières sont reprises par E. Pireyre dans son concept d'image composite du corps. Il paraît impossible pour ce dernier de séparer les notions de schéma du corps et image du corps, cela reviendrait à « *vouloir séparer le corps et le psychisme* » (Pireyre, 2015, p. 5), paradoxe de la psychomotricité. Il propose alors de se placer du côté de la clinique

psychomotrice et propose un nouveau concept : celui d'image composite du corps. Il élabore sa notion sur des éléments organiques et psychiques, traçant un trait d'union entre la conception physiologiste et psychanalytique.

Pour Eric Pireyre, l'image du corps serait composée de :

- **La sensation de continuité d'existence**, qui équivaut à la « conscience noyau » de A.R. Damasio et à l'image de base de F. Dolto. L'individu a la conviction que sa vie se prolonge à l'instant d'après, il ressent une « *mêmeté d'être* » (Dolto, citée par Pireyre, 2015, p. 39) lui permettant une continuité spatio-temporelle malgré les modifications qui affectent son corps. Cette continuité d'existence est permise par le fond de sécurité apporté par sa mère, par sa prévisibilité, source de sécurité interne.

- **L'identité** correspond à la « conscience étendue » d'A.R. Damasio et à l'image fonctionnelle de F. Dolto. Elle inscrit l'individu dans une temporalité de l'ici et maintenant grâce à la mémoire du passé et la projection du futur. La sensorialité, le dialogue tonique et le regard de la figure maternelle permettent au sujet de sentir ses limites entre le dedans et le dehors, entre soi et l'autre, permettant au sujet de prendre conscience de son identité distincte de l'autre.

- **L'identité sexuée** correspond à l'image érogène de F. Dolto : c'est le fait de se sentir homme ou femme, identité fondée sur « *les sensations corporelles, l'assignation, consciente et inconsciente, par les parents ainsi que des croyances subjectives et sociales* » (Pireyre, 2015, p. 71).

- **La peau** : la peau physique et « psychique » (renvoyant au concept de Moi-peau développé par Didier Anzieu) sont immatures à la naissance. C'est au travers de l'investissement de l'Autre et l'expérimentation que la peau va prendre sa fonction contenant à la fois du corps et de la psyché. La peau est également un lieu d'investissement libidinal, notamment autour des orifices.

- **La représentation de l'intérieur du corps** : os, muscles, articulations, viscères apportent eux-aussi des informations sensorielles indispensables à l'élaboration de son image du corps.

- **Le tonus** contrôle l'équilibre et la posture, donnant une forme au corps. Il se module en fonction de la maturation neuronale de l'enfant et de ses relations. Les particularités toniques sont alors des « *traces, inscrites dans le corps, des premières expériences relationnelles* » (Pireyre, 2015, p. 112).

- **La sensibilité somato-viscérale** ou **sensorialité** correspond à ce que les physiologistes nomment le schéma corporel. Les perceptions sensorielles étant variable d'un individu à l'autre,

la représentation qu'il va se faire de son corps lui est propre.

- **Les compétences communicationnelles du corps** sont importantes car l'image du corps se construit dans la relation et dans ce qu'on en dit.

- **Les angoisses corporelles archaïques**, telles que les angoisses d'effondrement, de liquéfaction, de morcellement, de vidage ou de dévoration peuvent ressurgir et interviennent dans l'image du corps en fonction de comment elles ont été surmontées au cours du développement.

La distinction schéma corporel et image du corps n'est donc pas simple, si distinction il y a. Il n'existe pas une réalité neurologique et une réalité psychique, « *il y a un va-et-vient nécessaire car il est impossible de rompre artificiellement l'unicité de l'individu* » (Guiose, 2007, p. 81). La représentation corporelle permet à l'individu de se représenter son corps unifié sous une enveloppe physique, lui assurant une sécurité interne, un point d'ancrage, une continuité corporelle dans le temps et l'espace. Mais peut-on limiter la conscience de Soi à cet abord corporel ?

1.4. De l'enveloppe physique à l'enveloppe psychique

La conscience de Soi ne se résume pas qu'à la conscience du corps : cela nécessite également un espace de pensée. L'image du corps, en tant que synthèse des expériences, serait ce liant entre la conscience corporelle et la conscience de Soi. Elle serait « *à la charnière du corps physique et du soi psychique* » (Montani, Ruffiot, 2009, p. 103), venant faire limite et assurer une cohésion psychique.

Pour S. Freud ³¹, chaque fonction psychique se construit sur une fonction corporelle. Nous connaissons sa célèbre citation : « *le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface.* » (OCFP, 2010, p. 270) Pour lui, le Moi serait composé d'une double enveloppe : une première superficielle constituée des sensations corporelles externes formant une barrière, une limite au corps, et une couche interne formant un contenu, lieu d'excitations endogènes (pulsions et désirs). Didier Anzieu reprend ce concept de Moi comme double feuillet pour élaborer sa notion de Moi-peau (1985). Il s'agit pour lui d'une « *figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* » (Anzieu, 1995, p. 29).

³¹ Je cible ici ma réflexion autour des travaux de S. Freud, cependant de nombreux autres auteurs ont également travaillé sur cette relation du corps comme support d'émergence du Moi. Nous pouvons citer Wilfried Bion et son « appareil à penser les pensées » (1982) ou encore Esther Bick et son concept de « peau psychique » (1967).

Prenons l'exemple de la tétée chez le bébé, expérience riche de sensations : contact du mamelon dans la bouche, sensation du lait qui coule à l'intérieur de soi, stimulations tactiles par le portage contre le corps de sa mère. Ces expériences de contact avec la mère, dans un cadre de relation sécurisante, permettent à l'enfant de distinguer une surface externe et une surface interne : la peau vient faire limite, contenant le plaisir de la tétée. La pensée trouve ainsi sa contenance au travers des neuf fonctions de la peau :

- **La maintenance** : il s'agit de l'intériorisation de la mère, de son *holding* maintenant le psychisme comme unité solide.

- **La contenance** : « le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique » (Anzieu, 1995, p. 100), venant contenir également l'énergie pulsionnelle.

- **La fonction pare-excitation** : tout comme l'épiderme protège l'organisme d'agressions physiques, l'enfant doit trouver « sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction » (Anzieu, *Ibid*), fonction qui n'est progressivement plus assurée par la mère.

- **L'individuation** : la peau est caractéristique de chacun de par sa couleur, sa texture, son grain, donnant la sensation d'être unique et différent de l'autre.

- **L'intersensorialité** : la peau est un organe de sens. Le Moi-peau serait l'instance psychique permettant de relier ces différentes sensations, permettant l'émergence d'une enveloppe tactile.

- **Soutien de l'excitation sexuelle** : au travers de ses soins, la mère investit libidinalement la peau du bébé, le préparant à l'auto-érotisme.

- **La recharge libidinale** : la peau est en permanence soumise à des excitations provenant de l'extérieur. Le Moi-peau maintient cette tension interne et la répartit dans l'organisme.

- **L'inscription des traces sensorielles** : la peau reçoit des informations du monde extérieur que le psychisme va garder en mémoire à un niveau archaïque.

- **L'autodestruction** : à l'inverse des autres fonctions au service de l'attachement et des pulsions libidinales, cette dernière fonction, longtemps controversée, vise la destruction du Moi. Il s'agirait d'une fonction inhérente au Ça, « enkystée dans la couche superficielle qu'est le Moi-peau » (Anzieu, 1995, p. 131) et qui attaquerait sa continuité et sa cohésion.

D.W. Winnicott s'est également intéressé à cette relation d'étayage du corps pour le psychisme. Pour lui, c'est le corps de l'autre et notamment de la « mère suffisamment bonne » qui permet de soutenir le psychisme. Tout comme S. Freud, pour qui le Moi est composé d'une partie gouvernée par ses pulsions internes et une partie tournée vers le rapport au monde et à la relation d'objet, D.W. Winnicott conçoit le psychisme comme une double structure. Il ne parle cependant pas d'instance moiïque mais de *Self* (Lefèvre, 2013, p. 130-131). Il existerait pour lui

deux *Self* : le vrai et le faux. Le « *vrai Self* » serait le Moi authentique et spontané, tandis que le « *Faux Self* » serait la façon dont les gens nous perçoivent de l'extérieur, donnant lieu à une distinction entre la pensée et le comportement, une façon de protéger son *Self*. Chez chaque individu existerait ces deux entités mais à un degré variable. L'équilibre nécessaire est permis par la « *mère suffisamment bonne* » répondant de façon adaptée aux besoins de son enfant. Cet équilibre permet à l'enfant d'expérimenter la capacité d'être seul en présence de l'autre. L'intériorisation d'un bon objet comme suffisamment stable et permanent à l'intérieur de soi donne la possibilité à l'enfant de s'en détacher afin de se construire une représentation différenciée de soi. C'est tout l'enjeu du processus de séparation-individuation, longuement étudié par Margaret Malher.

L'élaboration du Moi permise par la contenance du Moi-peau permet à l'enfant de réaliser ce que M. Mahler nomme une deuxième naissance, une « *éclosion hors de la membrane symbiotique commune mère-enfant* » (Mahler, Pine, Bergman, 1990, p. 22). L'enfant sort de l'état de fusion dans lequel il était avec sa mère : il commence à penser pour et par lui-même, lui permettant de se séparer de sa mère, de s'en éloigner psychiquement et physiquement (le développement de ses capacités motrices lui donne la possibilité de s'éloigner du corps de sa mère). Cette séparation permet à l'enfant la conquête de son individualité : de prendre conscience de ses caractéristiques propres, de sa qualité et de sa valeur d'individu. Il s'agit là d'un premier pas vers l'émergence et le maintien du sentiment d'identité. C'est donc « *par l'appropriation subjective de son corps – avoir un corps qui devient de plus en plus autonome et au service du désir, de la découverte, des expériences et de la curiosité – que l'enfant prend possession de lui-même. En d'autres termes qu'il devient sujet de son désir, être vivant, différencié et séparé* » (Potel, 2015a, p. 79).

Le nouveau-né vient au monde avec un équipement neuro-psychique immature, nécessitant la présence et les soins d'autrui. C'est donc tout d'abord par le mouvement de l'autre (bercement, soins de maternage, *holding*...) que l'enfant se construit et se différencie. En partant à la conquête de son mouvement, il n'acquiert pas seulement son autonomie motrice mais aussi son autonomie psychique. C'est tout son être qui bouge en même temps que lui, un mouvement le guidant vers sa propre individuation en tant qu'être à part entière. Le mouvement serait alors le ciment de sa construction « *corporo-psychique* » : il faut un corps pour penser, le corps étant le support des expériences permettant l'élaboration psychique. Mais que se passe-t-il lorsque le mouvement est perturbé par la pathologie ? Comment l'enfant acquiert-il sa conscience d'être ?

2. Quand le mouvement rencontre la pathologie : le polyhandicap

Le terme de « polyhandicap » est apparu dans les années 1960 dans la littérature afin de définir une population qui ne trouvait pas de place dans les institutions accueillant des personnes en situation de handicap (Saulus, 2008, p. 155). Cette notion est ainsi relativement récente et a comme point de départ une catégorisation basée sur l'exclusion : ils ont dû se construire leur « catégorie » afin de pouvoir être reconnus et accompagnés. Le polyhandicap est complexe à définir de par la large étendue de son répertoire. Le groupe Polyhandicap France a donné en 2002 une définition qui me semble complète :

Situation de vie spécifique d'une personne présentant un dysfonctionnement cérébral précoce, ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain. Il s'agit d'une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter de manière transitoire ou durable des signes de la série autistique. (Inserm, 2012)

Nous retrouvons dans cette définition les éléments centraux caractérisant le polyhandicap, à savoir l'atteinte cérébrale et les multiples conséquences qui en découlent : la déficience intellectuelle, la déficience motrice, la dimension du handicap social entravant les relations avec le monde extérieur, ceci de façon permanente et irréversible. Les causes du polyhandicap sont multiples. Il s'agit pour la moitié d'une cause prénatale telle qu'une affection chromosomique, une infections (rubéole, VIH, toxoplasmose, médicament, drogue, alcool), une malformation cardiaque ou cérébrale, ou encore une maladie métabolique. 15 % serait dues à une cause périnatale (grande prématurité, encéphalite, méningite, souffrance obstétricale). 5 % auraient une origine postnatale (traumatique, arrêt cardiaque, noyade, méningite, hémorragie). Il est à noter que 30 à 40 % des causes du polyhandicap sont encore inconnues (Inserm, 2012).

2.1. Une multitude de spécificités

« Par polyhandicap, j'entends ici une atteinte générale de la personne dans toutes ses expressions : tonique, motrice, affective, langagière... » (Lesage, 2009, p. 158) Le polyhandicap est une pathologie complexe, polymorphe, au tableau clinique varié. Voici certaines spécificités les plus souvent rencontrées auprès de ce public :

- **Dysrégulation tonico-motrice** : des particularités toniques peuvent apparaître selon la localisation de l'atteinte cérébrale. Une atteinte de la voie pyramidale, voie de la motricité volontaire, impacte la commande motrice du mouvement : des raideurs et faiblesses musculaires se font sentir, ainsi que des difficultés de coordination entre contraction et

relâchement. Cette atteinte est à l'origine d'une hypertonie dite spastique³² prédominante dans les muscles fléchisseurs des membres supérieurs et les muscles extenseurs des membres inférieurs. Une atteinte de la voie extrapyramidale, voie de la motricité involontaire, est à l'origine quant à elle d'une hypertonie plastique³³ et de mouvements involontaires venant parasiter la motricité volontaire (athétose, dystonies, chorée)³⁴. L'affection neuronale à l'origine du polyhandicap impacte également le processus de maturation neurologique chez l'enfant. L'équilibre tonique qui doit s'établir entre l'hypertonie périphérique et l'hypotonie axiale a du mal à se réaliser, enfermant l'enfant dans une des polarités toniques.

- **Troubles posturaux-moteurs** : ces troubles toniques impriment des postures vicieuses au corps : rétractions musculo-tendineuses, luxations, déformations du rachis ou encore des pieds, etc. Afin d'éviter tout surhandicap par ces déformations, des appareillages sont prescrits comme les attelles, corsets, coquilles, chaussures orthopédiques, etc. Ces derniers, en plus de limiter l'aggravation des déformations squelettiques, source de douleurs et de difficultés somatiques (respiratoires, digestives, cutanées...), permettent d'améliorer les capacités instrumentales de l'enfant, son confort et sa perception de l'environnement (Ponsot, Boutin, 2017, p. 92). Parfois la déformation est telle que les appareillages ne suffisent pas, il faut alors s'aider de la chirurgie, solution efficace mais pouvant se montrer traumatique pour l'enfant, laissant un sentiment d'intrusion au corps.

- **La déficience intellectuelle** : les personnes polyhandicapées présentent généralement une déficience intellectuelle sévère, voire profonde, même s'il est difficile d'évaluer leur degré de déficience du fait des tests psychométriques non adaptés (Ponsot, Boutin, 2017, p. 91). Cette déficience rend difficile l'accès au symbolisme : le langage étant la forme la plus avancée du symbolisme, il est peu ou pas présent chez ces derniers. La communication corporelle prend alors une place importante : dialogue tonique, posture, vocalise, rythmicité, etc. Une écoute de la part de l'accompagnant et une disponibilité sont alors nécessaires pour établir la relation (Ponsot, Boutin, *Ibid.*).

- **Troubles sensoriels** : nombreuses sont les fragilités sensorielles chez ces enfants, notamment les troubles visuels et auditifs. Ils peuvent également présenter une sensibilité différente, sur un versant hypersensible à certains stimuli ou inversement, hyposensible à

³² « Il s'agit d'un désordre moteur caractérisé par une augmentation du réflexe tonique d'étirement [...], une fois relâché le muscle étiré revient progressivement à sa position de départ » (Albaret, Feuillerat, 2018, p. 144)

³³ « Augmentation constante de la résistance du muscle lors de la mobilisation passive du segment de membre [...] lorsque l'examineur relâche son effort d'étirement, le segment du membre reste dans la même position » (Albaret, Feuillerat, *Ibid.*). On parle d'une rigidité en « tuyau de plomb » car la résistance à l'étirement cède par à-coups.

³⁴ L'athétose est un mouvement lent, irrégulier, de petite amplitude, ininterrompu, affectant particulièrement la tête, les membres et le cou.

Les dystonies sont des contractions musculaires involontaires entraînant des mouvements répétitifs et des postures anormales.

La chorée est un mouvement incontrôlé et irrégulier, avec des difficultés pour ralentir le geste. Le mouvement est brusque, saccadé et d'assez grande amplitude.

d'autres. « *Ce vécu perceptif de la réalité dépend de l'intégrité de notre appareil sensoriel, de notre système nerveux, bref, du bon état de notre corps* » (Guiose, 2007, p. 93). Ces déficiences sensorielles perturbent la perception du corps et de l'environnement de façon générale, rendant encore plus complexe les capacités de compensation du polyhandicap.

- **Troubles secondaires** : multiples sont les troubles somatiques survenant au cours de la vie d'une personne polyhandicapée. Nous pouvons citer notamment les manifestations digestives : fausses routes répétées, reflux gastro-oesophagien, constipation pouvant aller jusqu'à l'occlusion intestinale. Le temps du repas qui se veut un temps de partage et de relation peut devenir alors un moment source d'angoisse et de déplaisir pour l'enfant et pour l'accompagnant. Des détresses respiratoires sont également fréquentes, générant là aussi un vécu anxigène, tout comme les crises d'épilepsie présentent dans 60% des cas de polyhandicap (Ponsot, Boutin, 2017, p. 93), venant alourdir le handicap par les séquelles neurologiques qu'elles peuvent laisser. Ces troubles somatiques sont source d'hospitalisation fréquente et donne un vécu douloureux et anxigène au corps. Un corps insécure et imprévisible qui laisse l'enfant et son environnement dans un état d'alerte permanent.

C'est donc l'ensemble des systèmes du corps humain qui est affecté par le polyhandicap. Pour Catherine Potel, « *le corps tout entier fait symptôme* » (2015a, p. 211), entravant le développement psychoaffectif et psychomoteur global de l'enfant, le plaçant dans un état de dépendance vis à vis d'autrui.

2.2. *Les expériences corporelles affaiblies*

Ces multiples atteintes corporelles entravent l'expérience motrice de l'enfant et engendrent un retard global dans son développement : la tenue de tête et le maintien de la station assise est rendue difficile par l'hypotonie axiale souvent présente, les difficultés de coordinations et les mouvements paradoxaux empêchent l'exploration des différentes étapes des NEM. L'enfant reste alors dans une motricité primitive, archaïque³⁵ et désorganisée. Georges Saulus parle d'une « *motricité de masse* » (2008, p. 182) : les mouvements de la tête, du tronc et des membres prennent l'allure d'une décharge motrice généralisée, seule réponse motrice possible pour s'exprimer à l'autre. Cette faible exploration motrice ne permet pas à l'enfant d'enrichir son répertoire moteur. Il reste alors confiné dans un panel étroit de possibilité, rendant difficile l'instrumentalisation de son corps : il ne peut s'en servir pour rencontrer le monde et agir dessus. En plus d'être difficilement contrôlable, le mouvement est également coûteux en

³⁵ A la naissance, le système nerveux du nourrisson est encore immature. Sa motricité est contrôlée par son tronc cérébral, laissant place à une motricité de type spontanée avec une prédominance des réactions réflexes (grasping, réflexe de Moro...). La myélinisation se fait de façon progressive, en suivant les lois céphalo-caudale et proximodistale, et permet l'apparition d'une motricité volontaire. Celle-ci est contrôlée par le cortex cérébral qui devient mature entre les trois et les six premiers mois de vie du nourrisson. Cette maturation est rendue difficile chez l'enfant polyhandicapé : une persistance de certains de ces réflexes au-delà des six mois peut être observée.

énergie et parfois douloureux pour ces enfants. Ils peuvent alors se tourner vers l'immobilité, se figeant dans une posture parfois peu anatomique. Lorsque le jeune enfant polyhandicapé est au tapis, il n'est pas rare de le voir s'installer dans une position pathologique : la position ATNR (*Asymmetrical Tonic Neck Reflex*). Il s'agit d'une modification de la position de l'escrimeur/ATNP que l'enfant explore au cours de son développement classique. Du fait de ses troubles toniques, l'enfant polyhandicapé s'installe instinctivement en hyperextension, inversant alors la courbure de sa colonne vertébrale ainsi que ses appuis. Cela rend difficile la possibilité de liaison visuo-manuelle et le changement de position. L'enfant se fige dans cette posture sans expérimenter la position inverse, ne lui permettant pas d'explorer son axialité pourtant primordiale dans la construction corporelle de l'enfant³⁶. C'est tout le développement de l'enfant que cela impacte : difficulté dans l'acquisition des coordinations, absence d'axialité compensée par un tonus pneumatique³⁷ persistant. Ce dernier ne facilite pas la motricité de l'enfant et ne permet pas l'équilibration tonique obtenue normalement par le passage d'une posture à l'autre, figeant alors l'enfant dans sa tonicité.

Il s'agit là d'un cercle vicieux car le manque d'exploration motrice et l'enfermement dans une posture ne permet pas à l'enfant de trouver son équilibre tonique, déséquilibre qui vient lui-même entraver le mouvement de l'enfant et le figer dans une posture pathologique. Or, cette équilibration tonique est centrale dans le développement de l'enfant. Pour H. Wallon, il s'agit d'un « *état interne de l'organisme qui permet de recevoir sans désorganisation les signaux de l'extérieur* » (cité par Goumas, Grimont-Rolland, Lambicchi, 2014, p. 164). Sans cet équilibre l'enfant peut se retrouver alors envahi par les stimuli, venant désorganiser sa perception des limites entre l'intérieur et l'extérieur. La face interne de son enveloppe corporelle normalement constituée de cette harmonie sensori-tonique est alors fragilisée (Bullinger, 2007). Il est ainsi nécessaire de trouver une surface d'équilibre tonique, surface modulée, selon André Bullinger, par trois milieux : le milieu physique, biologique et humain.

Le milieu physique correspond à l'environnement fait de stimulations et de flux sensoriels dans lequel se trouve la personne. Les flux sensoriels sont pour A. Bullinger un « *ensemble de signaux continus et orientés qui sollicitent les systèmes sensoriels archaïques* » (Bullinger, 2007, p. 152). Il existe des flux gravitaires, tactiles, olfactif, auditifs et visuels. Ces derniers induisent un enchaînement de réaction chez l'enfant : alerte, orientation, exploration et prise de sens. Chez les enfants polyhandicapés, la réaction face à ces flux se résume uniquement à un recrutement tonique qui a valeur d'alerte, ne donnant pas suite à des conduites exploratoires et à une prise de sens. L'enfant reste alors dans une tonicité de vigilance, ne permettant pas la

³⁶ Cf. *Supra*, 1.2.3. L'émergence de l'axe corporel p. 39.

³⁷ Le tonus pneumatique correspond à un recrutement tonique lors de l'inspiration permettant de maintenir le buste dans une certaine verticalité en bloquant sa respiration. Il est utilisé chez les bébés lorsque l'équilibre entre les fléchisseurs et les extenseurs du buste n'est pas encore atteint.

régulation tonique.

Le milieu biologique correspond à l'intégrité des systèmes sensorimoteurs de l'enfant et de son système nerveux central lui permettant de traiter les flux sensoriels de l'environnement. Ce milieu est perturbé chez l'enfant polyhandicapé par ses lésions neuronales et ses troubles sensoriels et sensitifs. Or, « *l'intégrité des systèmes sensori-moteurs joue un rôle déterminant pour accéder aux flux sensoriels. Un déficit limite l'accès à des signaux externes mais aussi les redondances entre les diverses modalités sensorielles ; de ce fait, la cohérence du milieu s'en trouve amoindrie et la possibilité de le maîtriser diminue* » (Bullinger, 2007, p. 155). La richesse de la sensorialité vient de la multitude des flux qui la compose. La perception des différents stimuli permet au cerveau d'organiser son environnement comme un tout cohérent, aidant le sujet à se construire une représentation du monde qui l'entoure. Cette polysensorialité est également indispensable pour la perception de soi. Pour Didier Anzieu « *le Moi ne peut ensuite accéder à une nouvelle structuration qu'en rompant avec le primat de l'expérience tactile* » (Anzieu, 1995, p. 178). Le Moi-peau devient complet grâce à l'intersensorialité, à ce qu'il nomme le « *sensorium commune* » (Anzieu, *Ibid*). Le Moi-Peau est à enrichir d'une enveloppe sonore, thermique et olfactive. La défaillance sensorielle des enfants polyhandicapés, en perturbant la perception de leur environnement et de leur corps propre, entrave le processus de subjectivation. Cela rend difficile la perception de l'autre comme différent de soi car « *la possibilité de ressentir l'objet comme extérieur à soi-même repose sur la capacité de le percevoir simultanément par plusieurs canaux sensoriels* » (Guerra, Konicheckis, 2018, p. 153). Cette défaillance du milieu biologique impacte le processus d'intersubjectivation en limitant les possibilités de percevoir et d'agir sur le monde. Le mouvement et la régulation tonique sont eux aussi impactés car « *le mouvement nécessite de la part du cerveau la reconstruction cohérente de l'unité du corps afin de permettre au mouvement de se développer* » (Kerlirzin, Dietrich, Vieilledent, 2009, p. 24).

Le dernier milieu est le milieu humain, composé des relations et interactions de l'enfant avec son entourage. L'enfant polyhandicapé, n'ayant que très rarement accès au langage verbal, s'exprime au travers de son corps, par son dialogue tonique. Cependant, il peut être parfois difficile pour les parents d'entendre et de mettre du sens sur le langage infra-verbal de leur enfant, langage pouvant être impacté par les troubles toniques. Il parle « *avec un corps abîmé, une gestuelle incompréhensible, sans dialogue verbal et le plus souvent sans regard, sans lien* » (Personne, 2011, p. 64). Ses pleurs sont-ils des pleurs de douleurs, de faim, d'angoisse... ? « *Devant un corps qui ne nous renvoie pas les signaux habituels, nous sommes décontenancés.* » (Lesage, 2011, p. 75) La figure maternelle se retrouve alors en difficulté pour assurer sa *fonction alpha*, notion développée par Wilfried Bion (1979). Cette fonction permet de transformer les contenus sensoriels ou émotionnels, exprimés alors sous forme de cris, de

pleurs, de tensions, sous une forme assimilable pour l'appareil psychique de l'enfant. Il met alors un sens sur ce qu'il est en train de vivre, réduisant la charge émotionnelle et la tonicité qui en découle. Mais l'absence de régulation tonique de l'enfant et ses difficultés d'instrumentalisation de son corps peuvent parasiter la fonction alpha de la mère. L'enfant se retrouve alors lui-même perdu, dans une situation inconfortable d'incompréhension où ses manifestations ne trouvent pas toujours d'échos justes, dénuées de sens à ses yeux. Sans que cela soit intentionnel, ces difficultés d'interprétations peuvent être source d'un *holding* défectueux : les parents ne répondent pas de façon adaptée aux besoins de l'enfant, y répondent trop tôt ou trop tard. Rappelons que le *holding* permet au nourrisson de passer d'un « *état de non-intégration à un état d'intégration dans lequel il peut ressentir une unité entre ses pensées, ses mouvements pulsionnels, et son corps* » (Berger, 2005, p. 69). Face à ce *holding* défectueux, l'enfant ne parvient pas à trouver la contenance nécessaire à l'élaboration de ses enveloppes corporeo-psychiques.

Ces trois milieux peuvent donc être perturbés chez l'enfant polyhandicapé, ne lui permettant pas d'accéder à l'équilibre sensori-tonique nécessaire à l'instauration de la couche interne de son enveloppe corporelle. Cette dernière se montre alors poreuse, le dehors se confond avec le dedans. Les difficultés d'équilibration sensori-tonique ne sont pas les seules responsables : le manque d'exploration motrice de l'enfant, les soins médicaux pouvant se montrer pénétrants et intrusifs (sonde nasogastrique, sonde urinaire, etc.), ainsi que les appareillages viennent eux aussi flouter cette distinction entre le corps et l'objet, entre le soi et le non-soi. B. Lesage évoque une phase de « morcellement sensori-moteur » durant laquelle « *l'impossibilité de s'éprouver comme une unité et de projeter cette intuition de totalité sur autrui, implique une impossibilité de se distinguer et de s'apercevoir soi-même, de se saisir comme entité distincte, spatialisée et temporalisée* » (Lesage, 2012, p. 26). L'enfant peut rester dans une conceptualisation primaire de son Moi-corporel, n'accédant pas à l'unité de son être. Or, le « *sens de soi ne peut véritablement se construire que si toutes ces expériences faites et éprouvées par l'enfant peuvent se loger dans un espace celui d'un corps protégé par des limites sensibles, solides, sécurisantes* » (Potel, 2015a, p. 73). De cela en découle alors une perturbation de la structuration psychocorporelle de l'enfant.

2.3. Un vécu corporel angoissant

Cette enveloppe corporelle instable ne permet pas au Moi-peau d'assurer ses fonctions premières de contenance, de maintenance ou encore de pare-excitation : les sensations et les perceptions ne peuvent s'organiser en représentation. La psyché n'est alors pas contenue, pouvant être une porte d'entrée à la résurgence d'angoisses primitives : les angoisses archaïques. Elles sont nommées archaïques en référence au commencement, au temps antérieur à la différenciation du Moi, antérieur à la parole. Durant cette période, l'enfant est envahi par des

angoisses de morcellement, d'effondrement, de dévoration et/ou de liquéfaction.

L'angoisse est une réaction qui se présente au sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation plus ou moins traumatique, c'est à dire qu'il est soumis à des afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles. (Pireyre, 2015, p. 142)

L'élaboration d'un Moi contenant permet à l'individu de surmonter ces angoisses. Or, chez l'enfant polyhandicapé, la fragilité du Moi peut rendre difficile ce travail. De plus, son vécu corporel douloureux lié aux soins médicaux peut également être à l'origine d'angoisses « physiologiques » comme une angoisse d'étouffement liée à des difficultés respiratoires et/ou en lien avec des périodes d'intubation.

Face à ces angoisses et ne pouvant parfois trouver de support extérieur solide, l'enfant élabore alors ses propres moyens de défense. Maurice Berger cite les observations d'Albert Ciccone : « lorsqu'un bébé ne trouve pas de réponse adéquate dans son monde environnant, ou lorsqu'il ne peut pas profiter des qualités du monde environnant, il utilise deux façons principales de se soustraire in situ à l'angoisse : s'immobiliser ou se mettre en mouvement perpétuel. » (Berger, 2005, p. 70) L'absence de mouvement serait une façon de se soustraire au monde : si je ne bouge pas, je ne suis plus là, je ne peux donc pas ressentir toutes ces angoisses. Inversement, le mouvement permanent pourrait être une façon de s'en protéger notamment de l'angoisse de morcellement en venant sentir ses limites. C'est en tout cas la théorie de Jean Bergès pour qui cette agitation serait le résultat d'une défaillance des enveloppes corporelles : « les limites sont indécises, celles-ci étant dès lors recherchées dans le monde extérieur et dans autrui, car le corps propre ne les possède pas. » (Berger, 2005, p. 15) Cette instabilité motrice peut être à la fois une défense contre les angoisses primitives mais aussi un état : c'est tout son être qui est plongé dans cet état d'agitation. Le mouvement perpétuel peut également avoir une fonction auto-calmante. Il permettrait de « ramener le calme à travers la recherche répétitive de l'excitation » (Berger, 2005, p. 74). Cela est le cas par exemple des stéréotypies. Souvent associées à l'autisme, elles sont également très présentes dans le domaine du polyhandicap. Par cette répétition de mouvement, l'enfant cherche la pérennisation de la sensation, venant lui faire sentir sa continuité d'existence dans ce monde, au risque de se couper de ce dernier. L'enfant peut alors s'enfermer dans la répétition de la sensation, autour d'un unique canal sensoriel.

En tout état de cause, comment imaginer qu'un enfant qui n'a pas, de son propre corps, des relations de celui-ci avec l'environnement, des personnes qu'il voit devant lui, une estimation cohérente, comment penser qu'un enfant qui ne perçoit qu'un univers fragmenté puisse avoir envie de parler, comment un être dont le cerveau est le siège de

multiples incongruences peut-il avoir même le désir de communiquer avec un monde qu'il n'a pas identifié, auquel il n'a pas su reconnaître une identité. (Berthoz, 2008, p. 105)

Le handicap affecte le corps de l'enfant, ce qui impacte son mouvement. Mais bien au-delà de son mouvement, c'est toute sa construction psychocorporelle, sa conscience de Soi qui en sera affectée, se répercutant sur sa relation à l'autre et au monde.

3. Le devenir de la conscience de Soi dans le vieillissement

« Nous sommes des organismes qui nous construisons dans le rapport au monde, dans le rapport aux autres et à l'environnement. Cette construction ne s'arrête qu'à la mort. »

(Ponton, 2012, p. 130)

La vie est un apprentissage de chaque jour, faisant de l'Homme un être en perpétuelle construction, de sa naissance à sa mort. Il faut apprendre à se connaître soi et connaître son corps, un corps qui change au fil de la vie, un corps qu'il faut redécouvrir à chaque instant afin de faire perdurer ce sentiment de Soi. Quel que soit l'âge de la personne, le mouvement est indispensable pour maintenir cette conscience de Soi en tant qu'être distinct et unifié. En reprenant les mêmes mécanismes que lors de sa mise en place (l'exploration de ses sens, la découverte de mouvement à l'aide de pratiques sportives par exemple, dans le regard et la relation à l'autre...) l'adulte continue et maintient cette conscience d'être. Cependant, avec l'âge, le corps humain doit faire face à la perte de certaines de ses facultés, venant rendre plus difficile le mouvement. C'est le cas notamment lors du vieillissement. Qu'il soit normal ou pathologique le vieillissement perturbe le maintien de cette conscience d'exister.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le vieillissement est un « *processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps* » (OMS, 2018). Geneviève Ponton préfère parler du vieillissement comme « *un processus dynamique qui oblige chacun à se transformer pour s'adapter et survivre aux conséquences des limites de la dépendance* » (Ponton, 2012, p. 131). Dans cette deuxième définition, le vieillissement est perçu comme une évolution de la vie, plaçant la personne dans une dynamique active : elle se transforme pour s'adapter aux changements, à l'inverse de la première définition qui donne l'impression que la personne subit le temps. La vie est donc un apprentissage même lorsque cette dernière approche de sa fin. Il faut réapprendre à connaître son corps car le vieillissement est tout d'abord corporel, physiologique.

3.1. *Un vieillissement tout d'abord physiologique*

Franck Pitteri (2010) nous fait part des principaux effets du vieillissement physiologique et ses effets sur le corps :

Le système nerveux subit une perte neuronale, ainsi qu'une perte de la plasticité cérébrale qui se fait ressentir au niveau des fonctions cognitives de la personne et dans sa rapidité de réaction et d'adaptation. Lors d'un vieillissement dit classique, les fonctions affectées en premier sont la capacité attentionnelle, les fonctions exécutives et la mémoire (sémantique et procédurale majoritairement). Cependant, ce vieillissement neuronal peut se montrer pathologique, laissant apparaître des atrophies cérébrales plus importantes, à l'origine de démence comme la maladie d'Alzheimer par exemple. Le système neuromusculaire est également affecté, provoquant une fatigabilité plus importante et plus rapide. Cela est expliqué en partie par une atrophie musculaire diminuant la force, ainsi qu'une hypertonie de fond rendant difficile le contrôle moteur. Couplé à cette atteinte du système musculaire, le squelette est également touché, principalement chez les femmes par l'ostéoporose, rendant la potentialité de la chute et le risque de fracture plus présent. Les articulations peuvent présenter une limitation dans leur mobilité de par certaines pathologies telles que l'arthrose ou l'arthrite, rendant douloureux et difficile le mouvement. L'atteinte de ces systèmes vient fragiliser l'appareil locomoteur de la personne, le mouvement devient plus difficile, plus douloureux et insécure, limitant ainsi les explorations motrices.

Les fonctions sensorielles sont également sujettes au vieillissement. « *Les capacités perceptives déclinent progressivement entre 40 et 50 ans, à la fois du point de vue des fonctions sensorielles et de l'intégration perceptive* ». (Miermon, Benois-Marouani, Jover, 2011, p. 64) Avec le temps la sensibilité diminue, tout comme l'acuité, rendant plus compliqué la discrimination sensorielle. Il peut être alors difficile pour la personne de percevoir son environnement, de s'y mouvoir et d'aller à la rencontre de l'autre. Ces troubles sensoriels, associés au ralentissement de la conduction nerveuse et à l'affaiblissement musculaire, peuvent perturber l'équilibre de la personne. En effet, les réactions d'équilibration reposent sur trois stimuli : visuelles (permettant de capter les informations de son environnement), vestibulaires (permettant de stabiliser sa tête et de contrôler sa posture) et somesthésiques (permettant de situer son corps dans l'espace). Le vieillissement impacte la perception et l'organisation de ces stimuli, rendant l'équilibre précaire. D'un point de vue relationnel, les troubles sensoriels peuvent perturber la communication, rendant parfois plus complexe l'écoute des propos de l'autre et la réponse adaptée. L'individu peut alors s'enfermer dans un isolement social. F. Pitteri (2010) rajoute que l'atteinte des fonctions cognitives rend difficile le traitement simultané des afférences sensorielles. La perception du monde en un tout cohérent est alors difficile, tout comme le processus de mémorisation, puisque celui-ci est plus efficace lorsqu'il est

plurisensoriel. Cette perte sensorielle provient du vieillissement des organes des sens mais également du ralentissement moteur imposé par le vieillissement, par la peur, la fatigue et/ou la douleur. En diminuant sa mobilité, la personne perçoit moins d'informations proprioceptives, entravant le maintien de sa conscience corporelle.

L'atteinte de l'ensemble de ces systèmes (nerveux, neuromusculaire, osseux, sensoriel) impacte le mouvement de la personne âgée. Celui-ci perd de sa puissance, il devient plus lent et plus coûteux en énergie. Son amplitude diminue, la démarche peut devenir hésitante, avec moins d'assurance, ce qui incite la personne à moins se déplacer par peur de chuter. Des troubles toniques peuvent également apparaître, perturbant le mouvement. Nous pouvons citer notamment une hypertonie d'opposition relativement fréquente. A propos de cette hypertonie, F. Pitteri écrit : « *les sujets de plus de 70 ans présentent des paratonies de fond tellement fréquentes qu'Ajuriaguerra (1970) les a considérées comme quasi physiologiques.* » (2010, p. 291) Le corps douloureux, le mouvement incertain et l'équilibre précaire peuvent mener la personne à désinvestir son mouvement. Cela peut aller jusqu'à une désorganisation du mouvement comme lors du syndrome de désadaptation psychomotrice, autrefois appelé syndrome de régression psychomotrice. Il s'agit d'une « décompensation » du développement psychomoteur qui survient de façon progressive ou brutale après une chute, un stress ou suite à l'avancée d'une maladie neurodégénérative. Il est caractérisé par une altération de la marche, un ralentissement psychomoteur, une hypertonie d'opposition, des manifestations anxieuses, une forte rétropulsion compensée par une inclinaison du tronc en avant et un fléchissement des genoux. Pour Pierre Pfitzenmeyer, il s'agit d'une « *décompensation du système complexe associant la programmation de la posture et du mouvement* » (cité par Charazac, 2015, p. 38). Le mouvement se désorganise et ne permet plus à la personne de s'en servir pour agir sur son environnement.

La diminution des expériences sensorimotrices de l'adulte vieillissant peut venir, à l'inverse de chez l'enfant, déconstruire petit à petit le corps dans son unité, flouter ses limites. Ce processus est un cercle vicieux car cette involution de la conscience corporelle rend instable l'équilibre et le mouvement de façon générale, invitant la personne âgée à restreindre ses déplacements de peur de la chute et donc limitant encore plus son exploration sensorimotrice. Avec l'avancé dans l'âge, le mouvement peut ainsi devenir douloureux, insécure et coûteux en énergie, n'invitant pas la personne à investir son corps mouvant.

3.2. *Le temps de la perte et du deuil*

Le déclin de ses capacités physiques est le prémisses d'une succession d'autres pertes³⁸ que la personne âgée va devoir surmonter. La perte est la disparition d'un objet investi d'un point de vue affectif, libidinal. « *Le moi est constitué des images des objets investis, et chaque perte d'objet le menace directement d'assèchement ou de desquamation imaginaire.* » (Messy, 2002, p. 30) La perte crée une faille narcissique dans le Moi, une faille que le travail de deuil tente de réparer.

3.2.1. **Ce corps devenu inconnu.**

En dehors de son impact sur les possibilités physiques, le temps laisse également une trace visible sur le corps : les rides, les taches brunes, la silhouette qui s'affaisse, le dos qui se voûte etc. Il se fait ressentir par la personne qui perd petit à petit de son énergie, utilisée maintenant au service des gestes de la vie quotidienne. Le corps devient alors un corps inconnu, sans repère, la personne vit dans une enveloppe qui n'est plus la sienne. Le corps pensé ne correspond plus au corps vécu : « *les retrouvailles quotidiennes et rassurantes entre le corps ressenti, le moi et son image, ne sont plus systématiques, voire déclinent chaque jour davantage.* » (Personne, 2011, p. 40) La personne se retrouve face à cette réalité que son psychisme n'a peut-être pas encore conscientisé et accepté : elle vieillit. Son image du corps est alors atteinte de plein fouet, dévalorisée, rejetée de tous affects positifs et de tout investissement narcissique. D'autant plus que ce constat prend place dans une société où prône la quête de la jeunesse éternelle, du corps beau et sain, dynamique et sportif...Un corps aux antipodes de la représentation que l'on peut se faire des personnes âgées, comme le souligne Michel Personne : « *comment maintenir des attachements positifs avec ce corps, de surcroît dans une société où le corps et le paraître sont si importants.* » (Personne, 2011, p. 51) La personne doit alors réaliser un travail de deuil : deuil de son corps antérieur.

3.2.2. **Un nouveau statut à apprivoiser.**

Entrer dans ce que nomme la société le « troisième âge » s'accompagne bien souvent d'un bouleversement identitaire comparable à ce que l'adolescent peut vivre lorsque celui-ci rencontre le monde adulte et doit y trouver sa place. La personne âgée doit elle aussi trouver sa place et son rôle dans cette société. Son identité professionnelle change avec le départ en retraite, sa place dans la famille également : le rôle de grand-parent prend le pas sur celui de parent. Sa place dans la dynamique sociétale est aussi perturbée : d'un rôle actif elle tend petit à petit vers un rôle plus passif. Il peut alors émerger en elle un sentiment d'inutilité pouvant

³⁸ Nous allons nous intéresser ici aux pertes que la personne âgée rencontre, cependant il faut tout de même préciser que le vieillissement ne se résume pas uniquement à des pertes. Il s'agit également d'une période de la vie faite de gain : augmentation du temps libre, absence de stress et des contraintes liées au travail. Il peut s'agir d'une période de découverte et de création en essayant des nouvelles pratiques artistiques, sportives ou culturelles grâce à cette plus grande disponibilité pour soi.

entraîner un désengagement de la vie sociale et un repli progressif sur soi. Ce repli peut être l'un des premiers signes d'un syndrome anxio-dépressif, syndrome relativement fréquent mais non significatif d'un vieillissement normal chez la personne âgée.

Les conséquences de facteurs sociaux comme la pauvreté des échanges affectifs, la solitude, le vécu du rejet de certains jeunes, l'isolement ou la désafférentation se combinent à d'autres facteurs psychologiques pour expliquer la fréquence de la maladie avec le grand âge. (Thomas, Hazif-Thomas, 2008, p. 149)

Là encore un travail de deuil est nécessaire : deuil de son statut passé au profit d'une identité en mouvement.

3.2.3. La perte mnésique.

Dans le vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique, la mémoire est affectée à différents degrés. La mémoire de travail et la mémoire à court terme sont en premières lignes, tout comme la mémoire épisodique, comprenant la mémoire autobiographique. Cette dernière est composée de nos souvenirs, de notre histoire. Elle nous permet de dire qui je suis, de construire et de maintenir notre identité, apportant un sentiment de continuité dans notre existence. « *Le sentiment de continuité d'existence est une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours le même.* » (Pireyre, 2015, p. 55) Lorsque la mémoire se dégrade, ce sentiment de continuité d'existence est mis à mal : la personne ne sait plus qui elle est, pourquoi elle est là, perdant son identité propre. Elle n'a plus cette sécurité interne, pouvant faire émerger des angoisses. « *L'identité s'éparpille à défaut de pouvoir se remémorer et interpréter à l'aune de ses souvenirs les perceptions quotidiennes.* » (Personne, 2011, p. 40)

Dans le vieillissement pathologique, cette perte peut s'étendre à une perte de repères au sein de son environnement créant une désorientation spatio-temporelle présente dans les démences telles que la maladie d'Alzheimer par exemple. L'individu se retrouve plongé dans un environnement qu'il ne reconnaît pas et qu'il ne comprend pas. Sans pouvoir trouver ses repères, les émotions peuvent prendre le dessus. La seule façon de les exprimer est parfois son mouvement et son comportement. Les Symptômes Psycho-Comportementaux de la Démence (SPCD) peuvent intervenir comme une façon d'exprimer un inconfort physique, psychologique ou somatique, difficilement verbalisable pour un sujet présentant un état démentiel. Dans ces SPCD nous retrouvons notamment les états d'agitation physique et verbale, la déambulation, les délires et les troubles de l'identification, l'anxiété, etc. Il s'agit là un mouvement bien différent de ce que nous avons vu jusqu'à présent chez la personne âgée. Le mouvement n'est plus freiné ou évité, mais il est à l'inverse impulsif et parfois répétitif, un mouvement inadapté pouvant mettre la personne en déséquilibre, risquant la chute.

Mais tous les vieillissements ne se soldent pas par cette perte importante de repères. Dans le vieillissement classique, lorsque la mémoire est davantage préservée, il n'est pas rare de percevoir une angoisse face à la perte mnésique : perdre la mémoire serait une dépossession de soi, de son histoire, car chaque individu se construit sur son passé, sur ce qu'il a vécu. Perdre les souvenirs de ce passé, serait comme perdre les fondements bâtisseurs d'une maison, laissant la construction que plus instable.

3.3. « Le vieux c'est l'autre, dans lequel nous ne nous re-connaissons pas » (Messy, 2009, p. 19)

« Quand nous parlons du « vieux », c'est de l'Autre dont nous parlons, celui que l'on ne peut pas sentir, à qui l'on redoute de ressembler, trop usé, affaibli par les ans, le trop vieux calfeutré dans son impuissance à l'abri du regard de tous, bien reclus dans l'institution gériatrique. » (Ponton, 2011, p. 114)

Tous ces changements dans sa façon de se mouvoir, ces changements corporels et identitaires, plus ou moins bien acceptés par la personne, peuvent rendre compliqué la perception de soi comme toujours le même, de percevoir sa « *mêmeté d'être* » (Dolto, citée par Pireyre, 2015, p. 39). La personne ne reconnaît plus son corps dans le reflet du miroir ou dans le regard des gens. C'est le stade du miroir que la personne est en train de revivre : « *c'est une image idéale de lui-même qui va se confondre avec l'image du semblable et constituer le moi idéal.* » (Messy, 2002, p. 40) Or, chez la personne âgée, ce n'est pas l'image d'un semblable qu'elle perçoit mais d'un « *vieillard* », une image qui vient déconstruire son Moi Idéal³⁹...Le miroir se brise⁴⁰. « *La forme fugitive, entrevue dans le miroir n'est plus la projection de l'ébauche du moi, selon la proposition lacanienne, mais la projection de la débauche du moi.* » (Messy, 2002, p. 50) L'image du Moi Idéal laisse place à une image du « *moi hideur* » (Messy, *Ibid*). Ce reflet vieilli dans le miroir, ce « *moi hideur* » vient déconstruire le Moi Idéal élaboré au fil des années, un Moi source de repères et de sécurité, créant ainsi une faille dans son sentiment continu d'exister.

Les dysfonctionnements mnésiques, la perte du sentiment continu d'exister et la perte des limites corporelles peuvent provoquer une « *érosion des contenants psychiques* » (Péruchon, 1994, p. 93). Le Moi-peau s'effrite petit à petit, la peau ne peut plus jouer son rôle premier de contenant psychique. Le Moi étant une juxtaposition d'objets investis, introjectés⁴¹, la perte de l'objet vient désagréger progressivement le Moi. Petit à petit, les limites s'effacent et la confusion spatio-temporelle émerge : la différenciation entre le dedans et le dehors

³⁹ Le Moi Idéal serait un idéal de toute puissance narcissique basé sur l'introjection d'un objet d'amour.

⁴⁰ Jack Messy reprend ce terme introduit par Simone Korff-Sausse auprès des enfants handicapés pour l'adapter aux personnes âgées.

⁴¹ Cf. *supra*, 3.2 : le temps de la perte et du deuil, p. 56.

s'amointrit, tout comme le monde interne et le monde externe, le souvenir et le réel. Peuvent alors réapparaître des phénomènes propres aux prémices de la vie psychique : la résurgence d'angoisses archaïques : des angoisses de vide, de chute, renvoyant une image de la personne au sol, à la terre, à la tombe... Des angoisses de mort-cellement... « *L'angoisse de mort peut être liée à la peur de la perte de notre identité avec la disparition de l'ego, à la crainte de revivre la même angoisse que celle vécue dans la construction de notre Moi (angoisse de morcellement), à la perte des limites de l'espace et du temps.* » (Pitteri, 2010, p. 294)

Le mouvement de la personne âgée est impacté par les effets du vieillissement sur son corps : lenteur, instabilité, faible amplitude, douleur, etc. Mais cela ne vient pas seulement impacter son niveau d'autonomie, c'est tout un chamboulement psychique que cela engendre, créant une discontinuité de son être, signe d'une porosité des frontières entre l'intérieur et l'extérieur, entre la réalité et l'imaginaire. Cette perte de repères se retrouve dans la démence où le passé se confond avec le présent. L'instance moiïque de la personne est alors déstabilisée, désorientée, laissant resurgir des angoisses de l'infantile : les angoisses archaïques. La conscience de Soi est alors mise à mal.

Nous venons de le voir, le mouvement est à la base de toute conscience. Au travers de ses expériences motrices, sensorielles et relationnelles, l'individu élabore sa place d'être unique et distinct de l'autre. Cependant les parcours de vie font que le corps de l'individu peut être impacté par des pathologies ou par les effets du temps. Le mouvement peut alors être perturbé, rendu difficile, douloureux, stéréotypés ou parfois anarchique. Ce mouvement, qu'il soit très présent ou inversement presque absent, ne permet pas cette pleine conscience de Soi. Comment peut-on alors, en tant que psychomotricien, essayer de le réguler afin de permettre à la personne d'accéder à un mouvement qui se veut constructeur et non pas désorganisateur ?

Partie 3 : le rôle du psychomotricien dans la régulation du mouvement

« *La santé inclut ici aussi bien l'idée d'une vie bruisante d'activités que le charme de l'intimité.* » (Winnicott, cité par Guerra, Konicheckis, 2018, p. 129)

Mon objectif dans cette partie n'est pas de prouver que le psychomotricien est un rééducateur du mouvement, cherchant à produire un mouvement parfait et précis. Je doute que ce mouvement existe. Mon intention n'est pas non plus de freiner le mouvement ou à l'inverse de l'hyperstimuler. Mon idée est d'expliquer comment le psychomotricien peut permettre à son patient la découverte d'un mouvement multiple, d'un mouvement lent et d'un mouvement rapide, d'un mouvement ample et d'un mouvement discret, d'un mouvement pour soi⁴² et d'un mouvement vers l'autre. Faire découvrir au patient la richesse du mouvement afin de lui donner la possibilité de trouver un équilibre dans sa façon de se mouvoir, une harmonie entre les deux polarités que sont l'excès et l'absence de mouvement, un équilibre nécessaire dans la construction de Soi. En reprenant la citation de M. Merleau-Ponty pour qui « *le corps est le véhicule de l'être-au-monde* » (cité par Bernard, 1995, p. 45), le psychomotricien serait alors le garde-fou permettant de guider le patient sur sa route, l'accompagner dans son chemin pouvant se montrer parfois sinueux et semé d'embûches. Afin de répondre à mon questionnement j'ai eu besoin d'essayer de comprendre le sens du mouvement de chacun des patients rencontrés. Un sens qui m'a permis de penser les séances avec ces derniers. Le travail réalisé à leur côté est illustré dans un deuxième temps au travers de récit de séance.

1. Une quête de sens du mouvement

En partant du constat que « *chaque posture, chaque geste, est une façon d'être, de recevoir, de se présenter* » (Lesage, 2009, p. 67), je vais essayer de répondre à mes questionnements évoqués lors de la présentation des patients, en tentant de mettre un sens sur leur mouvement, sur leur façon de bouger. Comprendre ce qu'il se dit au travers du mouvement permettra de mieux l'accompagner par la suite. Il s'agit de mon interprétation au vu de ce que j'ai pu vivre avec eux. De multiples hypothèses peuvent se poser, je vous exposerai ici celles qui m'ont paru les plus pertinentes à mes yeux. Bien entendu, eux seuls sont les détenteurs inconscients de cette raison. L'artiste Georges Braque a dit à propos de l'art qu'il « *faut se contenir de découvrir mais se garder d'expliquer* » (cité par Rosenstiehl, 2006, p. 11). Il en est de même en psychomotricité : notre accompagnement est fait d'observation et de découverte mais seule la personne elle-même connaît le sens de son mouvement.

⁴² Sous-entendu un mouvement propice à un travail de conscience corporelle.

1.1. *Jasmine : un axe à construire*

Vignette clinique : je passe un moment de ma matinée dans la salle de vie de Jasmine. Au loin je l'observe. Jasmine est installée dans son corset siège, enroulée sur elle-même. Ses bras sont recroquevillés sur sa poitrine, ses jambes sont figées dans le vide. Elle ne porte pas attention aux jeux posés sur sa tablette. Les enfants autour d'elle bougent, s'expriment, interagissent. Jasmine lève de temps en temps sa tête pour observer le mouvement mais ses redressements sont de courte durée et Jasmine reprend sa position d'enroulement laissant ses membres dans une immobilité impressionnante. Cette immobilité vient faire contraste avec l'agitation autour d'elle. Vient sa séance de psychomotricité. Je l'emmène dans la salle et lui enlève ses attelles. Une fois sur le tapis, c'est tout son corps qui se met en action afin de lui permettre ses retournements qu'elle réalise avec énergie.

Cette vignette clinique illustre le décalage dans la motricité de Jasmine entre son fauteuil et le tapis : c'est une enfant figée dans son fauteuil mais une vraie exploratrice une fois au tapis : elle se tourne et se retourne dans tous les sens, sans crainte ni appréhension. Son mouvement est saccadé et vif. Dans sa recherche d'activité, elle privilégie toujours les activités en mouvement, les activités sportives, dynamiques et manifeste un désintérêt flagrant pour tout ce qui a trait à la détente ou à la conscience corporelle (relaxation, massage, hamac...). Mes questionnements portent sur la perception que Jasmine s'est construite de son corps. A-t-elle pu vivre des expériences lui permettant une vision unifiée de celui-ci, une conscience d'un corps propre et distinct de l'autre ? Et pourquoi manifeste-t-elle un tel décalage dans sa façon d'être lorsqu'elle est au fauteuil et lorsqu'elle est au tapis ?

Je pense qu'il est difficile pour Jasmine de se percevoir comme une entité unifiée. En effet, en reprenant la théorie de l'étagage psychomoteur de Suzanne Robert-Ouvray⁴³, je constate que Jasmine est bloquée dans un clivage tonique : du fait de son atteinte neurologique, l'harmonisation entre l'hypotonie axiale et l'hypertonie périphérique n'est pas accessible. Cela se répercute dans son expérimentation où elle recherche le dur au travers du contact avec le sol, elle aime jeter les objets par terre, entendant le bruit de leur impact et rejette tout ce qui peut s'apparenter à du mou (le hamac, le travail avec les balles à picots...). Nous avons essayé à plusieurs reprises de lui proposer des activités pour l'amener vers un état de détente dans une perspective de régulation tonique. Mais à chaque fois Jasmine manifeste soit une expression de désagréable soit ce qui nous a paru être de l'inquiétude. Le mouvement, le dur, le tonique, serait pour elle un moyen de se sentir vivante, de sentir ses limites, son enveloppe, son unité qu'elle ne peut se construire du fait de ses difficultés d'harmonisation tonique, dans ce que S. Robert-

⁴³ Cf. *Supra*, 1.2.3. L'émergence de l'axe corporel p. 39.

Ouvray nomme une « *globalité psychosensorielle* » : « *vers le sixième mois, l'enfant peut regrouper son corps dans une globalité et il acquiert une première unité corporelle par synthèse tonique des unités de base.* » (Robert-Ouvray, 2019) Peut-être que Jasmine n'a pas encore réunit ses expériences et ses sensations sous une même unité, rejetant le mou car il viendrait déstabiliser l'enveloppe qu'elle essaye de se construire, une enveloppe qu'elle peut retrouver quand elle porte ses appareillages.

Lorsque Jasmine est dans son corset siège, elle ne bouge pas car elle est limitée par ses appareillages mais peut-être aussi parce que ces derniers lui apportent une contenance qu'elle ne peut s'approprier à elle-même. En effet, au-delà d'offrir une posture de socialisation au corps, une ouverture du regard et du corps sur le monde, l'appareillage porté au quotidien peut devenir une seconde enveloppe venant protéger ce corps « mou » et fragile, une enveloppe sécurisante. Une fois au tapis, dénudée de ces appareillages, c'est par le mouvement tonique qu'elle vient reconstruire son enveloppe en réalisant des retournements, sentant ses contours et lui permettant de sentir son dos, son arrière-fond.

Vignette clinique : Jasmine escalade sur les genoux l'escalier en mousse haut de trois marches. Avec notre aide elle glisse un genou sur la première marche, puis son autre genou sur la seconde marche, jusqu'à parvenir en haut de l'escalier. Une fois au sommet, Jasmine tente de s'ériger en poussant sur ses jambes pour redresser son buste. Face au miroir elle se regarde. Nous lui apportons un soutien dans le dos. Vient le moment de la redescente. Nous l'accompagnons lorsque cette dernière se laisse complètement tomber, « dégringolant » l'escalier sur le dos. Une fois en bas de celui-ci nous regardons Jasmine un peu étonnées : elle aborde un large sourire rieur sur son visage et redemande l'expérience.

Jasmine est beaucoup dans des mouvements de laisser tomber, de chute en arrière, lorsqu'elle explore les blocs de mousse, comme si elle cherchait à sentir cette zone arrière peu stimulée par sa grande hypotonie axiale. « *La maîtrise du buste passe par la constitution d'un équilibre entre musculature de flexion et d'extension permettant un progressif redressement. Cette coordination arrière/avant crée un arrière-fond.* » (Bullinger, 2006, p. 132) Chez Jasmine, son hypotonie axiale ne lui permet pas cet équilibre et donc la constitution de son arrière-fond. En découle une perturbation de l'utilisation de la vision comme moyen d'exploration. « *On peut voir fluctuer le fonctionnement oculomoteur entre un accrochage à un objet saillant lorsque l'arrière-fond fait défaut et une activité d'exploration bien organisée lorsque ce dernier est présent.* » (Bullinger, *Ibid*) Chez Jasmine je note un accrochage visuel très présent : ses yeux sont souvent grands ouverts, en recherche de notre regard ou de

stimulations visuelles, pouvant signifier la fragilité de son arrière-fond. De ce manque de tenu du buste en découle une persistance du tonus pneumatique, normalement passer chez l'enfant. Le maintien de ce tonus se fait au détriment d'un équilibre entre la musculature de flexion et d'extension. Cela peut alors engendrer des complications orthopédiques, une limitation de l'interaction avec autrui du fait de la courte durée du maintien du redressement en apnée et ne permet pas l'exploration de la coordination entre l'espace gauche et l'espace droit. La rotation du buste ne pouvant se faire, le passage d'un espace à l'autre (via la zone orale servant de relais) n'est pas réalisé. Cela ne lui permet pas l'exploration de son axialité. Cet axe construit ni physiquement ni psychiquement empêche la perception de son environnement comme unifié : Jasmine vivrait dans un environnement clivé entre un espace droit et un espace gauche. Cette vision divisée de son environnement peut se répercuter sur la construction de son enveloppe corporelle car comment se construire un corps unifié dans un environnement divisé ? Cette enveloppe qui peut paraître discontinue est retrouvée une fois dans son fauteuil, venant soutenir son arrière-fond.

Le mouvement tonique de Jasmine serait pour elle une façon de venir se procurer des sensations, notamment en venant sentir l'arrière de son corps afin de compenser la fragilité de son axe et ainsi de se créer une enveloppe, une unité dans son corps.

1.2. Victor : un monde sans frontière

Vignette clinique : Victor entre dans la salle de psychomotricité. Un carton est posé au milieu du tapis, remplis d'objet sensoriel. L'objectif de cette proposition est de voir si Victor arriverait à se poser au cours d'un travail autour de la sensorialité. La proposition semble fonctionner dans un premier temps : il est immédiatement attiré par le carton, nouvel objet dans l'espace. Très vite il commence son activité exploratoire, sortant chaque objet de son contenant, les explorant très rapidement avec la bouche ou les pieds. Une fois le carton vide, Victor commence à agiter ses mains autour de son visage puis se met à circuler sur ses fesses dans la pièce, passant d'un coin à l'autre. La séance a commencé depuis à peine dix minutes et Victor a déjà circulé au travers de toute la salle et manipulé nombre d'objets, mais n'est toujours pas venu nous dire bonjour.

Victor est un enfant en mouvement permanent, un mouvement rapide et impulsif. L'immobilité est particulièrement dure à supporter pour lui. C'est un explorateur qui part à la recherche de stimulations principalement autour de la zone buccale et des pieds. Ajoutons à cela des mouvements stéréotypés des mains venant alimenter cette recherche sensorielle. Mon questionnement est de savoir comment Victor vit son corps ? Que vient-il chercher par ce

mouvement permanent et cette quête sensorielle ? Comment perçoit-il ses limites corporelles et l'intérieur de son corps par rapport à ses explorations buccales ?

La théorie de Bergès⁴⁴ vient faire échos à ce que j'ai pu observer chez Victor. Pour cet auteur, l'instabilité motrice serait une façon de venir compenser son enveloppe corporelle défaillante. Victor viendrait se construire une seconde enveloppe tonique, une enveloppe d'excitation pour compenser celle interne défaillante. Victor Guerra parle d'un « faux self moteur » : « *l'activité motrice, le déplacement et l'« emprise » sur les objets et l'espace comportent, au lieu de l'intellect, la fonction de sécurité et de soin du self, constituant ainsi un faux self moteur.* » (Guerra, Konicheckis, 2018, p. 135) Grâce aux sensations qu'il se procure par le mouvement et l'exploration avec ses pieds et sa bouche, Victor se construit petit à petit son enveloppe corporelle. Les stéréotypies participent à cette tâche en venant organiser les sensations par la répétition. Il se reconstruit une image du corps archaïque, la répétition venant lui faire sentir sa continuité d'existence.

Si ce mouvement est nécessaire pour Victor, que vient signifier pour lui l'absence de mouvement ? Pour V. Guerra, l'immobilité est une « *expérience [qui] implique la tolérance d'une attente, d'un vide non angoissant, qui prépare le sujet à l'action et à la créativité. À partir de ce positionnement, le sujet ressent l'expérience d'exister* » (Guerra, Konicheckis, 2018 p. 140). L'immobilité, associée au vide, au néant, à l'absence d'exister est alors angoissante : « *dans l'immobilité nous ne sommes plus conscient de rien* » (Frölich, 1993, p. 24). Le mouvement peut être alors une façon de lui redonner vie, lui faire sentir son existence. Cette angoisse du vide peut également s'observer dans les comportements de vidage de boîte que manifeste Victor, ou encore par l'exploration des objets par la bouche. En effet, il porte systématiquement les objets à sa bouche, comme s'il voulait les avaler, les ingérer pour remplir son être de quelque chose, d'une consistance comblant ce vide, laissant supposer une problématique de limite entre le dedans et le dehors.

Vignette clinique : le groupe « relaxation dynamique » est composé à ce jour de quatre enfants et de quatre accompagnateurs : ma maître de stage, deux éducatrices et moi-même. Nous sommes installées sur les tapis et proposons des temps de toucher-massage et de percussions osseuses aux enfants. Victor est dans son mouvement habituel. Au bout d'un moment il se dirige vers moi, me grimpe sur les genoux et me serre dans ses bras avec une grande tonicité. Surprise par cette étreinte dynamique je le laisse faire sans trop comprendre son intention. Son accolade me met mal à l'aise : son étreinte est tellement forte et intense qu'il me donne l'impression d'une recherche de fusion corporelle, de vouloir entrer en moi.

⁴⁴ Cf. *Supra*, 2.3. Un vécu corporel angoissant p. 51.

Puis, sans même savoir pourquoi, Victor se détache et reprend son exploration. Je l'avais déjà vu faire ces telles étreintes mais je ne les avais encore jamais expérimentées, me laissant une sensation d'étrangeté.

Cette vignette clinique peut également être une illustration de ces difficultés de limite. Venir rencontrer l'autre de cette façon peut être une manière de ressentir son contour, aller contacter ses limites corporelles au contact de l'autre et les ressentir d'autant plus lors de la séparation. C'est dans la discontinuité que se construit l'enfant : cette fusion/séparation pourrait permettre à Victor d'élaborer ses limites corporelles. Ce contact puissant m'a également fait penser au concept de deuxième naissance évoqué par Margaret S. Mahler, qui parle d'une « *éclosion de la membrane symbiotique* » (Mahler, Pine, Bergman, 1990, p. 22). Au tout début de sa vie, le nourrisson entretient un fantasme de peau commune avec sa mère, une « *dépendance symbiotique mutuelle* » (Pireyre, 2015 p. 79). Grâce au maternage, cette peau commune va s'effacer au profit du propre Moi-peau de l'enfant. Au travers de son contact fusionnel, Victor me donne l'impression de rechercher cette peau commune laissant supposer un processus de séparation/individuation inachevé. Victor serait dans une ambivalence quant à cette fusion symbiotique : il se distance de l'objet en explorant son monde environnant, mais ressent le besoin de ce contact fusionnel, comme si l'autre venant faire point d'ancrage rassurant vers qui il peut se tourner avant de repartir. L'autre apporterait à Victor la contenance qu'il ne peut s'apporter à lui-même à cause de son enveloppe corporelle défaillante.

Le mouvement de Victor viendrait symboliser une enveloppe corporelle poreuse dans le sens où le dedans et le dehors restent encore incertains et peuvent se confondre, où l'autre fusionne parfois avec le soi, où le vide et l'immobilité renvoie à une absence d'être. Son mouvement serait une façon de chercher l'hyperstimulation afin de nourrir sa présence au monde, de se sentir vivant, de sentir sa continuité d'être, où « *cette activité incessante sert de « senti », de « vécu », de « frontière »* » (Berger, 2005, p. 15).

1.3. Mme T. : s'accrocher pour ne pas tomber

Mme T. est enfermée dans son hypertonicité et dans son vécu douloureux, rendant le mouvement très limité et difficile. C'est une dame qui a du mal à accepter sa situation : l'ennui, la solitude, la douleur et la plainte mnésique prennent beaucoup de place dans son discours. Sa situation actuelle a l'air d'être difficile à accepter et le deuil de sa vie passée compliqué. Cela laisse place à des angoisses majeures qui l'envahissent au quotidien, la submergent d'affects. Mon questionnement est de savoir quelles fonctions peut-elle mettre derrière cette carapace tonique bloquant son mouvement ?

Nous l'avons vu précédemment⁴⁵, l'activité physique est importante pour conserver une structuration de ses représentations corporelles, soutien de la conscience de Soi. L'absence de mouvement chez Mme T. vient très probablement entraver sa représentation du corps, représentation soumise également à la confrontation du temps qui passe et qui laisse une trace. Chez Mme T. nous constatons une forte dévalorisation de son image du corps avec des mots particulièrement violents à son égard : « sotté », « imbécile », « je ne sers à rien », faisant écho au miroir brisé développé par J. Messy. Cette non-reconnaissance dans le miroir désorganise son Moi, créant une porte d'entrée à la résurgence de certaines angoisses archaïques. Ces angoisses font partie du concept d'image du corps composite développé par E. Pireyre (2015). L'image du corps est inconsciente mais peut accéder au préconscient lors de séance de relaxation car les conditions que sont le silence, la faible luminosité, la posture allongée, la voix du thérapeute, les sensations corporelles, « *ouvrent en quelque sorte la voie aux ressentis inconscients* » (Pireyre, 2015, p. 154). La relaxation vient réveiller certains aspects de l'image du corps enfouis dans l'inconscient du sujet, favorisant des « *remontées archaïques* » (Pireyre, *Ibid*), laissant « *l'enfant en eux s'exprimer* » (Potel, 2015a, p. 114). Lors des séances de relaxation avec Mme T., j'ai cru percevoir une résurgence de ces angoisses, notamment des angoisses d'effondrement, de vide.

Vignette clinique : nous sommes en séance de relaxation avec Mme T. Cette dernière se laisse aller pour une première fois au relâchement complet : son corps paraît détendu, elle ne participe pas aux mobilisations que je réalise, ses yeux sont fermés, elle semble paisible. Quand soudain un sursaut la traverse, elle ouvre ses yeux et manifeste un grand étonnement, ne comprenant pas ce qu'il vient de se passer. Elle explique qu'il ne s'agit pas d'un sursaut de douleur, mais plus comme si elle sortait d'un « mauvais rêve ».

Cela me fait penser aux manifestations oniriques des angoisses d'effondrement : la personne vit dans son rêve une chute qui ne prend jamais fin. Le réveil en sursaut vient mettre un terme à cette chute angoissante. J'ai interprété le sursaut vécu par Mme T. comme l'expression inconsciente d'une angoisse d'effondrement. Les transferts de cette dernière sont également un moment où j'ai cru percevoir une certaine angoisse de vide. Mme T. manifeste une grande appréhension lors de ses transferts. Elle exprime une peur de la chute, malgré le fait qu'elle soit soutenue par plusieurs personnes, comme si plus rien ne la retenait une fois sortie de son fauteuil roulant. La verbalisation permanente de son ennui pourrait être également une expression de ce vide angoissant. Marion Péruchon (1994, p. 91) cite Blaise Pascal : « *Ennui. Rien n'est si insupportable à l'homme que d'être dans un plein repos, sans passion, sans affaire, sans divertissement, sans application. Il sent alors son néant, son abandon, son insuffisance,*

⁴⁵ Cf. *Supra*, 3.1. Un vieillissement tout d'abord physiologique p. 54.

sa dépendance, son impuissance, son vide. » La diminution de ses possibilités physiques, de son énergie mais aussi la baisse de stimulation liée à l'institutionnalisation (les personnes n'ont plus à réaliser les tâches qu'elles effectuaient quotidiennement : faire à manger, faire le ménage, aller au travail, etc.) provoque un ennui renvoyant à l'inutilité, à l'absence de sens, à l'absence d'attente envers l'avenir, à l'absence d'investissement de toute activité...Au vide mortifère.

Vignette clinique : je croise Mme T. au détour d'un couloir. Elle ouvre alors grand ses bras comme à son habitude pour me dire bonjour en m'invitant implicitement à la saluer par une accolade. Ses bras se referment autour de moi, dans un contact englobant. Je prends un temps avec elle pour discuter, sachant qu'elle apprécie ces moments furtifs et imprévus de rencontre. Pendant tout le temps de l'échange, ma main restera retenue par les siennes.

Mme T. est toujours en recherche d'agrippement, que ce soit sur les accoudoirs ou aux roues de son fauteuil, à un vêtement posé sur ses genoux ou alors un agrippement au soignant. En effet, comme l'illustre la vignette clinique, elle recherche souvent le contact physique. J'ai perçu ces gestes comme un besoin de relation, de chaleur humaine, mais aussi comme une façon de venir s'agripper physiquement à l'autre, comme si ce dernier venait faire point d'ancrage pour elle, venant lui apporter une réassurance qu'elle ne peut trouver en elle. Elle s'accroche pour ne pas « tomber psychologiquement » face à ses angoisses de vide et d'effondrement. Au tout début, ce contact pouvait me mettre mal à l'aise, me questionnant sur la distance professionnelle à conserver entre le patient et le thérapeute. Cette façon de saluer me faisait plutôt penser à une embrassade amicale. Petit à petit j'ai perçu l'importance de ce contact pour Mme T., ce geste devenant thérapeutique.

Pour se défendre face à ces angoisses envahissantes, il est nécessaire d'élaborer des mécanismes de défense afin de pouvoir les surmonter. Chez Mme T., j'ai l'impression que cette défense passe par la construction d'une carapace tonique, venant faire armure, pare-excitation, bloquant la survenue de ces affects. Pour G. Ponton, les angoisses de vide sont une problématique « *liée au manque d'appui en soi. Seule la contenance des parois semble les tenir droit [...] associées à un blocage du diaphragme par l'émotion de la peur* » (Ponton, 2012, p. 134). Sa tonicité lui confère une posture droite, un buste rigide qui la maintient et lui permet de lutter contre la chute dans le vide. Suspendue au-dessus du précipice, ses muscles la retiennent. Je me suis alors questionnée sur l'intérêt de travailler la relaxation avec Mme T. : est-ce que cela ne serait pas désorganisateur pour elle que de vouloir essayer de détendre son corps et donc fragiliser cette enveloppe tonique protectrice ? A ce jour je n'ai pas encore trouvé de réponse à

ma question⁴⁶.

« *Le moi se protège alors contre l'angoisse en développant des mécanismes de défense comme la projection, l'introjection et/ou le clivage du moi et de l'objet. Ce qui fait que le premier moi manque de cohésion interne.* » (Pireyre, 2015, p. 142) Afin de se protéger doublement de ses angoisses, Mme T. a trouvé un autre mécanisme de défense : le clivage entre le moi et l'objet dont parle E. Pireyre, l'objet étant chez cette dernière son corps. En effet j'ai l'impression que Mme T. s'est coupée de toutes sensations corporelles. Le corps n'est plus qu'un corps fonctionnel lui permettant de se déplacer, de pousser son fauteuil. La psyché est alors très investie : c'est une dame qui est beaucoup dans la réflexion, dans le questionnement afin d'essayer de comprendre, mais est peu dans le ressenti. Par exemple, lors des séances de relaxation elle me pose de nombreuses questions sur le principe de la relaxation et les objectifs. Lors du temps de verbalisation après la relaxation, Mme T. exprime peu son vécu et là encore il s'agit d'un temps de questionnement : est-ce que j'ai bien fait ? Est-ce que vous avez vu des choses ? Avec un retour assez pauvre sur sa séance : « c'était bien ». J'ai perçu ce besoin de contrôle psychique comme une façon de se protéger contre l'angoisse en se coupant de son vécu et en recherchant une sorte de contrôle permanent, une absence de lâcher prise afin d'éviter la manifestation de ses angoisses. Cette fois-ci nous pouvons parler non pas d'un « faux-self moteur » comme pour Victor, mais plutôt d'un « faux-self intellectuel » : « *il se produit alors une dissociation entre l'intellect et le psyché-soma.* » (Guerra, Konicheckis, 2018, p. 134) Il me semble néanmoins pertinent de prendre en compte la question de la génération. Nous sommes dans une époque où le prendre soin de soi est important. Nous le voyons notamment au travers de l'engouement que porte de plus en plus de personnes aux pratiques tournées vers la conscience corporelle telles que le yoga, le taï-chi, le shiatsu, etc. Cependant, cette attention portée au vécu et au ressenti est relativement récente. La génération de Mme T. n'entretenait pas forcément la même relation au corps qu'à l'heure actuelle, le corps pouvait être vu plutôt comme un « outils de travail ». La verbalisation des ressentis est donc peut-être chose nouvelle pour elle, ce qui peut expliquer la difficulté d'y mettre des mots.

La tonicité importante de Mme T. pourrait alors être une façon de venir se protéger contre les angoisses d'effondrement et de vide, se construisant une carapace tonique la coupant de son vécu corporel, de ses sensations. Mme T. chercherait donc à fuir le mouvement, source de sensation et de possible chute, au profit d'un surinvestissement intellectuel.

⁴⁶ Il me paraît intéressant de proposer à Mme T. une autre méthode de relaxation que la méthode Wintrebert : la méthode de relaxation progressive élaborée par Edmund Jacobson. Il s'agit d'une méthode neuromusculaire basée sur la reconnaissance de tensions et le contrôle de celles-ci pour ensuite venir sentir le relâchement et les sensations qui l'accompagnent dans le but d'amener à un état de détente psychique. Lui proposer une pratique la plaçant dans une situation plus active l'aurait peut-être davantage rassuré, elle qui est souvent en recherche de contrôle. Au vue du contexte sanitaire actuel, mon stage a dû être mis en suspens, ce qui ne m'a pas permis d'explorer cette proposition avec Mme T.

1.4. Mme D. : à la recherche du temps passé

Vignette clinique : il est proposé aux participants du groupe « équilibre et prévention des chutes » un exercice de passage au sol afin de travailler le relever. Après une démonstration des différentes étapes de la part de ma maître de stage, les résidents sont invités à le faire chacun leur tour. Nous demandons s'il y a un volontaire. Comme à son habitude, Mme D. est partante. Elle se met sur le tapis et entame sa descente au sol. Elle le fait de façon instinctive, sans passer par les différentes étapes illustrées au préalable, se laissant tomber sur ses genoux et basculant sur le côté pour s'allonger au sol. Elle aborde la même stratégie pour se remettre debout : sans reprendre le modèle initialement demandé, Mme D. entame la remontée en passant par des postures peu économiques. Allongée sur le dos elle s'installe en position assise à l'aide de ses abdominaux, puis se place en position quatre pattes et soulève ses fesses, dépliant ses jambes et redressant son buste avec une certaine rapidité. Une fois debout, Mme D. est déstabilisée par un petit étourdissement, verbalisant en souriant qu'elle a « la tête qui tourne ».

Cette vignette clinique illustre bien le mouvement de Mme D. C'est une dame très dynamique avec un mouvement particulièrement précipité et instinctif, pouvant la mettre à de multiples reprises dans des situations de déséquilibre dangereuses, sans que cette dernière n'en prenne conscience. Mme D. semble avoir du mal à accepter tous les changements en lien avec le vieillissement et semble ne pas se reconnaître sous le terme de personnes âgées, parlant de ses voisins de couloir comme des « personnes courageuses pour leur âge ». Age à peu près similaire au sien précisons-le. Malgré la répétition à plusieurs reprises des risques pris par son attitude, cette dernière y porte peu d'attention. Je me demande alors quel est l'origine de ce mouvement précipité et surtout qu'est ce qui est difficile à entendre pour cette résidente expliquant le fait qu'elle ne prenne pas conscience de son rythme de mouvement ?

Vieillir n'est pas toujours facile et provoque de multiples bouleversements venant perturber les repères et la reconnaissance de soi dans le miroir. S'en suit un long travail de deuil afin d'accepter tous ces changements et d'aboutir à la reconnaissance de cette nouvelle identité. Elisabeth Kubler-Ross a élaboré cinq étapes par lesquelles passe la personne au court de son deuil. Viennent en premier le choc et le déni, suivi de la colère, du marchandage, de la dépression et de l'acceptation. (cité par Viallard, 2016, p. 103). Je constate que Mme D. est dans la période du déni de sa situation, phase de courte durée dans le deuil normal. Or, chez cette dernière, son travail d'élaboration ne semble pas évoluer et elle reste enfermée dans ce déni de la perte de ses capacités physiques. Le déni prolongé serait alors une façon de ne pas accéder à sa nouvelle réalité car « *c'est en quittant ce court stade [du déni] que la réalité de la perte*

s'installe » (Viallard, 2016, p. 103). Rappelons cependant que Mme D. présente une désorientation spatio-temporelle, en lien avec sa démence mixte, ce qui influence très certainement cette conscience de son mouvement. En effet, dans les démences une atteinte du lobe frontal ainsi que des fonctions exécutives est fréquente. Le lobe frontal est le lieu du traitement des informations temporelles et des fonctions exécutives qui permettent d'organiser, de planifier et d'ajuster en permanence les actions en fonction de son environnement. Ces atteintes cérébrales perturbent la perception du temps et son organisation, ce qui peut se répercuter dans la rythmicité de la motricité de Mme D. En plus de sa désorientation spatio-temporelle, elle présente des troubles mnésiques affectant sa mémoire autobiographique. Cette atteinte est également à prendre en compte. La mémoire apporte une continuité d'existence : les étapes de sa vie s'inscrivent dans un continuum : « *au cours de mon histoire, j'ai changé – mon corps, mes situations, mes rôles... –, mais mon psychisme réalise constamment la synthèse des informations que je possède sur moi-même.* » (Mucchielli, 2013, p. 69) Une atteinte mnésique entrave ce sentiment de continuité, créant une rupture, une faille. Il est alors difficile de donner un sens à tous ces changements et à sa nouvelle situation, laissant place à une crise identitaire.

Cette crise que traverse la personne âgée est également corporelle car au cours du vieillissement, les limites corporelles de la personne deviennent poreuses, floutant la frontière entre le dedans et le dehors, amplifiant cette perte de repères dans l'environnement. Face à tous les deuils et toutes les pertes corporelles et identitaires que rencontre la personne, il est possible qu'elle ne se reconnaisse pas, qu'elle ne trouve plus de lien entre la personne d'avant et la personne d'aujourd'hui : sa « conscience noyau », son image de base, sont affectées. « *Si le sujet dément se désoriente c'est parce qu'il perd non seulement le sens de la permanence des objets environnants mais aussi sa continuité d'existence.* » (Montani, Ruffinit, 2009, p. 106) Pour se protéger de cette perte de repères, la personne âgée essaye de se reconstruire ses limites, de « colmater » son image. Mme D. m'a donné la sensation de vouloir colmater cette faille au travers de son mouvement. Son activité motrice permanente serait une façon de rechercher les sensations et les vibrations, pour faire résonner son corps et se sentir vivante, « *la recherche [...] d'une sensation d'exister en dehors de son propre être, à travers l'activité motrice* » (Guerra, Konicheckis, 2018, p. 139). Continuer son mouvement sans prendre conscience des limitations imposées par son corps serait alors une façon d'éloigner cette idée de vieillissement difficilement supportable, de « *protéger le sentiment de soi fragilisé ici par le regard que notre société porte sur les traces du vieillissement* » (Ponton, 2012, p. 133), ou encore « *d'éloigner des fantasmes dépressifs et/ou de mort* » (Guerra, Konicheckis, 2018, p. 140). Le mouvement viendrait faire trait d'union entre l'avant et le maintenant, créant un sentiment continu d'exister qui n'est pas assuré par sa mémoire.

Chaque mouvement est ainsi unique et nous donne des informations sur la façon dont la personne vit son corps, ce qu'elle en perçoit et ce qu'elle en dit. « *Dans ses façons de se tenir, de se mouvoir, quelque chose se dit du sujet.* » (Lesage, 2009, p. 67) Chez Jasmine, son handicap vient limiter son mouvement ce qui ne lui permet pas la construction de son axialité, impactant son investissement de l'espace et la perception de soi comme unifiée. Chez Victor, son mouvement éparpillé et permanent me laisse sous-entendre une enveloppe corporelle défaillante qu'il vient compenser par le mouvement. Chez Mme T., son vieillissement impacte l'intégrité de son Moi, faisant ressurgir des angoisses dont elle se protège par sa carapace tonique, en se coupant de son vécu corporel et de son mouvement. Mme D. recherche quant à elle une continuité d'existence au travers de son mouvement pouvant paraître impulsif et « inadapté » à sa situation. Chacune de ces personnes nous donne à voir alors une faille dans leur conscience de Soi, une faille qui se manifeste au niveau de leur image du corps. En effet, si nous reprenons la théorie d'E. Pireyre sur l'image composite du corps (2015), nous retrouvons chez chacun de ces individus une ou plusieurs des composantes de cette image qui est affectée (le sentiment continu d'exister, la peau, l'intérieur du corps, les angoisses archaïques...). Le mouvement défaillant serait donc à la fois la cause d'une perturbation de la conscience de Soi et le symptôme de cette défaillance : l'observation de leur mouvement a permis de mettre en évidence cette faille corporelle. Le mouvement viendrait parler « *du fonctionnement qui appartient à ce sujet, à ses aspects constitutionnels et à son univers intrapsychique* » (Guerra, Konicheckis, 2018, p. 145). En reprenant les mots de F. Dolto, le travail en psychomotricité sera alors de travailler autour de cette « *image archaïque de son corps, image qu'il n'arrive pas seul à dépasser de nouveau* » (citée par Guiose, 2007, p. 93). Agir non pas directement sur le mouvement de la personne mais plutôt sur son image du corps permettrait d'investir un autre mouvement, non plus mouvement compensatoire, mouvement symptôme de ce corps défaillant mais un mouvement expressif et relationnel.

2. « **Un corps à apprendre** » (Lesage, 2012, p. 176)

Apprendre n'a pas d'âge, tous les jours nous faisons des apprentissages. Il est vrai également pour notre corps : nous le découvrons ou redécouvrons un peu plus de jour en jour. Il évolue avec le temps, avec nos expériences, avec nos parcours de vie. Il faut donc réapprendre à le connaître et réapprendre à s'en servir. J'ai pu moi-même expérimenter cette redécouverte du corps au travers des TD, tels que « *expressivité du corps* » ou « *conscience corporelle* », proposés au cours de ma formation. Les séances de psychomotricité offrent aux patients un espace propice à cette redécouverte du corps, à cet « *apprentissage du corps* » comme le nomme Benoît Lesage (2012, p. 176). Il me semble intéressant de construire cette réflexion d'apprentissage en se basant sur les composantes de l'image du corps développée par E. Pireyre

dans son ouvrage « La clinique de l'image du corps » en 2015. En travaillant sur certains de ces items avec les patients, je cherche à construire ou reconstruire avec eux leur image du corps ou du moins un bout de leur image, afin de les accompagner vers une pleine conscience de Soi, se répercutant par la suite sur leur façon de se mouvoir.

2.1. Redonner une substance au corps

Le corps doit être pensé afin d'en prendre conscience, mais il doit surtout être vécu dans un premier temps, renvoyant au stade primitif de la sensori-motricité exploré par le jeune enfant. Cette expérience sensori-motrice est à entretenir tout au long de la vie au travers de stimulations sensorielles et motrices afin de conserver ce vécu corporel.

2.1.1. La sensibilité somato-viscérale ou sensorialité.

Par sensibilité somato-viscérale, E. Pireyre parle de ce que les physiologistes nomment le schéma corporel, sauf que lui préfère parler de matérialité du corps. Le travail de la sensorialité serait de redéfinir la matérialité du corps, donner une matière au corps, « *redonner au corps une certaine « substance » au sens premier du terme, substantia, « être, essence, existence, réalité d'une chose »* » (Personne, 2011, p. 42). Il s'agit de redonner du vivant au corps, éveiller chaque récepteur afin de venir nourrir la fonction proprioceptive évoquée par A. Bullinger (2007). Cette fonction proprioceptive permet d'informer l'individu sur son corps dans l'espace. « *Ce sens constitue l'une des bases de l'ancrage organique de notre identité.* » (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2011, p. 146) Elle naît de l'association de la sensibilité profonde qui fournit des informations relatives à la tension des muscles, la position et le déplacement des articulations, et des flux sensoriels (visuels, auditifs, olfactifs, gravitaire).

Ce travail de substance, je l'ai exploré avec Mme T. en essayant de lui redonner une conscience de son corps délaissé et coupé de tout ressenti. Au travers de la relaxation, à l'intérieur de la salle snoezelen, l'objectif est de venir réveiller cette sensorialité afin de stimuler sa présence au monde, sentir son corps vivant, nourrir sa fonction proprioceptive. Les douleurs très présentes chez Mme T. peuvent venir désorganiser cette fonction car « *la douleur masque les autres signaux* » (Goumas & al, 2014, p. 163). La perception des autres flux sensoriels est alors perturbée, impactant ainsi la fonction proprioceptive et donc sa conscience d'être au monde. En stimulant sa fonction proprioceptive au travers des stimulations lumineuses, auditives, olfactives, au sein de la salle snoezelen, mais aussi sa sensibilité profonde avec les mobilisations de ses membres, c'est la certitude d'avoir un corps et la conscience d'exister qui peut être réveillée. Venir nourrir ce corps vidé de toute sensation permet la « *construction de l'objet physique à partir de la sensorialité* » (Pireyre, 2015, p. 121), l'objet physique étant le corps. Au-delà de ce travail de conscience corporelle, stimuler la sensorialité de Mme T. permet

également de travailler avec elle son autonomie au quotidien. Stimuler la fonction proprioceptive permet de mieux se représenter son corps dans l'espace. Un corps perçu et représenté permet une meilleure organisation de ses gestes, de conserver, voire de gagner en autonomie. Cela s'inscrit dans un cercle vertueux car une personne qui se perçoit comme capable de faire se sentira valorisée, réinvestissant narcissiquement son image d'elle-même. Cela peut alors lui donner envie d'en faire davantage ou du moins de continuer à faire, stimulant ainsi d'autant plus sa sensorialité et son corps en mouvement, entretenant ainsi son autonomie et sa perception d'elle-même comme personne actrice de son quotidien.

2.1.2. L'intérieur du corps.

Il est difficile de se représenter l'intérieur d'un corps : les cours de sciences nous permettent de découvrir le contenu de notre corps, mais avant, comment conscientiser cette partie imperceptible de nous-même ? Notre corps n'est pas qu'une enveloppe vide, il est aussi un contenu que nous devons ressentir afin de percevoir la solidité de notre corps, car comment faire tenir un sac debout lorsqu'il est vide ? L'intérieur de notre corps nous sert à nous maintenir, il nous apporte une solidité, un ancrage permettant de prendre forme dans ce monde. Nous sommes constitués de muscles, de tendons, d'articulations, d'un squelette, d'une colonne vertébrale...d'un axe. Travailler cette conscience interne est importante, que ce soit à l'aide de la sensorialité ou encore de l'exploration motrice.

Extrait d'une séance de février avec Jasmine :

Jasmine est au tapis, elle a envie de bouger et d'escalader aujourd'hui. Nous lui proposons alors de grimper sur le trampoline. Pour se faire, Jasmine se retourne afin de se positionner face au trampoline, sur le ventre. Placée derrière elle, je l'accompagne dans son mouvement en ramenant ses genoux au niveau de son bassin : elle se retrouve assise sur ses genoux. Mes mains placées à l'avant de ses épaules lui permettent de redresser son buste et de venir coller son dos contre moi, formant ainsi un arrière-fond solide lui permettant d'expérimenter son axialité. Ses mains viennent ensuite prendre appui sur le trampoline. Un travail de repousser du sol lui est demandé afin de venir glisser son genou gauche sur le trampoline. Aidé de mes mains, sa jambe droite vient rejoindre son autre jambe : l'ascension du trampoline est réussie par Jasmine. Elle s'allonge ensuite sur le dos. Je viens à l'aide de mes mains appuyer sur la toile, l'enfonçant un peu ce qui fait rebondir Jasmine : son visage semble exprimer une sorte d'étonnement plutôt plaisant. Je continue alors la proposition. Jasmine, qui d'habitude apprécie guère les temps de détente ou de relâchement au tapis semble prendre du plaisir dans cette proposition. Les vibrations du trampoline se répercutent dans son dos, le long de sa colonne vertébrale et se propagent au reste du corps. Ces vibrations lui permettent de sentir la présence de sa colonne, une colonne soutenante et rassurante, un arrière-fond protecteur et unificateur.

Cet enchaînement moteur qui peut sembler simple est en fait une expérience riche de stimulations de l'intérieur du corps : l'appui de ses genoux contre le tapis relativement dur lui permet de sentir ses articulations en mouvement permettant la rotation de ses membres. Il y a donc du mouvement à l'intérieur de soi. Le travail de repousser du sol lui a demandé un recrutement musculaire, laissant sentir son muscle qui se contracte et se relâche : il y a donc du dur et du mou à l'intérieur d'elle-même. Enfin, le redressement de son buste lui a permis d'expérimenter la verticalité et donc ressentir un semblant d'axialité. C'est une Jasmine différente que j'ai pu observer à la fin de sa séance : le mouvement saccadé et tonique que j'ai l'habitude de voir chez cette dernière a ralenti, jusqu'à se stabiliser dans une immobilité d'habitude peu présente chez elle. Ressentir l'intérieur de son corps a permis à Jasmine de se poser dans son mouvement le temps d'un instant, de ressentir la solidité de son corps, son axialité, son unité qu'elle n'est plus obligée de chercher dans le mouvement.

2.1.3. La peau.

La peau est un organe venant faire limite, frontière entre le dedans et le dehors, entre le soi et le non-soi, organe venant contenir le corps et la psyché. Un organe souvent malmené au cours de la vie : perfusé, coupé, frictionné, effrité, abîmé... Les frontières deviennent poreuses, discontinues, la fonction de contenance n'est plus assurée. Le travail est alors de reconstruire cette fonction première du Moi-peau. Cela peut passer par des objets : une balle venant redessiner les contours, un foulard recouvrant le corps dans sa globalité, un toucher enveloppant. La contenance est également recherchée dans la relation au thérapeute : « *cette quête de contenance est particulièrement frappante au niveau de la relation thérapeute/patient au travers de manifestations [...] en lien avec le besoin de toucher, voire de s'accrocher véritablement au thérapeute [...] dans une recherche palpable d'étayage.* » (Montani, Ruffiot, 2009, p. 112)

Extrait d'une séance de décembre avec Victor :

Victor trouve un sac en papier au fond d'un tiroir. Il l'attrape et le porte automatiquement à la bouche. Cet objet a l'air nouveau et plein de découverte pour lui car il passe un moment relativement long dans l'exploration de celui-ci. Il continue à se déplacer dans l'espace avec le sac entre les mains et la bouche. Au bout d'un moment il s'installe entre ma maître de stage et moi-même, adossées contre le miroir de la salle. Ma maître de stage commence alors un temps de percussions osseuses comme il est fréquent de faire, que ce soit au cours des séances individuelles mais également lors des séances de groupe « relaxation dynamique ». Victor place sa tête sur ses genoux, recevant des percussions au niveau de ses épaules, des clavicules et de son sternum, tout en continuant à porter le sac en papier à sa bouche. Je me retrouve alors avec ses pieds en mouvement non loin de mon visage. J'attrape

les pieds de Victor dans un premier temps pour protéger mon visage d'un éventuel coup. Mes mains autour de ses pieds nus ne font pas ralentir son mouvement, bien au contraire. Je commence alors à lui souffler dessus, comme pour lui donner une sensation de vent contre sa peau. C'est alors que Victor cesse son mouvement, intrigué par ces sensations. Ce jeu continue entre nous. L'immobilité de ses pieds gagne alors tout son corps et se pérennise dans le temps. C'est la première fois que nous vivons une telle séance avec Victor : ce dernier reste allongé à nos côtés pendant près de vingt minutes, soit la moitié de la séance, nous permettant un temps d'exploration et d'échange intense.

En analysant cette séance, on constate que la sensorialité est très présente. Mon souffle continu sur sa peau est possiblement venu réveiller son enveloppe corporelle par la stimulation de ses récepteurs cutanés. Mais c'est surtout l'accumulation des sensations qui est intéressante à étudier : Victor est acteur de ce moment en se procurant lui-même des sensations orales en portant le sac en papier à sa bouche. Ma maître de stage, par ses percussions osseuses, vient réveiller également son enveloppe corporelle en lui donnant des informations tactiles. Elle réveille aussi l'intérieur de son corps qu'elle remplit de sensations partant de sa ceinture scapulaire et se propageant au reste du corps. Au travers de cette séance sensorielle c'est tout l'être de Victor que nous sommes venus réveiller, aussi bien son enveloppe interne que son enveloppe externe. Ce travail de globalité redonne un contenant et un contenu à cet enfant. Il est intéressant d'observer lors de cette séance le changement dans l'attitude et le mouvement de Victor. Ce dernier qui est d'habitude dans une instabilité motrice importante arrive à se canaliser le temps d'un instant. Je suppose que cette nourriture sensorielle en est une explication. Les informations qu'il cherche habituellement au travers du mouvement, c'est à dire la sensation d'exister, d'être au monde, cette recherche de limite, lui sont apportées dans notre échange, lui permettant de se poser dans la relation.

La conscience de Soi passe tout d'abord par une conscience corporelle. Au travers de la sensorialité, le psychomotricien vient travailler cette conscience, redonnant une substance au corps, un vécu sensoriel au corps global, permettant d'« être l'instrumentiste de notre propre instrument corporel » (Garros, cité par G. Ponton, 2012, p. 132).

2.2. La reconnaissance dans le regard

La conscience corporelle passe également par la distinction du corps de l'autre : son corps n'est pas le mien. Nous l'avons vu, l'expérience motrice est indispensable tout comme le reflet du miroir ou le regard de l'autre. Par son regard et sa reconnaissance en tant qu'être unique, l'autre participe au processus d'individuation, permettant d'aboutir à son résultat : l'identité, une

des sous composantes de l'image du corps d'E.Pireyre. L'identité est plurielle, elle dépend de nos expériences de vie, de notre parcours, de nos rencontres. Elle est toujours en transformation car le contexte dans lequel évolue l'individu est en perpétuel mouvement, tout comme les interactions qui en découlent, rendant ce concept difficilement saisissable. « *Il existe autant de corps que de regards posés sur lui, au point que son unité et son identité finissent par poser problème au sujet.* » (Cherazac, 2015, p. 33) Chaque rencontre laisse son empreinte sur la construction identitaire de la personne. Une empreinte qui se veut fondatrice et bienveillante, mais parfois il peut s'agir également d'une empreinte destructrice, malveillante. Je pense notamment au regard que porte la société actuelle sur la différence, sur le handicap et le vieillissement, un regard parfois jugeant, renvoyant à l'image du monstre développée par Olivier Grim (2000). Ce regard porté sur la personne se répercute sur l'image qu'elle a d'elle-même. L'identité nécessite la perception et l'organisation des sensations corporelles, des sentiments et émotions ressenties, des pensées, car « *c'est ce savoir sur soi-même qui est la source du sentiment d'identité personnelle* » (Mucchielli, 2013, p. 69). Les expériences de vie font que parfois ce savoir sur soi-même se perd ou se fausse, notre regard sur nous-même se transforme. Le regard de l'autre peut alors avoir ce rôle de reflet et renvoyer des images de nous, des bouts de notre identité que nous ne voyons plus forcément.

Extrait d'une séance de décembre avec Mme T. :

Lors d'une séance du groupe « équilibre et prévention des chutes », il est proposé aux participants de travailler le relevé du sol. Pour cela il leur est demandé de passer au sol, de s'allonger sur un tapis, puis de reprendre les différentes étapes montrées en amont afin de pouvoir se relever. Chaque participant est invité à le réaliser chacun son tour. Une grande appréhension de la part des résidents est alors perceptible. Lorsque vient le tour de Mme T., celle-ci manifeste une certaine anxiété, refusant dans un premier temps la proposition, puis elle nous demande si on la pense capable de réaliser une telle chose. Intervient alors son voisin de chaise qui lui explique très clairement que toutes les personnes présentes ici sont capables de le faire sinon on ne leur demanderait pas de le réaliser. Une approbation générale s'élève du groupe, incitant Mme T. à réaliser l'exercice. Cette dernière m'a grandement étonné au cours de ce déroulé, investissant pleinement la proposition et réalisant toutes les étapes pour descendre au tapis puis pour se relever avec notre aide. Cette dernière, qui d'habitude est très peu dans le mouvement, de peur de chuter ou d'avoir mal, s'est elle même mise au sol et s'est relevée, avant de retourner dans son fauteuil avec une certaine fierté. Cette réussite lui a valu des félicitations chaleureuses de l'ensemble du groupe.

Lors de cette séance Mme T. s'est montrée sous un nouveau jour : sortant de son immobilité habituelle, nous l'avons découvert comme une femme pleine de ressource, de détermination et vainquant sa peur. Le regard du groupe, par sa bienveillance, est venu porter Mme T., lui renvoyant une image différente de celle qu'elle a d'elle-même : une image de femme capable de réaliser la proposition, une image de femme pleine de possibilité et de ressource. Dans le regard des autres, que ce soit de façon individuel ou en groupe, vient se refléter des parts de notre personne, de notre identité que nous avons parfois tendance à perdre ou à oublier. « *L'autre devient le miroir narcissique* » (Berger, 2005, p. 85) de la personne, venant réparer le miroir brisé, recoller les failles narcissiques permettant une reconstruction de son image du corps. Il s'agit d'un travail central en psychomotricité, surtout auprès de ces personnes qui sont confrontés à des regards parfois malveillants. Ce sentiment d'identité permet de se sentir Soi, différent de l'autre avec ses propres caractéristiques et spécificités.

2.3. *Le corps communication*

Le corps n'est pas qu'un corps locomoteur, il permet également de communiquer, de se raconter. Cette communication corporelle fait partie de l'image du corps selon E. Pireyre. Pour ce dernier, le corps est composé de six canaux de communication : les attitudes, les modifications toniques, les mimiques, les gestes, les déplacements et le regard (2015, p. 134-136). Selon son histoire et sa subjectivité, la personne utilise préférentiellement un ou plusieurs canaux, délaissant les autres. Cette multitude de vecteur de communication fait la richesse du corps. La communication corporelle est très présente entre la mère et son enfant, mais elle est également utilisée tout au long de la vie. Dans les états démentiels très avancés, le dialogue verbal peut être entravé par des troubles du langage tels qu'une aphasie⁴⁷, ou des troubles mnésiques par exemple. La communication infra-verbale, qui reste opérante jusqu'à la fin de vie, est alors fortement sollicitée. Travailler l'ensemble de ces canaux de communication est ainsi central en psychomotricité. Cela offre une possibilité de s'exprimer tout au long de sa vie, affirmer ses propres choix et ses envies en tant qu'individu désirant. Cela permet également de développer l'écoute de son corps et aussi celui de l'autre. Une écoute corporelle indispensable dans l'échange et dans la construction de Soi car c'est dans la relation à l'autre que se construit la personne.

Ces canaux de communication permettent également d'exprimer des éléments de sa vie interne parfois difficilement verbalisables, comme les émotions. Si « *les émotions se prêtent souvent mal aux mots* » (Apter, Mellier, Saint-Cast, 2010, p. 9), elles se prêtent plutôt bien au mouvement. Mettre des mots sur ce que l'on ressent n'est pas toujours facile : la pudeur, le manque de mot, la difficulté de définir ce que l'on ressent, entrave son expression. Cependant,

⁴⁷ Il s'agit d'un « *trouble qui porte sur l'expression et la compréhension du langage* » (Carric, 2001, p. 17).

le mouvement, empreint d'émotion, permet de figurer ce vécu interne. Par exemple, la peur peut se manifester par une inhibition motrice, tandis que la joie peut se traduire par une instabilité. Travailler ce corps communication en psychomotricité permet alors de « *proposer des expériences corporelles qui font émerger, vivre, extérioriser et partager les émotions du patient pour l'aider à les reconnaître et les accepter, au lieu de les subir et de subir les conséquences de ces souffrances sur son développement* » (Apter, Mellier, Saint-Cast, 2010, p. 12). Proposer des pratiques corporelles mettant en jeu le tonus, les mimiques ou encore le regard, permet d'aborder de façon indirecte cette vie interne composée d'émotions.

Extrait d'une séance du mois de février avec Mme D. :

Nous sommes en groupe « expressivité du corps ». Le thème du jour est « les émotions ». Je propose aux participantes un jeu de mime afin de venir solliciter ces canaux par la mise en jeu de variations toniques, des mimiques, des gestes, etc. Pour se faire, j'inscris sur des papiers des actions à mimer (courir, manger, danser, tomber...). A tour de rôle chaque participante pioche un papier et le fait deviner aux autres. Puis elle refait dans un second temps le mime en y associant une émotion. Les autres participantes doivent alors deviner l'action et l'émotion associée. L'activité démarre et les résidentes se montrent très imaginatives et parviennent à faire deviner les actions. Au moment d'y mettre des émotions, je constate une certaine pauvreté dans le lexique émotionnel de Mme D. En effet, les mots « agréable », « désagréable », « plaisir » reviennent souvent mais il y a peu d'élaboration sur d'autres émotions telles que « peur », « colère », « joie », « surprise », etc. Lorsque vient son tour, elle réalise les actions avec une vive énergie comme à son habitude. Cependant, Mme D. se trouve en difficulté pour y associer une émotion, n'arrivant pas à en choisir une. Je l'aide en lui indiquant quelle émotion elle pourrait mimer. Je note alors une légère différence dans son mouvement. Par exemple, Mme D. mime l'action de lire et y associe l'émotion triste. J'observe à ce moment un mouvement qui s'adapte tout à fait à l'émotion, un mime avec une certaine lenteur et une baisse flagrante de son tonus. Lors de son second mime, là encore son mouvement est adapté à l'émotion.

Cette séance illustre le constat qu'il n'est pas toujours évident de mettre des mots sur les émotions, cependant le corps possède un lexique corporel permettant de les retranscrire. Mme D. qui ne trouve pas les mots pour exprimer les émotions arrive cependant très bien à les exprimer au travers de son corps. Approcher le mouvement par le biais des émotions a permis à Mme D. d'explorer un autre mouvement : en mimant la tristesse elle a pu vivre une autre rythmicité au travers d'un mouvement plus lent et moins tonique. Travailler sur la perception des émotions, sur le décodage du vécu interne permet alors d'agir de façon indirecte sur le mouvement de Mme D., un travail qui ne semble pas prendre sens pour cette dernière lorsqu'on

passer par le biais des consignes verbales. En diversifiant le répertoire émotionnel de Mme D., c'est sa palette motrice que nous sommes venus enrichir.

Le travail autour de ces sous-composantes de l'image du corps permet de saisir toute la complexité de cette notion, toute son importance et sa fragilité. Cette image est indispensable dans la construction du sujet, dans sa conscience d'être. Réaliser un travail corporel avec les personnes déficitaires est un passage essentiel pour que celles-ci puissent habiter leur corps, car « *le corps n'est pas une chose, il est soi et se révèle à nous non comme un outil mais comme immédiat de l'exister* » (Chirpaz, cité par Lesage, 2012, p 55). Nous l'avons vu au travers de ces extraits de séances, accompagner les patients dans cette construction ou reconstruction de leur image du corps permet ainsi d'agir sur leur mouvement, de venir le réguler, leur permettant de découvrir une nouvelle économie du geste, une réorganisation des automatismes corporels mais surtout d'investir un autre mouvement tourné vers l'autre. Agir avec le patient est important, mais il faut également prendre en compte son environnement.

3. Le mouvement autour du patient

En 1943, D.W. Winnicott affirmait qu'un bébé seul ne pouvait exister. En reprenant sa formulation je dirais qu'un patient seul ça n'existe pas non plus. Il est toujours à prendre au sein de son environnement qui l'influence très certainement dans sa façon d'être, dans sa construction et dans son mouvement.

3.1. L'influence du mouvement de l'autre

« *Mais je pense que chez ces patients, la hâte pour courir derrière leur être nécessite le calme de notre regard, afin de revisiter leurs fissures et de coconstruire d'autres histoires, pour réécrire leur processus de subjectivation.* » (Guerra, Konicheckis, 2018, p. 143)

Vignette clinique : il s'agit de l'une des premières séances de Victor que je mène avec le soutien de ma maître de stage. J'arrive dans la salle avec mes propositions en tête, bien décidée à les réaliser avec Victor. La séance commence et comme à son habitude Victor circule. Je lui laisse un temps d'exploration puis j'essaie d'attirer son attention, mais rien n'y fait. J'ai beau faire du bruit, l'appeler, bouger dans l'espoir d'attiser sa curiosité, Victor continue son mouvement. Un peu déstabilisée et soucieuse de ce que ma maître de stage pourrait penser, je ne baisse pas les bras et je continue mon agitation afin d'entrer en relation avec lui : j'essaie de reprendre ses mouvements, de me déplacer avec lui, de faire du bruit,

de sortir plusieurs objets qui pourraient l'intéresser... sans résultat. La séance prend fin et me laisse un sentiment d'inachevé, d'incompréhension et surtout une grande fatigue.

A plusieurs reprises je vais revivre des séances comme celle-ci avec Victor, sans reconnaître mon mouvement. En effet, son mouvement impulsif et rapide est venu influencer le mien. D'une personnalité plutôt posée et calme, je me retrouvais à bouger tout autour de lui, lui proposant des activités, le stimulant davantage pour essayer d'attirer son attention afin d'entrevoir un prémisses de relation. C'est ce que M. Berger nomme l'effet de contamination : *« l'enfant « donne » un corps à la psychomotricienne en lui imposant la même anarchie rythmique que la sienne, de la même manière que l'autre, la mère, lui a « donné » sa rythmicité anarchique autrefois. »* (Berger, 2005, p. 78) Victor vient « contaminer » mon mouvement par son instabilité. Cela renvoie également au phénomène de contre-transfert corporel développée par Catherine Potel. Pour cette dernière *« le thérapeute est « inspiré » – au sens presque respiratoire du terme – dans ses gestes et dans ses intentions, par la relation à son patient »* (Potel, 2015b, p. 115). Le mouvement du patient vient faire résonance chez le thérapeute de façon inconsciente dans un premier temps. Tout son travail sera alors de conscientiser cet écho en lui, de percevoir ce qui relève de son mouvement, de ses affects et ce qui provient du patient. Prendre conscience de ce contre-transfert corporel permet de s'en servir ensuite au sein de la thérapie. C'est lors des séances de groupe « relaxation dynamique » que ce travail de conscientisation a vu le jour pour ma part, me permettant d'observer par la suite l'influence de mon mouvement sur le mouvement du patient.

Vignette clinique : le groupe « relaxation dynamique » a lieu dans une petite salle où les tapis recouvrent la majeure partie du sol. Des objets sensoriels sont disposés par terre. Les enfants sont libres de circuler dans l'espace et d'aller à la rencontre des thérapeutes s'ils le souhaitent. Les thérapeutes sont installés sur les tapis, dans une disponibilité physique et psychique pour accueillir les enfants et leur proposer des temps de toucher-massage et/ou de percussions osseuses. Il s'agit d'un moment de partage très agréable où règne une ambiance de détente et de sérénité. Les enfants ne sont pas obligés de rester pendant tout le temps auprès du thérapeute. C'est le cas notamment de Victor qui a besoin de s'en éloigner, de bouger, avant de revenir le temps d'un instant, plus ou moins bref, chercher ces stimulations corporelles. Une sorte de symbiose se met en place au fil de la séance où petit à petit les enfants viennent d'eux-mêmes se poser sur le tapis dans un état de détente. L'apaisement des thérapeutes est communicatif, venant « contaminer » le mouvement des enfants.

Ces séances de « relaxation dynamique » m'ont permis d'accepter le mouvement de l'autre comme il est. En effet, parfois au cours de ces séances, les enfants ne parvenaient pas à se poser, questionnant alors sur notre propre disponibilité pour les accueillir. Cependant, il faut accepter leur état du jour sans que cela impacte le nôtre, ce qui nécessite un recentrage sur son propre mouvement, un travail de conscience corporelle afin de percevoir son état du jour pour le différencier de celui du patient. S'agiter autour de l'enfant ne sert à rien, bien au contraire, cela ne fait que renforcer son mouvement, éloignant encore plus la relation. Ce phénomène correspond à ce que Daniel Stern nomme l'accordage affectif entre la mère et son enfant. La forme, la fréquence, le rythme des gestes du bébé s'adaptent à ceux de sa mère. L'enfant reproduit ainsi ce que lui donne à vivre la figure maternelle (Gatecel & al, 2011, p. 291-292). Cet accordage affectif peut être vécu lors des séances de psychomotricité où le patient calque son mouvement et sa rythmicité sur la personne faisant office de figure contenante, soit le thérapeute.

Jouer sur son propre mouvement, son propre rythme permet au patient d'explorer une nouvelle rythmicité, donne à vivre des nuances de mouvement au travers de cet accordage. Il est important pour tout individu d'explorer le mouvement sous toutes ses formes, qu'il soit lent ou rapide, car « *se mouvoir de façon lente, continue, dans une direction donnée ne suscite pas les mêmes éprouvés psychiques qu'un mouvement rapide, saccadé, changeant sans cesse de direction* » (Lesage, 2011, p. 78). C'est sur ce constat que je me suis appuyée pour proposer à Mme D. de participer au groupe « expressivité corporelle », groupe composé de trois autres dames à la temporalité plutôt lente. Cependant cet accordage a été rendu compliqué par les difficultés de Mme D. pour percevoir la structure rythmique du mouvement en lien avec sa désorientation spatio-temporelle. Or, cet accordage corporel et rythmique est important car il permet la relation : « *la mise en phase des rythmes des uns et des autres apparaît alors comme le passage obligé de la rencontre et du contact.* » (Golse, 2019, p. 94) Cette difficulté d'accordage chez Mme D. a pu se faire sentir dans sa relation à l'autre, n'étant pas toujours à l'écoute de ce que son partenaire pouvait renvoyer.

Lorsque l'on observe le mouvement de la personne il faut ainsi prendre en compte son propre mouvement et son état du jour, l'environnement autour d'elle et ses capacités à percevoir le mouvement de l'autre et de s'y adapter. Son propre mouvement devient alors un allié incroyable pour réguler celui de l'autre.

3.2. *Le corps soignant*

Les soins apportés au patient viennent eux aussi influencer le mouvement. Le corps soignant prend ici un double sens. En effet, le mot corps est polysémique, il est à la fois notre entité organique et peut également se définir comme un « *organe collectif ayant une existence permanente [...] et une constitution unitaire [...]* » (cnrtl, s.d). Le corps soignant serait à la fois l'équipe soignante de l'institution venant faire continuité et ancrage pour le patient par sa présence permanente, mais également le corps du thérapeute venant faire étayage au corps défaillant du patient. Le psychomotricien et le professionnel de la structure de façon plus large, vient, par ses attentions, ses gestes, son regard, ses attitudes...son corps, « *réactiver des fonctions maternelles indispensables à la re(mise) en route d'un psychisme défaillant : fonction de holding, handling, pare excitation, contenant, étayage* » (Miermon, Benois-Marouani, Jover, 2011, p. 61).

Pierre Delion préfère utiliser le terme de « fonction phorique » pour les patients plutôt que de *holding*, destiné initialement aux enfants. Que ce soit dans le polyhandicap ou auprès des personnes âgées, il s'agit d'un public rencontrant souvent des difficultés au niveau de leur autonomie, nécessitant un accompagnement dans les gestes du quotidien : lors de la toilette, pendant le repas, pour les déplacements, etc. La fonction phorique, du grec *phorien* signifiant « porter », serait tout ce qui relève explicitement de l'action de portage, une adaptation du terme de *holding* aux personnes dépendantes et présentant des pathologies que P. Delion nomme « *archaïques* » (2018, p. 19-32). Il s'agit d'une fonction assurée par les parents mais aussi par les soignants. Nous avons vu précédemment toute l'importance du *holding* et du *handling* dans le développement de l'enfant⁴⁸. Cependant, il est important de faire perdurer ces soins tout au long de la vie car « *l'environnement contenant ne perd jamais de son importance pour personne* » (Delion, 2018, p. 23). Cela est d'autant plus important chez des personnes présentant des failles dans la construction de leur être, tel que cela peut être chez un enfant porteur d'un polyhandicap ou chez une personne vieillissante. En effet, chez ces deux populations la fragilisation de leur enveloppe interne ne peut plus assurer sa fonction de *holding*. Or, cette absence de contenance peut venir désorganiser la personne, laissant ressurgir des angoisses primitives. Par sa fonction phorique, le soignant compense cette défaillance d'enveloppe et assure « *la continuité de la fonction contenant pour accueillir, recueillir et contenir les fragments d'image du corps lorsque les angoisses mettent en péril la survie psychique des patients* » (Delion, 2018, p. 24).

⁴⁸ Cf. *Supra*, 1.2.1. L'expérience sensorimotrice p. 36.

Par son regard, son attitude, ses mots, son toucher, le soignant compense l'enveloppe corporelle défaillante et contient la pensée, soutenant ainsi la personne dans la construction de sa conscience de Soi.

3.3. *Le rythme institutionnel, ou la frénésie du mouvement*

Cependant, l'exigence institutionnelle ne permet pas toujours au soignant d'assurer sa fonction phorique. Il existe à l'égard de ce corps soignant une certaine demande de « productivité » dans la réalisation de leurs soins⁴⁹. Cette pression ne leur permet pas toujours de prendre le temps d'écouter les besoins du patient, ne pouvant donc y répondre de façon adaptée. Le geste qui se veut contenant et rassurant, se transforme en geste rapide et précipité, perdant alors toute sa dimension sécurisante. Le *holding*, ou la fonction phorique, devient défectueux, perdant son intérêt initial, voire devenant encore plus néfaste. Ce portage insécurisant n'invite pas la personne à l'exploration, bien au contraire...Elle peut alors se renfermer dans quelque chose de peu dangereux pour elle : l'immobilité, créant ainsi un cercle vicieux contre-productif au travail d'élaboration de cette conscience de Soi. Geneviève Ponton a observé cette rythmicité en institution, notamment auprès des personnes âgées. Elle constate que les soignants et les personnes âgées ne sont effectivement pas dans la même temporalité : « *le soignant entre dans l'activisme pour ne pas se rendre conscient du non-sens à l'œuvre. Il échappe au présent par l'anticipation permanente le faisant s'absenter du présent de la relation* » (Ponton, 2011, p. 118). Son geste devient automatique, dénué de son sens premier. La personne âgée perd sa dimension humaine et ne devient plus qu'une tâche à accomplir dans son emploi du temps. Inversement, les personnes âgées, que G. Ponton préfère nommer les « aînés », vont « *se réfugier dans la passivité pour échapper au sentiment d'impuissance* » (Ponton, 2011, p. 118).

J'ai pu moi-même me faire emporter par cette frénésie de mouvement lors d'une matinée partagée avec une aide-soignante. Afin de me représenter comment se déroulait une toilette, j'ai demandé à une aide-soignante de l'accompagner durant un bout de sa matinée. Une fois ma blouse enfilée, mes cheveux attachés et parée de toute ma motivation, cette matinée pouvait commencer. A peine arrivée dans la chambre du premier résident, je me suis retrouvée plongée directement dans l'intimité de la personne, participant activement à sa toilette. Cet activisme dont parle G. Ponton, j'ai pu le vivre, sans même m'en rendre compte. En effet, obnubilée par les tâches à accomplir et le protocole strict que m'expliquait l'aide-soignante, je me rends compte avec le recul que j'en oubliais la personne même. Il s'agissait de laver un bras, une jambe, un dos, mais non une personne dans sa globalité. Qu'en est-il alors du vécu du résident ? Comment percevait-il son corps que je décomposais tel un puzzle ? Une fois sortie de cette

⁴⁹ Il s'agit d'observations réalisées principalement au sein de l'EHPAD.

frénésie, j'ai repensé à ce moment partagé avec ce monsieur dont je ne connais absolument rien de son histoire, ni de sa pathologie (mais je connais cependant son intimité corporelle sans même que ce dernier ne m'y ait autorisé). Je me souviens d'un monsieur « peu coopératif », avec une grande rigidité et une recherche d'agrippement à tout ce qu'il pouvait trouver autour de lui : le pommeau de douche, la barre d'appui, le gant, ou encore le bras de l'aide-soignante. Ce monsieur m'a été présenté comme quelqu'un d'agité et d'agressif par moment. Et si son agitation était une façon de venir s'exprimer ? Une façon de se défendre face à certaines angoisses ? Je pense notamment aux comportements d'agrippement pour se protéger des angoisses d'effondrement. Face à ces gestes précipités, pouvant se montrer désorganiseurs pour la personne, la fonction phorique n'est pas assurée. L'individu ne se sent alors pas porté, risquant la chute (physiquement et psychiquement) dans cet environnement dénué de support. L'agrippement serait une façon de se soutenir, de s'accrocher et de sentir son action sur son environnement, de sentir son agentivité dans ce quotidien fait de passivité.

Ces différentes expériences m'ont fait prendre conscience que la personne n'est pas la seule « responsable » de son mouvement. Notre posture et notre mouvement sont également à prendre en compte. Il est important d'en prendre conscience pour pouvoir par la suite s'en servir comme outils dans la thérapie pour influencer le mouvement de l'autre. Par notre calme, nous invitons la personne à ralentir et à se poser, tandis que notre mouvement énergique peut l'inviter inversement à se mouvoir avec nous. Un travail de conscience de notre mouvement et de notre rythmicité est alors central afin de pouvoir observer le mouvement de l'autre distinct du sien et d'agir dessus. Il s'agit d'un travail individuel mais également une prise de conscience institutionnelle.

Conclusion

Nous ne naissons pas différencié et distinct de l'autre. C'est une construction de tous les jours. C'est tout d'abord au travers de l'autre et de son mouvement que nous bâtissons les prémices de notre individualité. Grâce à la maturation neurologique ainsi qu'à nos expériences sensori-motrices et relationnelles, notre mouvement se développe, permettant d'accélérer ce processus de différenciation et l'émergence d'une conscience de Soi en tant qu'individu unifié et différent d'autrui. Cette singularité se manifeste en partie dans sa façon d'être et de se mouvoir : le mouvement est caractéristique d'une personne. Cependant, ce mouvement peut être perturbé dès la naissance ou au cours de la vie à la suite d'un handicap ou du vieillissement. Il peut alors prendre un aspect atypique : le mouvement est peu présent, entravé par le handicap, la peur et/ou la douleur, ou inversement, le mouvement aborde une organisation « anarchique », une instabilité motrice. Face à ces différentes façons de se mouvoir, la conscience de Soi est mise à mal : son émergence est freinée et son maintien est perturbé. Intervient alors le psychomotricien qui, en venant réguler ce mouvement, permet à l'individu de se rapprocher de cette conscience de Soi, conscience qui permet de s'éprouver en tant que sujet. Le psychomotricien influence le mouvement non pas en agissant directement dessus mais en agissant là où la conscience fait défaut, au niveau de l'image du corps parfois inachevée ou malmenée. Il est important de voir le mouvement non pas uniquement comme la cause de la défaillance psychocorporelle, mais également comme un symptôme de cette atteinte. Lorsque le langage est limité, le corps parle, il vient faire symptôme. C'est en travaillant autour d'une construction ou d'une reconstruction de l'image du corps, permettant au sujet de s'éprouver comme unifié et unique, que le psychomotricien peut agir sur son mouvement. Mais il doit également être à l'écoute de son propre mouvement car l'environnement et la relation ont un rôle majeur dans cette régulation.

Cette élaboration de la conscience de Soi est un travail de toute une vie : nos rencontres, nos expériences, nos pratiques enrichissent notre connaissance de nous-même. L'apprentissage du corps est un long travail, il est difficile de dire qu'en l'espace de quelques mois j'ai pu faire redécouvrir à ces personnes leur image du corps. Je pense cependant avoir ouvert une brèche qui ne demande qu'à être stimulée pour pouvoir se renforcer. Le contexte sanitaire dans lequel s'est terminée cette année ne m'a pas permis de pousser plus loin mes observations, interrompant prématurément mon travail auprès de Mme T. et Mme D. et laissant cette redécouverte corporelle en suspension.

Ces expériences auprès du public âgé et polyhandicapé a été d'une grande richesse pour moi. Ils m'ont appris la persévérance, que rien de ce qui peut nous arriver n'est une fatalité et qu'il faut savoir rebondir, me donnant une leçon de force et de courage. Ils m'ont également fait

comprendre que par moment il faut accepter de ne pas comprendre, de simplement observer et de laisser le temps faire face à ces interrogations. La vie est faite de curiosité et de questionnements que le temps lui seul peut parfois y répondre. C'est surtout mon stage de l'année dernière dans le domaine du polyhandicap qui m'a permis de prendre conscience de ceci. De nombreuses questions ont pu me traverser l'esprit lors de cette expérience, parfois des incompréhensions face aux enfants, n'arrivant pas à mettre de sens et des mots sur ce que je vivais à leur côté. Cette incompréhension pouvait parfois me perturber et ne me laissait pas être pleinement dans la relation avec l'enfant. C'est seulement cette année, au cours de l'élaboration de cet écrit, que certaines situations ont pu prendre sens, mais bien des questionnements persistent encore.

J'ai surtout pris conscience du fait que le travail de la conscience de Soi n'est pas l'apanage de la pathologie, mais un travail de tout un chacun. J'ai pu participer lors de mes années de formation à des TD et des options mettant le corps en mouvement. Un mouvement autre que ce que j'avais déjà expérimenté jusqu'ici, un mouvement conscientisé. Ces expérimentations m'ont permis une nouvelle découverte de mon espace, de mon corps, de ses possibilités, élargissant mon répertoire de mouvement et me permettant de découvrir une nouvelle qualité de mouvement. Ce constat me permet de dire que l'expérimentation permet d'enrichir son mouvement et d'apprendre à bouger d'une autre façon, de l'enfance jusqu'à la sénescence. L'exploration motrice est donc importante tout au long de la vie : nous pouvons continuer d'apprendre sur nous et sur notre façon de bouger quel que soit notre âge. La vie est faite de mouvement et il faut la vivre en bougeant.

« Il importe de vivre non pour devenir "normal" mais pour devenir soi. »
(Goussot, Canevaro, 2010, p. 285).

Bibliographie

- Albaret, J-M., Feuillerat, B. (2018). Sémiologie psychomotrice. In J-M, Albaret., P. Scialom., F. Giromini, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Sémiologie et nosographies psychomotrices* (p. 63-214). Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Ameisen, J-C. (2014). *Sur les épaules de Darwin. Retrouver l'aube*. Paris : Les liens qui libèrent.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.
- Apter, G., Mellier, D., Saint-Cast, A. (2010). Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre ? *Enfances & Psy*, 49, 9-13. doi:10.3917/ep.049.0009.
- Are, B. (2011). Une approche psychanalytique du polyhandicap. *Thérapie Psychomotrice*, 166, 62-71.
- Bachollet, M., Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19. doi:10.3917/ep.049.0014.
- Bekier S., Guinot, M. (2011). Équipement et compétences du nourrisson. In P, Scialom & al, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (83-102). Marseille : Solal.
- Berger, M. (2005). *L'enfant instable*. Paris : Dunod.
- Bernard, M. (1995). *Le corps*. France : Edition du Seuil.
- Berthoz, A. (2008). *Le sens du mouvement*. Paris : PUF.
- Brown, G. (2012). *Déficit en pyruvate déshydrogénase E3*. En ligne sur le site Orphanet https://www.orpha.net/consor/www/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=2394, consulté le 21 février 2020.
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement.

Contraste, 25(2), 125-139. doi:10.3917/cont.025.0125.

Bullinger, A. (2007). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Toulouse : Eres.

Carric, J-C. (2001). *Lexique*. Paris : Vernazobres-Grego.

Charazac, P. (2015). Le corps. In *Psychogériatrie* (p. 33-56). Paris : Dunod.

Cnrtl. (s.d). *Corps*. En ligne <https://www.cnrtl.fr/definition/corps>, consulté le 22 avril 2020.

Cnrtl. (s.d). *Mouvement*. En ligne <https://www.cnrtl.fr/definition/mouvement>, consulté le 12 février 2020.

Damasio, A-R. (1999). *Le sentiment même de soi corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob.

Delion, P. (2018). *Fonction phorique, holding et institution*. Toulouse : Eres.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Edition du Seuil.

Frölich, A. (1993). *La stimulation basale : le concept*. Luzerne : Edition SPC.

Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Meurin, B., Giromini, F., Reinalter-Ponsin, F., Matta- Abi-Zei, C., Pireyre, E., Albaret J-M., Scialom, P. (2011). La relation en psychomotricité. In P, Scialom & al, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 287-308). Marseille : Solal.

Golse, B. (2019). *Les destins du développement chez l'enfant : Avenirs d'enfance*. Toulouse : Eres.

Goumas, J., Grimont-Rolland, E., Lambicchi, S. (2014). Approche sensorimotrice de la prise en charge d'un jeune avec polyhandicap douloureux. *Enfance*, 2(2), 159-169.

Goussot, A., Canevaro, A. (2010). En Italie, la culture de la désinstitutionnalisation. In C. Gardou, *Le handicap au risque des cultures : Variations anthropologiques* (p. 285-299). Toulouse : Eres.

Grim, O-R. (2000). *Du monstre à l'enfant ; Anthropologie et psychanalyse de l'infirmité*.

Paris : Ctnerhi.

Guerra, V., Konicheckis, A. (2018). *Rythme et intersubjectivité chez le bébé*. Toulouse : Eres.

doi:10.3917/eres.guerr.2018.01.

Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris : Heures de France.

Inserm (2012). *Handicaps rares-Contextes enjeux et perspectives*. En ligne

<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/4556/?sequence=19>, consulté le 13 mars 2020.

Kerlirzin, Y., Dietrich, G., Vieilledent, S. (2009). *Le contrôle moteur : organisation et*

contrôle du mouvement. Paris : PUF.

Lapierre, A., Aucouturier, B. (1975). *La symbolique du mouvement, psychomotricité et*

éducation. Blois : Edition épi.

Lefèvre, A. (2011). *100 % Winnicott*. Paris : Eyrolles.

Lefèvre, A. (2013). Winnicott et le psycho-somatique. In H, Guilyardi, *Qu'est-ce que le corps*

dans la psychanalyse (p. 125-159). Paris : Association Psychanalyse et Médecine.

Lehmann, J. (2007). Un concept méconnu de la clinique de Winnicott : le narcissisme primaire.

Che vuoi, 28(2), 39-53. doi:10.3917/chev.028.0039.

Lesage, B. (2009). *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique*

en danse-thérapie. Toulouse : ERES.

Lesage, B. (2011). Pour un corps relié et expressif : travailler avec des personnes

polyhandicapées. *Thérapie psychomotrice*, 166, 72-79.

Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Toulouse : Eres.

Mahler, M.S., Pine F., Bergman A. (1990). *La Naissance psychologique de l'être humain*.

Paris : Payot.

Messy, J. (2002). *La personne âgée n'existe pas*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Miermon, A., Benois-Marouani, C., Jover M. (2011). Le développement psychomoteur. In, P,

- Scialom & al, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (25-82). Marseille : Solal.
- Montani C., Ruffiot, M. (2009). L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques méditerranéennes*, 79, 103-116.
- Mucchielli, A. (2013). *L'identité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- OCFP. (2010). *Volume XVI. La psychologie des masses. Le moi et le ça*. Paris : PUF.
- OMS. (2018). *Vieillesse et santé*. En ligne <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>, consulté le 13 mars 2020.
- Personne, M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée*. Toulouse : Erès.
- Péruchon, M. (1994). *Le déclin de la vie psychique*. Paris : Dunod.
- Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps*. Paris : Dunod.
- Pitteri, F. (2010). Psychomotricité et personnes âgées. In C.Potel, *Psychomotricité : entre théorie et pratique* (289-310). Paris : In press.
- Ponsot, G., Boutin, A-M. (2017). Le polyhandicap : une situation particulière de handicap. In P. Camberlein, *La personne polyhandicapée* (p. 85-103). Paris : Dunod.
- Ponton, G. (2011). Entre l'abîme gériatrique et le jardin de la vieillesse : la poésie du présent. *Thérapie psychomotrice*, 166, 114-123.
- Ponton, G. (2012). La réorganisation de la conscience corporelle. *Thérapie psychomotrice*. 169, 130-144.
- Potel, C. (2015a). *Être psychomotricien*. Toulouse : Erès.
- Potel, C. (2015b). *Du contre-transfert corporel : Une clinique psychothérapique du corps*. Toulouse : Erès.
- Robert-Ouvray S., Servant-Laval. (2011). Le tonus et la tonicité. In P. Scialom & al, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (145-178). Marseille : Solal.
- Robert-Ouvray, S. (2019). *Rôle de l'Intégration motrice dans le développement psychique*. En ligne <https://www.suzanne-robertouvray.fr/role-de-lintegration-motrice-dans-le-developpement>

psychique/, consulté le 12 mars 2020.

Rosenstiehl, B. (2006). *Polyhandicap et musicothérapie*. Parempuyre : Editions du non verbal.

Saulus, G. (2008). Modèle structural du polyhandicap, ou : comment le polyhandicap vient-il aux enfants ? *La psychiatrie de l'enfant*, 51, 153-191.

Servant-Laval, A. (2018). *Anatomie fonctionnelle*. Recueil inédit, Sorbonne université.

Service-Public. (2020). *Qu'est-ce que la grille Aggir ?* En ligne <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>, consulté le 13 mars 2020.

Thomas, P., Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, vol. 31 / 126(3), 141-155.
doi:10.3917/g.s.126.0141.

Van Buggenhout, G. (2011). *Syndrome d'Angelman*. En ligne sur le site Orphanet https://www.orpha.net/consor/www/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=72, consulté le 21 février 2020.

Viallard, M. (2016). *Accompagner une personne en soin palliatif et son entourage*. Paris : Dunod.

Wallon, H. (1934). *L'origine du caractère chez l'enfant*. Paris : Bibliothèque de la Revue des Cours de conférence.

Annexes

Annexe I : grille d'observation qualitative des enfants polyhandicapés	93
Annexe II : bilan psychomoteur en gériatrie.....	96
Annexe III : bilan psychomoteur de Mme T.....	99

Annexe I : grille d'observation qualitative des enfants polyhandicapés

Bilan Psychomoteur

NOM :

Prénom :

Age :

DOMAINE RELATIONNEL :

Communication relation	➤ Qualité du regard	
	➤ Réponse à son prénom	
	➤ Mimiques	
	➤ Langage (utilisation, compréhension)	
	➤ Distance relationnel	
Comportement	➤ Stéréotypie	
	➤ Curiosité	
	➤ Respect du cadre	
	➤ Prise d'initiative	
Emotions	➤ Appréhension face à l'inconnue	
	➤ Plaisir ou déplaisir dans la relation	
	➤ Plaisir ou déplaisir dans le mouvement	
	➤ Plaisir ou déplaisir dans le jeu	
Utilisation des objets	➤ Curiosité face au jeu	
	➤ Manipulation / utilisation des jeux	
	➤ Poursuite oculaire	
	➤ Jeu sensoriel	
	➤ Jeu symbolique	
Domaine cognitif	➤ Capacité de compréhension	
	➤ Capacité d'attention, concentration	
	➤ Initiative	
	➤ Imitation	
	➤ Mémoire	
	➤ Permanence de l'objet	

DOMINE SENSORIEL :

Vision	Exploration visuelles	
	Poursuite oculaire	
	Couleur	
	Lumières	
Audition	Sensibilité la voix	
	Sensibilité au bruit	
	Sensibilité la musique	
	Orientation de la tête	
Toucher	Réaction au contact	
	Toucher franc	
	Papouille	
	Toucher de textures différentes	
Kinesthésique / vestibulaire	Position du corps dans l'espace	
	Balancement	
Gustatif / olfactif	Réaction face aux odeurs	
	Réaction face au goût	

TONUS ET POSTURES :

Tonus de fond	➤ Hyper/Hypotonique du tronc	
	➤ Hyper/Hypotonie des membres	
	➤ Spasticité	
Tonus d'action	➤ schéma en flexion/extension	
	➤ Dystonie	
	➤ Syncinésie	
	➤ Ajustement tonique spontané	
	➤ Ajustement tonique sur poussé	
Réaction et dialogue tonico-emotionnel	➤ Facteur E	
	➤ Portage	
	➤ Capacité de relâchement	
Posture et attitude	➤ Posture spontanée	
	➤ Posture ouverte/fermée	
	➤ Posture confortable ou inconfortable	

DOMAINE MOTEUR :

➤ **Handicap moteur de l'enfant :**

Motricité spontané	➤ Déplacements	
	➤ Mouvement volontaires/involontaire	
	➤ Plaisir de bouger	
	➤ Plaisir d'être bouger	
	➤ Utilisation de l'espace	
	➤ Motricité vers un but	
NEM	➤ Stade des Nem	
	➤ Changements de position	
	➤ Position du corps dans l'espace	
	➤ Vitesse d'exécution	
Equilibre	➤ Position assise	
	➤ Statique debout	
	➤ Dynamique debout	
	➤ Réaction parachute/ appuie au sol	
Coordination/ dissociation	➤ membres supérieurs	
	➤ membres inférieurs	
	➤ hémicorps gauche/droite	
	➤ oculo manuel	
	➤ oculo pédestre	
Latéralisation/ motricité fine	➤ Latéralité manuelle	
	➤ Motricité fine	

SCHEMA CORPOREL ET IMAGE DU CORPS :

Schema corporel	Somatognosie (montrer, nommer) Organisation et utilisation corporel dans l'espace Imitation de gestes / postures	
Image du corps	Attitude face au miroir Mouvement involontaire Recherche de contacte	

Annexe II : bilan psychomoteur en gériatrie

État du jour :

Repères temporels :

- Date de naissance :
- Date du jour :
- Heure :
- Jours et mois :
 - Suite des mois et des jours :
 - Le jour avant lundi ?
 - Le mois après mars ?
- Connaissance des saisons :

Repères spatiaux :

- Localisation géographique :
 - Établissement :
 - Ville :
 - Région :
- Connaissance des notions spatiales simple : (haut/bas/devant/derrière/dessous/dessus)
- Connaissance de la droite et de la gauche :
 - Sur soi :
 - Sur autrui :
- Orientation dans les déplacements :

Praxies :

- Pantomime (idéomotrice) :
- Saluer
- Gronder
- Se brosser les dents
- Planter un clou

- Écriture : (Nom + date de naissance)
- Copie de figures géométriques (visuo-constructive)
- Utilisation des couverts (idéatoire)
- Épreuve de l'horloge (visuo-construction)

Motricité fine :

- Attraper une pièce : MD/MG
- Opposition pouce/doigts : MD/MG
- Pointage des pieds

Équilibre statique : (sans appui, appui)

- 2 pieds :
- 1 pied :

Équilibre dynamique : Se lever, rester debout quelques instants, marcher sur 3mètres, faire demi-tour, revenir s’asseoir (TUAG)

→ transfert, équilibre statique et dynamique, polygone de sustentation, longueur des pas, regard, ballant des bras, appui.

Schéma corporel :

- Somatognosies :

<i>Montrer sur désignation verbale :</i>		<i>Nommer les parties montrées :</i>	
Cheveux	Cou	Mollet	Bouche/Lèvres
Paume	Oreille	Bras	Talon
Cheville	Nuque	Genou	Dos
Cuisse	Ventre	Cheveux	Dents
Coude	Paupière	Pouce	Sourcil

- Reproduction de mouvement : (*circulation avec les bras, chapiteau main jambes au repos, pieds de danseuse*)

- Imitation
- Reprise sans modèle

- Dessin d'un personnage :

- Nomination les yeux fermés d'une région du corps touchée (*pied, genoux, main, bras, épaule, dos, crâne*)

- Différenciation cénesthésique entre différentes sensations (*pression faible, forte, lourd, léger, tapotement, frottement*)

Tonus :

- Observation de sa posture :
- Mobilisations actives :

<i>Membres supérieurs :</i>	<i>Membres inférieurs :</i>
Poignet	Cheville
Coude	Genou
Épaule	Hanche

- Diadococinésies :
- Doigts/nez :

Mémoire verbale : (palmier – bol – abricot)

- Rappel immédiat
 - Moment de la journée
 - Rappel différé
- libre / indicé / reconnaissance (journal, bougie, palmer, fenêtre, tondeuse maison, abricot, orange, bol, chaise)

Fonctions exécutives :

- Attention
- Inhibition
- Planification
- Stratégie compensatoire

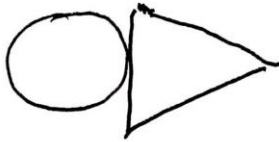
Communication :

- Compréhension
- Mimique faciale
- Communication gestuelle
- Langage cohérent et adapté

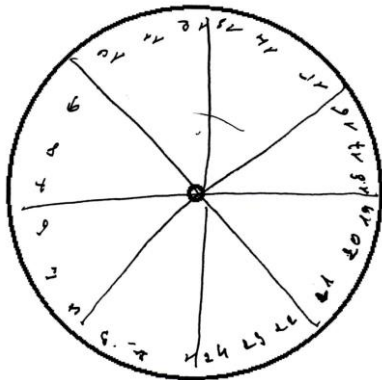
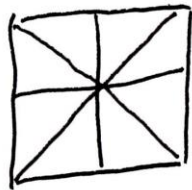
Annexe III : bilan psychomoteur de Mme T.



Dessin du personnage



Épreuve de copie de formes



Épreuve de l'horloge

Résumé

C'est par le mouvement que l'Homme se crée. Tout d'abord dans le mouvement de l'autre au travers des soins maternels, puis, grâce à ses explorations sensori-motrices et relationnelles, l'enfant acquiert son indépendance physique et psychique. Il accède à la conscience de Soi en tant qu'être à part entière et distinct de l'autre. Cependant, les parcours de vie font que parfois ce mouvement peut être perturbé par un handicap ou lors du vieillissement. Le mouvement peut alors aborder une organisation atypique : il est presque absent, entravé par le handicap, la peur, la douleur, ou inversement il est très présent, avec une organisation pouvant paraître anarchique. Qu'en est-il alors de la mise en place de cette conscience de Soi ? Ce mouvement singulier impacte sa mise en place et son maintien, se répercutant par la suite sur sa façon de se mouvoir. Le mouvement est donc à la fois la cause et le symptôme de cette défaillance psychocorporelle. Tout l'enjeu du psychomotricien est alors de venir réguler ce mouvement, de faire expérimenter au patient sa richesse et sa diversité pour l'accompagner dans cette construction/reconstruction de sa conscience d'être. Pour ce faire, il intervient là où la conscience fait défaut : sur l'image du corps.

Mots-clés : Psychomotricité, Mouvement, Conscience de Soi, Polyhandicap, Personnes âgées.

Summary

It is by movement that man is created. First by the movement of others, through the mother's care, then by his own sensorial, motor and relational exploration, the child acquires his independence, both physical and psychological. He achieves self-consciousness as a being in his own. However, life courses may affect this movement via a disability or through ageing. Movement can in this case be altered : it can either be lacking, impeded by the disability, by fear or by pain ; or particularly active, in a way that can seem chaotic. In this case, how is self-consciousness achieved ? This singular movement affects its implementation and its continuity, thus affecting the child's way of moving. Movement is therefore both the cause and the symptom of that psycho-corporal deficiency. The whole mission of the psychomotor therapist is to regulate this movement, to help the patient experiment its richness and its diversity, in order to support him during the construction or reconstruction of his self-consciousness. For this purpose, he operates where awareness is lacking : on the representation of the body itself.

Keys words : Psychomotricity, Movement, Self-Consciousness, Multiple disabilities, Elderly people.