



HAL
open science

Les types de toucher du psychomotricien lors de l'accompagnement à la marche de la personne âgée

Manon Le Brun

► **To cite this version:**

Manon Le Brun. Les types de toucher du psychomotricien lors de l'accompagnement à la marche de la personne âgée. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02936775

HAL Id: dumas-02936775

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02936775>

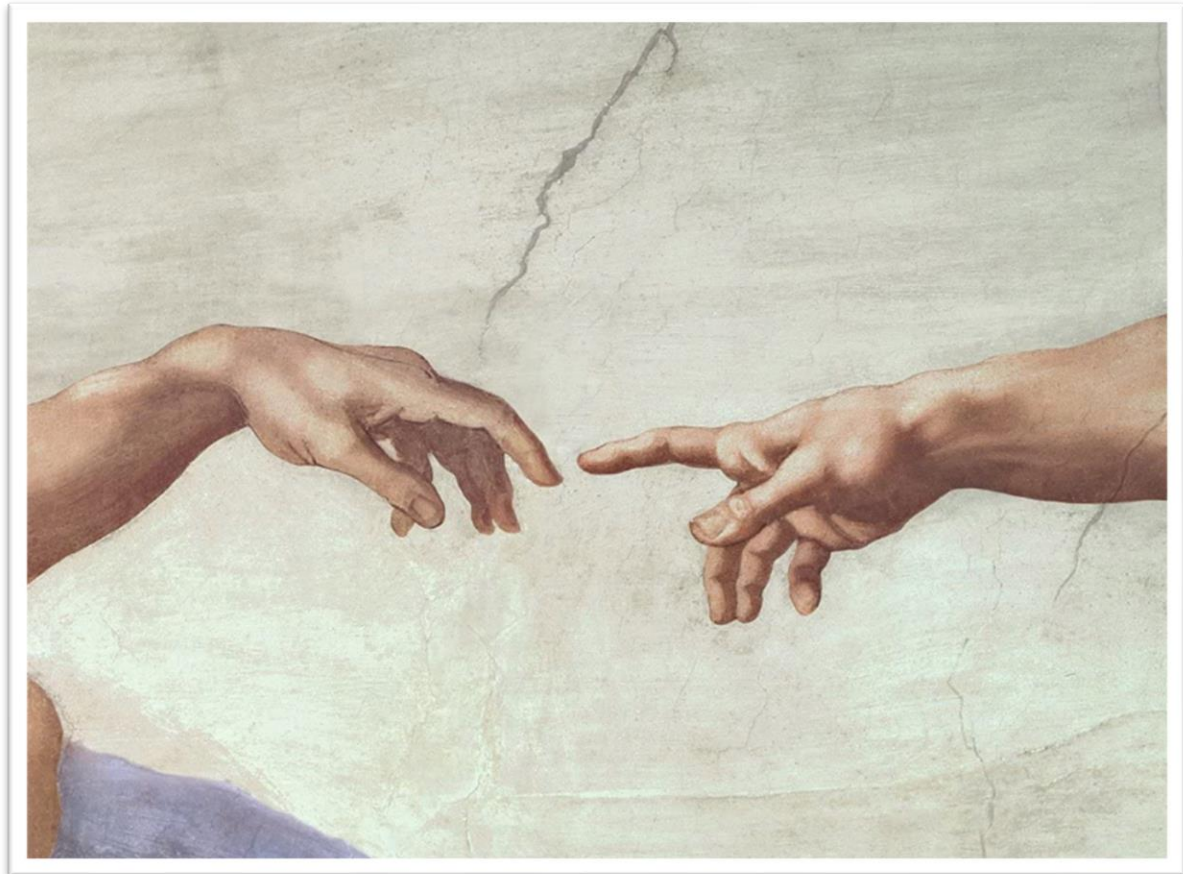
Submitted on 11 Sep 2020

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.

Médecine Sorbonne Université
Institut de formation en
psychomotricité
91, Boulevard de l'Hôpital
75364 Paris cedex 14

Les types de toucher du psychomotricien lors de l'accompagnement à la marche de la personne âgée



Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de Psychomotricien
présenté par **Manon LE BRUN**

« Bien avant les destinations, bien avant les errances aussi, n'y aurait-il pas dans l'acte de marcher cette parfaite concomitance de deux désirs égaux et impérieux : celui de fuir la terre et celui de s'y ancrer ?

Celui de s'élever ailleurs et celui de rester là ?.....La marche est là qui réfléchit l'ambiguïté des hommes, et fait vibrer le fil qui lie ce qu'ils sont à ce qu'ils aspirent à devenir »¹

¹ Choplin, 2007

REMERCIEMENTS

A l'heure où je termine mon mémoire, je tiens à remercier Madame Chantal Corbeau, en sa qualité de référente de mémoire, pour son accompagnement dans mon cheminement de pensée...

Merci à Yanis Payet pour sa relecture attentive et son soutien très utile.

Je souhaite remercier Lucie Tracol, ma maitre de stage qui m'a confortée dans mon choix de parcours, pour sa confiance et son humanisme.

Merci également à Patricia Goujon ainsi qu'à Sophie Gérin et Sophie Trentesaux pour leur enseignement et leur écoute.

Un grand merci à Anne Jacob, sans qui je n'aurais pas connu ce si beau métier.

Je remercie également Mesdames Agnès Servant-Laval et Geneviève Ponton pour leurs précieux conseils au cours de mes formations.

Merci, à toutes les personnes que j'ai rencontrées au cours de mes stages : professionnels, patients et entourages, grâce auxquels j'ai pu faire évoluer ma pensée.

Et merci à mon entourage et ma famille pour m'avoir toujours fait confiance.

SOMMAIRE

Préface

Remerciements

Sommaire

	.8
Introduction	
Chapitre 1 : Temps du corps de la vieillesse	.10
I. L'accompagnement à la marche de la personne âgée	.11
1) Incidences du vieillissement normal de la personne âgée11
<i>1.1 Incidences psychiques</i>	
<i>1.2 Incidences physiques</i>	
<i>1.3 Incidences psychomotrices</i>	
2)... sur la marche	.15
2.1 <i>Qu'est-ce que la marche ?</i>	
2.1.1 Définition	
2.1.2 Ses enjeux, à la fois identitaires et relationnels	
2.2 <i>Toucher-être touché : Place de la relation dans l'accompagnement à la marche</i>	
2.2.1 L'accompagnement	
2.2.2 La juste distance à établir avec « tact »	
Chapitre 2 : Avec elle, je vois.	.21
II. Quelle dé « marche » ?	.22
1) L'institution	.22
<i>1.1 Le service et ses unités</i>	
<i>1.2 Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique : Le projet de soins et de vie</i>	
<i>1.3 La psychomotricité en SSR Gériatrique : Unité Rééducation</i>	
2) La construction d'une grille d'observation	.25
2.1 <i>L'observation ?</i>	
2.2 <i>Quoi observer et comment ?</i>	

Chapitre 3 : Ces personnes, à la marche...	.29
3) Mes rencontres	.30
3.1 <i>Mme H</i>	
3.1.1 Présentation et anamnèse	
3.1.2 Première rencontre et bilan psychomoteur	
3.1.3 Projet thérapeutique et évolution de l'accompagnement psychomoteur	
3.2 <i>Mme S</i>	
3.2.1 Présentation et anamnèse	
3.2.2 Première rencontre et bilan psychomoteur	
3.2.3 Projet thérapeutique et évolution de l'accompagnement psychomoteur	
Chapitre 4 : Comment les aborder ?	.37
III. Le Toucher	.38
1) Les « sens » du toucher	.38
<i>Versant proprioceptif et affectif</i>	
2) Le toucher dans le développement psychomoteur	.40
2.1 <i>Moi peau » selon Anzieu</i>	
2.2 <i>« Dialogue tonique » selon Wallon</i>	
2.3 <i>« Holding » et « handling » selon Winnicott</i>	
Chapitre 5 : Ô combien elles m'ont touchée	.42
3) Les types de toucher	.43
3.1 <i>Direct</i>	
3.1.1 L'appui	
3.1.2 Contenir son enveloppe, ou envelopper son contenu ?	

3.2 Indirect

3.2.1 Le regard

3.2.2 Le langage

3.2.3 La voix

3.3 Entre équilibre et déséquilibre, les transferts.

Conclusion	.60
Bibliographie	I
Annexes	
Annexe I : Mme S_ Séance du 13.11	IV
Annexe II : Grille d'observation de la séance du 13.11_ Mme S	VIII
Annexe III : Grille d'observation de la séance du 20.11_ Mme S	XII
Annexe IV : Mme H_ Séance du 8.01	XV
Annexe V : Grille d'observation de la séance du 4.12_ Mme H	XVII
Annexe VI : Grille d'observation de la séance du 11.12_ Mme H	XX
Annexe VII : Grille d'observation de la séance du 8.01_ Mme H	XXII
Résumés	XXIV

Introduction :

« *Dis moi comment tu marches, je te dirai qui tu es* »². Au même titre que cette citation qui exprime toute la symbolique de la marche, mon regard s'est rapidement porté sur la façon dont les gens ont de se mouvoir, se porter, se transporter. C'est très jeune que la marche m'est apparue comme révélatrice d'une part de la personnalité des individus. De nature timide, l'observation de ce « processus » anatomique m'a permis d'affiner mon regard et d'émettre des hypothèses quant à la personne que j'allais rencontrer.

Nous savons aujourd'hui que la tendance posturale est individuelle c'est à dire que « *le schéma tonique de base de chacun représente une forme préférentielle de présence constamment négociée avec les diverses sollicitations internes ou de l'environnement, qu'elles soient d'ordre physique (...) ou d'ordre psychique* »³. Elle serait liée à la morphologie de base de la personne mais également à son histoire personnelle. Ces aspects sont donc en interdépendance et peuvent toujours rendre modifiable à plus ou moins long terme la tendance posturale qui en découle.

Néanmoins, l'Homme est un être en relation. Ce qui signifie que la marche s'inscrit dans une dynamique relationnelle, où l'autre a son importance. Qu'en est-il alors de « cet autre » ? Comme nous l'évoque Piaget⁴, les expériences partagées lors de l'interaction vont permettre à l'enfant de les intérioriser comme représentations, et alors l'amener à construire son histoire dans la relation. Ainsi, si la relation sous-entend que c'est à travers les rencontres que nous construisons le récit de notre vie, cela se déroule dès notre plus tendre enfance jusqu'à notre mort. Je me suis alors interrogée sur l'accompagnement à la marche de la personne âgée. Si l'on considère l'accompagnement comme un acte banal du quotidien que chacun d'entre nous peut réaliser avec autrui à tout moment et dans différents endroits, peut-on envisager comme insignifiant la manière dont l'accompagnateur le fait ? Si la relation suppose une interdépendance et de l'interaction, peut-on en dire autant de la façon d'être, et de guider l'autre ?

² Bruna Denis, s.d.

³ Servant-Laval, 2010, p32.

⁴ Mazet, et Stoleru, 1999

Si l'on part du principe que l'accompagnement à la marche est sujet au toucher, il serait intéressant de questionner la place du toucher lors de l'accompagnement à la marche de la personne âgée, et notamment le panel dont le psychomotricien dispose.

Mon mémoire transversal va ainsi s'articuler autour de cette question principale :
Quels types de toucher le psychomotricien adopte-t-il lors de l'accompagnement à la marche de la personne âgée ?

Ma première partie s'articulera autour de la question du vieillissement, afin de comprendre son impact sur la marche.

Ma deuxième partie s'intéressera aux différents portraits qui m'ont touchée dans le cadre de mon stage, dont j'ai tenté de retranscrire leur histoire.

Ma troisième et dernière partie va traiter de l'accompagnement réalisé par le psychomotricien, notamment au travers de différents types de toucher que je développerai par le biais de mes rencontres.

Chapitre 1 :

*Temps du corps de la
vieillesse.*

I. L'accompagnement à la marche de la personne âgée

Au fil de mes recherches sur la personne âgée, le terme qui apparaît fréquemment pour la définir est : le vieillissement. Selon l'OMS⁵ il est souvent associé aux personnes de plus de 65 ans, mais le vieillissement est un processus physiologique vécu par tous, dès la conception. Dans cet écrit ma réflexion se porte sur la marche de la personne âgée. Je vais donc ici vous évoquer les répercussions induites par le vieillissement physiologique afin de comprendre leurs conséquences sur l'appréhension de la marche.

1) Incidences du vieillissement normal de la personne âgée ...

Selon Héту, l'analogie entre le vieillissement et les capacités psychocorporelles suggère un « *déclin plus ou moins graduel de la vigueur et de la santé ainsi que des fonctions cognitives, déclin qui met la personne au défi de mobiliser ses ressources pour assurer le maintien de la satisfaction de ses besoins physiques et affectifs ainsi que de son besoin de sens* »⁶. La sénescence, quant à elle, correspond au vieillissement normal qui se définit comme « *la perspective biologique sous laquelle apparaît dans son âge avancé l'homme conservant les attributs d'une santé normale. Il ne faut la confondre ni avec la vieillesse (notion purement chronologique) ni, comme on le fait parfois, avec la sénilité (notion pathologique)* »⁷. A l'hiver de la vie, les capacités psychocorporelles de la personne âgée diminuent, ce qui engendre une limitation de son autonomie.

On remarque qu'il existe une connotation péjorative au terme "vieillir" qui provient du latin « *senescere* », il sous-tend l'idée d'une accumulation de multiples pathologies. En effet, on distingue trois types de vieillissements. Selon Villa⁸, le premier se dit « réussi », il concerne 5 à 10% de la population et correspond à une absence ou une atteinte moindre des fonctions physiologiques et à l'absence de pathologie. Celui qui s'intitule le vieillissement normal ou habituel correspond à 60-70% de la population âgée qui présente des atteintes physiologiques dues à l'âge sans pathologie particulière. Enfin, le vieillissement pathologique qui concerne 5 à 10% de la population correspond à des sujets présentant une dépendance induite par des

⁵ Organisation mondiale de la santé, 2016

⁶ Héту, 2007, p9.

⁷ Bardenat, 1952

⁸ Villa, 2010

polypathologies, dont 50% d'entre eux font l'objet d'une démence. Ainsi, même si le vieillissement ne signifie pas l'absence totale de pathologies, la personne âgée reste confrontée à des « pertes » qu'elles soient psychiques, physiques ou psychomotrices. N'oublions pas que, tout comme chez le jeune enfant, il existe des différences interindividuelles dans les conséquences du vieillissement en fonction d'éléments propres à chacun comme son histoire ou son hérédité. Les changements opérés seront alors d'intensités et d'âges variables.

Dans la partie qui suit, je vais vous détailler plus spécifiquement les incidences du vieillissement auxquelles sont sujettes les personnes âgées, afin de comprendre leurs répercussions sur la marche.

1.1 Incidences psychiques

Cognitif. L'apprentissage et l'assimilation des nouvelles connaissances sont perturbés notamment à cause de la baisse de la vigilance et des capacités attentionnelles, induites par le ralentissement psychomoteur dû à l'avancée en âge. On observe également une altération de la mémoire immédiate et des capacités mnésiques générales. La gravité de ces atteintes est à corrélérer au niveau socioculturel et intellectuel de la personne. Le langage se voit également impacté, et peut devenir moins fluide. L'ensemble de ces répercussions peut alors engendrer des difficultés d'adaptation dans la vie quotidienne de la personne âgée.

Psycho-affectif. Avec l'âge nous sommes confrontés à de multiples pertes⁹ soit « *un changement perturbant la possibilité d'atteindre des buts explicites ou implicites (...).* On observe les conséquences de la perte de parties du corps ou de fonctions corporelles, de personnes ou de possessions estimées, de capacité et même de choses plus abstraites telles que la certitude ou la capacité de pouvoir faire des projets dans la vie ». ¹⁰Elles touchent à la fois la sphère sociale, affective et personnelle de la personne. Le passage de la vie active à la retraite réorganise totalement le statut de l'individu aux yeux de la société. D'une personne qui participe à la vie en communauté, la personne qui est maintenant « âgée » devient un « poids » pour les autres citoyens. D'autres pertes s'ajoutent à cela, celles engendrées par les deuils, les altérations physiques et psychiques, les changements du lieu de vie ainsi que la perspective d'une mort proche. Ces remaniements rendent parfois le contact social difficile. Un sentiment d'isolement peut alors apparaître chez

⁹ Kaplan, 2019, mai 12

¹⁰ Carlson, 1982

la personne âgée, qui se définit comme une « *situation de quelqu'un qui se trouve sans compagnie, séparé, momentanément ou durablement, de ses semblables de manière voulue ou subie* »¹¹.

1.2 Incidences physiques

Le vieillissement est synonyme de modifications corporelles. Le processus de sénescence constitue le déclin des tissus, de l'aspect global du corps ainsi que de fonctions organiques.

L'apparition de rides due à la perte d'élasticité de la peau, la réduction de la taille, les cheveux grisonnants, la prise de poids... Tant de marqueurs qui viennent témoigner des années passées. Le corps de la personne âgée fonctionne au ralenti, la perte progressive de ses capacités musculaires et articulaires modifient sa locomotion et ses mouvements qui deviennent à la fois moins rapides et moins amples.

Sa sensorialité se voit également impactée par le vieillissement...

Tact. Les récepteurs présents au niveau de la peau deviennent endommagés avec l'âge. La peau devient plus fragile, ce qui peut impacter la vitesse de conduction des fibres nerveuses périphériques sensorielles et donc entraîner une moindre sensibilité tactile.

Proprioception. La proprioception de la peau est moins sensible, elle « *joue un rôle fondamental dans l'ajustement postural car elle contrôle le tonus de nos muscles et les positions de nos membres (...) elle nourrit la notion de conscience du sujet, d'intériorité et ancre le sentiment d'exister* »¹². La perte progressive de récepteurs neuro-tendineux de Golgi et des fuseaux musculaires, va diminuer la sensibilité proprioceptive de la personne âgée et donc entraîner des difficultés d'ajustements tonico-posturaux et plus globalement de la marche.

Audition. L'oreille interne, notamment l'appareil cochléo-vestibulaire, qui participe à l'équilibre est moins efficiente. La perte auditive peut alors engendrer des difficultés à discriminer des sons, conduisant une mauvaise compréhension du discours. On peut observer chez certaines personnes âgées un repli sur soi voire un isolement social ce qui peut provoquer une perte d'autonomie progressive.

¹¹ Solitude : Définition de Solitude, s. d.

¹² Albaret; Giromini; Scialom et al., 2011, p146.

Vision. L'altération du cristallin et des muscles qui entourent l'œil impacte l'acuité visuelle de la personne âgée, ainsi que son activité oculomotrice qui devient plus lente. Cette perte de précision visuelle peut altérer l'évaluation des distances entraînant des risques de chute plus importants.

1.3 Incidences psychomotrices

Motricité. Comme nous avons pu le voir précédemment, la motricité qui dépend en partie des aptitudes physiques et sensorielles, se voit perturbée. L'équilibre, les coordinations motrices ainsi que la posture qui en découlent sont altérés. La désorganisation du tonus qui « *est l'énergie qui permet au corps de se maintenir par la posture, de se mouvoir par la motricité et de s'é mouvoir par ses variations* »¹³ va générer des déséquilibres posturaux et engendrer chez la personne âgée une posture plus figée. Cette moindre amplitude et fluidité de mouvement peut alors impacter la latéralité usuelle du sujet.

*Espace-temps*¹⁴. Le vieillissement est souvent synonyme de lenteur. La perception que nous avons du temps nous est propre, c'est une notion subjective. L'espace quant à lui est en interaction permanente avec la personne, il se constitue à travers nos perceptions. Elles sont nécessaires pour penser nos relations. Ainsi chez la personne âgée, à cause de ses difficultés pour se mobiliser, ses déplacements sont limités ce qui va induire un désinvestissement et un appauvrissement de son espace relationnel.

Schéma corporel et image du corps. Nous savons que la construction du schéma corporel se réalise au fil de nos expériences tout au long de notre vie. Ce qui explique qu'une moindre sollicitation corporelle chez la personne âgée, va modifier son schéma corporel. Mais pour comprendre l'incidence du vieillissement sur la marche il faut aller plus loin que la simple analyse physique. L'image du corps qui est une notion subjective, résulte du vécu relationnel de la personne. Elle se construit sur une base affective et évoque la manière dont l'individu vit son corps, alors que le schéma corporel s'intéresse à la façon dont il sent son corps. C'est par ces deux notions que la personne peut entrer en communication avec autrui.

Mais chez la personne âgée, le lien entre le schéma corporel et l'image du corps n'est plus aussi évident notamment avec les changements physiques opérés, ce qui peut rendre difficile l'appropriation de son corps.

¹³ Leplat, 2010, p104-105.

¹⁴ Scialom, 2015

2) ... sur la marche

2.1 Qu'est-ce que la marche ?¹⁵

2.1.1 Définition

D'un point de vue fonctionnel, la marche s'établit selon une alternance de mouvements et une succession de cycles, tels que le pas. Si le pied assure le rapport direct avec le sol en passant d'une phase portante à oscillante -en majorité sur le plan sagittal- la marche quant à elle se construit sur des schémas de mouvements spiralés. Le corps tout entier rentre alors en jeu. Cependant, je me pencherai ici sur quelques articulations qui me semblent être les plus pertinentes pour le développement de ma réflexion.

Le pied, la cheville. La mobilisation du corps s'appuie avant tout sur le pied, qui assure à lui seul le contact au sol. La qualité de son rapport direct dépendra de ses capacités motrices et proprioceptives. Son rôle actif est essentiel en vue de l'équilibration globale et des ajustements fins nécessaires à la posture pour obtenir une disponibilité de mouvement suffisante. La cheville quant à elle joue un rôle complémentaire avec le pied, car elle assure la répartition du poids du corps et fait le lien entre le pied et la jambe. Sa capacité d'adaptation est démontrée par le poids du corps qu'elle supporte sur une minime partie osseuse.

Le genou. Sa qualité d'articulation intermédiaire lui confère le pouvoir d'ajuster la distance entre le pied et le corps. En posture debout le genou travaille en compression, et transmet au fémur et au tibia les contraintes exercées depuis l'axe vertébral. Son objectif étant d'« absorber et équilibrer des forces descendantes venant de la hanche et des forces montantes venant du pied »¹⁶.

La hanche, le bassin. La hanche, autrement dit l'articulation coxo-fémorale, est constituée de l'iliaque du bassin et du fémur. Même si dans sa mobilité usuelle la hanche assure une stabilité en mouvement, elle est le lieu de nombreux traumatismes notamment chez la personne âgée. Les plus courants sont les fractures du col du fémur dues à la déminéralisation osseuse et aux chutes. Les conséquences fonctionnelles de ces pathologies provoquent une diminution de l'amplitude du mouvement et des tensions musculaires. Le bassin qui se compose

¹⁵ Servant-Laval, 2010

¹⁶ Servant-Laval, 2010, p73.

de deux os coxaux et du sacrum, permet toutes dynamiques corporelles. Il relie à la fois le haut et le bas du corps, ainsi que les deux hémicorps. Sa mobilité autorise :

- Une bascule du bassin vers l'avant, l'antéversion. En position debout, une flexion de hanche et une lordose lombaire.
- Une bascule du bassin vers l'arrière, la rétroversion. En position debout, une extension de hanche et une délordose lombaire.

Dans ce jeu de mobilité de l'articulation sacro-iliaque, le sacrum est considéré comme point stable. Ainsi, nous pouvons comprendre ici que le bassin assure une stabilité, il est le centre de convergence des forces montantes qui viennent des appuis (os coxal) et des forces descendantes qui viennent du tronc (sacrum). Ce lieu de liaison lui autorise le statut de centre stabilité et de mouvement.

La marche. « Cette circulation en spirale du mouvement entre bassin et pied nourrit la dynamique de la marche dans l'alternance des appuis »¹⁷. On peut dire qu'elle est l'incarnation même de l'unité corporelle dans le mouvement. C'est cet ensemble de réponses articulaires spiralées produites lors de la marche, qui va « transformer le mouvement alternatif discontinu en mouvement continu circulaire et fluide, moins heurté ou saccadé »¹⁸. Ce qui confère au corps une équilibration globale et rend disponible le mouvement, favorisant ainsi son ajustement à l'environnement et la relation.

Au vu de ce qui a été développé plus haut, on peut comprendre que la marche de la personne âgée est moins fluide. Ses atteintes fonctionnelles vont causer des enraidissements qui vont eux-mêmes causer une diminution du déroulement du pied, et vont restreindre les possibilités de mouvements notamment entre le haut et le bas du corps. Avec le temps elle perdra en plasticité et réactivité, ce qui va nuire à ses capacités d'adaptation à son environnement. Face à la peur de chuter, des stratégies vont être mises en place afin d'éviter le plus possible de quitter le pied du sol. Le poids du corps est alors mis en arrière, tandis que l'écart entre les pieds s'agrandit et le fléchissement des genoux s'accroît ce qui favorise le transfert latéral, qui est sécurisant pour les personnes âgées cherchant à limiter les pertes d'équilibre trop importantes.

Si la marche permet d'un point de vue fonctionnel, stabilité et mobilité, Choplin nous dit aussi qu'elle est « le fil qui lie ce qu'ils sont à ce qu'ils aspirent à devenir »¹⁹.

¹⁷ Servant-Laval, 2010, p82.

¹⁸ Servant-Laval, ibid.

¹⁹ Choplin, 2007

2.1.2 Ses enjeux, à la fois identitaires et relationnels

La marche est un acquis nécessaire dans notre développement, qui s'acquiert avec la maturation neuro-motrice, mais aussi et surtout, avec l'expérimentation. En d'autres termes, la marche qui s'inscrit au niveau le plus archaïque de l'individu relève de l'interaction entre inné et acquis. Outre son aspect instrumental, elle soutient la perception du temps, de l'espace, du soi et de l'autre par ses ressentis proprioceptifs et kinesthésiques. Parmi les cinq niveaux de conscience de soi du professeur en psychologie Rochat et Goubet²⁰, l'un d'eux fait référence au soi différencié. Il s'intéresse à la capacité de l'enfant à différencier une stimulation sensorielle externe, d'une interne. Par l'expérience sensori-motrice, l'enfant peut discriminer les sensations venant de son corps par modalités sensorielles. Il fait le lien entre la sensation tactile et proprioceptive d'un mouvement produit par une partie de son corps, et la sensation tactile reçue par une autre partie de son corps. De même lorsqu'autrui provoque une sensation sur l'enfant, ce dernier peut discriminer la stimulation externe de la stimulation interne. On peut donc voir que par ses expériences l'enfant va prendre conscience de soi et de l'autre.

Comme nous venons de le voir, la marche ne se limite pas seulement à nos simples déplacements dans l'espace, elle revêt aussi la question de l'identité. La manière que nous avons de percevoir et d'investir notre corps participe à la construction de notre identité.

La verticalisation permise en partie par notre colonne vertébrale, est l'axe de notre présence à nous-même mais aussi aux autres et à notre environnement. Elle s'insère dans un ensemble de processus qui participent à la construction de notre subjectivité. Les nouvelles expériences et acquisitions que permet la verticalité, favorisent l'émergence de l'intelligence. Piaget nous le dit avec ces mots, « *l'intelligence naît de l'action* ». ²¹

Ainsi, « *la verticalité (...) fruit d'un élan vital intérieur (...) dépend davantage d'une attitude volontaire que de la sensation d'être dressé par l'élan de la vie* » ²². La marche se construit sur la somme de plusieurs influences à la fois physiologiques, environnementales et relationnelles. Elle « *possède une détermination génétique qui s'exprime dans un apprentissage. (...) Nous possédons tous la marche mais chacun*

²⁰ Rochat, & Goubet, 2000

²¹ Mazet, & Stoleru, 1999

²² Garros, 2017, p141.

*d'entre nous a sa démarche personnelle qui permet de le reconnaître de dos quand il marche dans la rue ».*²³

Au vu de ce qui a été dit plus haut, il me semble important de distinguer l'attitude²⁴ de la posture²⁵. La première est une structure de base relativement stable, qui donne une forme au corps propre de chaque individu. La deuxième, quant à elle, est modulable et dépend de l'activité posturale sous-tendue par la variation des points d'appui et le tonus. Ainsi, nous pouvons remarquer que ces deux derniers points s'inscrivent dans notre corps tout comme dans le phénomène de la marche. Elle est le reflet de notre histoire personnelle et s'inscrit dans une intentionnalité déterminée par nos besoins et nos relations.

2.2 Toucher-être touché : Place de la relation dans l'accompagnement à la marche

2.2.1 L'accompagnement

La marche n'étant rien sans l'autre, elle qui est à la fois semblable et différente de l'autre, qu'en est-il de l'autre ?

A la rédaction de mon mémoire, j'ai fait le choix d'employer le terme « accompagnement » du patient. L'origine du verbe accompagner provient du préfixe latin *ac* qui veut dire proximité et rapprochement, de *cum* : avec, et *panis* : pain signifiant « qui mange son pain avec ». Verpieren nous dit dans sa définition de l'accompagnement que le fait d'« accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas »²⁶. Nous pouvons souligner ici que l'accompagnement revêt la notion de : *soutenir, étayer, cheminer avec, faire alliance...*

L'accompagnant cherche ainsi à co-crée avec le patient, ce qui nécessite une posture spécifique. Sa compétence est de combiner à la fois un savoir, un savoir-faire et un savoir être qui lui permette de s'adapter au projet de l'autre.

L'accompagnement qui s'inscrit au minimum dans une relation duale, va s'appuyer sur les ressources et les compétences de l'autre. Une juste distance est alors nécessaire, pour favoriser le lien entre le besoin d'affection de la personne et le besoin de repère. La qualité de la relation établie dépend alors de la démarche du

²³ Scialom, Giromini & Albaret, 2012, p12.

²⁴ Servant-Laval, 2010

²⁵ Servant-Laval, *ibid.*

²⁶ Verspieren, 1984, p183.

professionnel -ici le psychomotricien- qui doit prendre en compte la souffrance à la fois physique, sociale et psychologique du patient. L'accompagnement du psychomotricien permet ainsi à la personne de devenir acteur et auteur de sa vie.

2.2.2 La juste distance à établir avec « tact »

Lorsque l'on accompagne une personne cela suppose qu'il y ait une approche. Selon Bonicel²⁷, l'accompagnant se distingue du simple accompagnateur par la distance qui s'y associe. Si l'accompagnateur a un champ d'action plus important sur autrui, l'accompagnant quant à lui dispose d'une plus grande proximité. Cependant, pour que l'accompagnement soit possible il convient de s'ajuster au mieux à la personne. Par ce rapprochement qui n'est pas anodin, le professionnel se doit de reconnaître la réalité de cette situation et veiller au confort physique et moral. Le contact nécessite d'élaborer l'approche de l'autre avec tact. Montagu et Leboyer l'expliquent comme étant « *la finesse de sentir ce qu'il convient de faire dans leurs rapports avec autrui* »²⁸. Dès les premiers instants de la rencontre entre le psychomotricien et le patient le cadre va se mettre en place. C'est lui qui va border, limiter et contenir un climat de sécurité. Pour qu'il puisse se construire en accord avec les deux protagonistes, il est donné l'occasion au patient d'exprimer ce qui est ou non acceptable, faisant appel à son monde interne.

Se pose alors la question du toucher. Nous savons que le toucher est un véritable outil de travail pour le psychomotricien. Cependant il n'a rien de banal dans cette société où le toucher est encore tabou. Lesage nous explique que l'on ne peut parler de « *l'importance déterminante du toucher dans la structuration du tout-petit, la nécessité tant au point de vue physiologique que psychique d'une contactilité avec le monde, avec les proches, avec la mère au premier chef, pour déclarer finalement qu'on peut toucher de façon anodine, par exemple en n'envisageant que les aspects techniques du toucher* »²⁹. L'érotisation du geste ne peut pas être ignorée. C'est pourquoi le cadre a son importance, notamment dans la recherche de la juste distance. C'est Hall qui développe la proxémie, selon laquelle « *chaque personne a son propre rapport à l'espace, déterminé par son expérience personnelle, son état de sécurité affective, son fonctionnement sensoriel* »³⁰, notion intéressante à observer dans notre pratique.

²⁷ Nimier, s. d.

²⁸ Montagu & Leboyer, 1979, p13.

²⁹ Lesage, 2012, p244.

³⁰ Hall cité dans Galliano & Pavot, 2011, p230.

Ainsi il n'est pas dit ici d'interdire le toucher, car c'est en cela que s'installe l'instrumentalisation du geste. Pour se couvrir de tous dérapages et se protéger d'émotions trop intenses, certains professionnels de santé vont « manipuler » le corps de l'autre. Malgré de bonnes intentions conscientes, Savatofski et Prayez expliquent que « *tout geste trop infiltré du désir de réparation ne sera pas juste* »³¹. La distance défensive mise en place par certains professionnels leur offre une maîtrise intellectuelle de leur implication dans la prise en charge du patient. Ils utilisent des stratégies telles que l'élévation de la voix ou le discours conventionnel, dans la peur d'être débordés par les émotions procurées lors de l'accompagnement du patient.

En ce sens, nous voyons que le toucher n'est pas anodin que ce soit lors d'une première rencontre ou pendant l'accompagnement thérapeutique. S'il permet la prise de contact avec autrui, il n'est pas sans conséquence. Avant de chercher à comprendre la répercussion du toucher du psychomotricien sur le patient, j'ai voulu connaître les différentes manières d'aborder l'autre, notamment par le toucher. Pour ce faire, j'ai fait le choix de construire un outil me permettant de réaliser un recensement non exhaustif des types de toucher adoptés par le psychomotricien. Ci-après je vous explique le déroulement de ma pensée.

³¹ Savatofski & Prayez, 1989, p6.

Chapitre 2 :

Avec elle, je vois.

II- Quelle dé « marche » ?

Pour ma dernière année de formation, j'ai choisi de réaliser mon stage au sein d'un établissement dans lequel j'ai eu l'occasion un an plus tôt d'effectuer une semaine d'observation. Spécialisée en gériatrie, médecine physique et réadaptation, cette structure m'avait permis au décours de cette première expérience d'affûter mon sens de l'observation, et de développer ma réflexion. En effet, en côtoyant cette population où s'entremêlent la lenteur due au ralentissement psychomoteur, et la rapidité en lien avec la brutalité des chutes, la psychomotricité m'est apparue comme un temps de suspension. Forte de cette première expérience, j'ai décidé pour ce stage de troisième année d'élaborer un outil me permettant de stocker en mémoire - celle de ma caméra, et la mienne...- les histoires qui m'ont touchée. Vous comprendrez pourquoi...

1) L'institution

1.1 Le service et ses unités

Mon stage se déroule tous les mercredis au sein d'un Service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) Gériatrique. Il se répartit sur trois unités : Rééducation, Cognitivo-comportemental, Plaies et cicatrisation. Le dispositif s'aménage ainsi...

- **Trimestre 1** (septembre à décembre) : SSR Gériatrique *Unité Rééducation*
- **Trimestre 2** (janvier à mars) : SSR Gériatrique *Unité Cognitivo-Comportementale*
- **Trimestre 3** (avril- juin) : SSR Gériatrique *Unité Plaies et Cicatrisation*

A cet effet, j'ai pu rencontrer des patients aux pathologies gériatriques variées, lesquelles ont pu être d'ordre cognitives, vasculaires, traumatiques/ orthopédiques. Cependant, dans le cadre de mon mémoire je me suis principalement intéressée aux pathologies relevant de l'unité Rééducation. C'est pourquoi j'ai fait le choix de vous présenter son fonctionnement.

Cette unité est composée de trente lits, pris en charge par une équipe de soignants et d'intervenants (kinésithérapeutes, psychologues, diététicienne, ergothérapeutes, pédicure- podologue, orthophoniste, assistante sociale et psychomotricienne).

1.2 Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique : Le projet de soins et de vie

Le parcours du patient aura été semé d'embûches avant d'arriver au SSR Gériatrique. C'est après une chute, un diagnostic ou une fracture par exemple, que le patient va être pris en charge par les pompiers puis redirigé vers les urgences et les urgences gériatriques aiguës. C'est enfin vers le SSR Gériatrique que le patient va être amené pour une durée plus ou moins longue (en moyenne trois mois).

Sa mission est avant tout la prise en charge après une situation aiguë en vue de la stabilisation somatique, la restauration de l'autonomie ainsi que la mise en place d'un projet de vie de la personne âgée. Ce service a pour projet le retour du patient soit à son domicile, soit une réorientation vers un secteur médico-social adapté ou en Unités de Soins de Longue Durée. Il représente un intermédiaire au sein du système de soins.

Le SSR Gériatrique assure une prise en charge globale du patient, grâce à une équipe pluridisciplinaire afin de lui permettre de s'adapter aux changements psychocorporels induits par la pathologie.

1.3 La psychomotricité en SSR Gériatrique : Unité Rééducation

Une psychomotricienne est présente dans l'unité de Rééducation. Les indications des prises en charge en psychomotricité des patients sont posées par le médecin du service lors des réunions institutionnelles hebdomadaires de l'étage. Elles réunissent le médecin en charge de l'étage, les cadres de rééducation et infirmiers, l'assistante sociale, les infirmières, les aides-soignantes et les intervenants (diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricienne, psychologue). Ces réunions permettent d'échanger sur l'évolution de chaque patient, de manière à pouvoir s'ajuster au mieux d'un point de vue pluridisciplinaire. Le médecin peut alors prescrire un bilan ou une orientation de prise en charge psychomotrice. Ce ne sera qu'après la réalisation d'un bilan psychomoteur, que la psychomotricienne déterminera s'il est pertinent ou non de proposer un accompagnement psychomoteur.

La première rencontre en psychomotricité avec le patient permet de relever un certain nombre d'informations pour son anamnèse, sur ses antécédents médicaux ainsi que sur des éléments de vie personnelle et ses projets. La psychomotricienne réalise ensuite une évaluation psychomotrice.

Malgré l'existence de tests standardisés qui existent pour les personnes âgées, la psychomotricienne a fait le choix de baser son évaluation prioritairement sur l'observation psychomotrice. Elle pourra compléter son observation par certains tests standardisés, mais elle ne retiendra que les aspects qualitatifs de ceux-ci. L'ensemble des éléments recueillis va permettre à la psychomotricienne d'adapter au mieux ses objectifs thérapeutiques, et de faire le choix d'une ou plusieurs médiations.

Au regard des diverses pathologies recensées en unité de rééducation, la psychomotricienne peut s'appuyer sur un certain nombre de missions propres à ce type de service. **Néanmoins, notons que la liste ci-dessous n'est pas exhaustive, et nécessite d'être adaptée au patient rencontré ainsi qu'à sa pathologie.**

Ses missions principales relèveront ainsi d'un travail sur :

- Le tonus, l'équilibre, les coordinations/dissociations notamment pour les syndromes post-chute ou la phobie de la marche.
- L'image du corps et le schéma corporel lorsqu'il y a présence d'une hémiplégié, une amputation, une hémiparésie.
- Les troubles du comportement et la régulation émotionnelle lors des déambulations, d'une désinhibition, de l'agressivité.
- L'algie et l'anxiété que l'on retrouve dans le syndrome de glissement ou dans la douleur induite par les soins.
- L'étayage relationnel nécessaire en cas de confusion, de sentiment de rupture identitaire et lors des visites de pré admission ou les visites à domicile

Afin d'assurer un accompagnement global du patient, en complémentarité avec les autres professionnels de l'équipe, une plateforme informatique nommée Orbis est mise à disposition de chacun. Elle permet d'assurer une traçabilité des événements et vise à l'amélioration de la qualité des soins proposés au patient. La psychomotricienne, à partir de ses observations en terme de facilités et difficultés rencontrées chez le sujet, se charge de rédiger un compte rendu de bilan psychomoteur afin d'expliquer la nécessité ou non d'un accompagnement en psychomotricité. Si cela s'avère pertinent pour le patient, la psychomotricienne énonce ses objectifs rédigés sous forme d'axes psychomoteurs.

Un compte rendu de sortie peut également être rédigé à la fin de l'hospitalisation, il fait état des avancées psychomotrices du patient au cours de l'accompagnement psychomoteur.

Une salle de rééducation est mise à disposition des rééducateurs, dans laquelle la psychomotricienne effectue une partie de ses séances. L'établissement détient également deux espaces spécifiques à la psychomotricité, partagés entre les quatre psychomotriciennes présentes sur le site. Néanmoins, au vu de la population vieillissante du service et de leur pathologie, certains accompagnements psychomoteurs sont réalisés dans la chambre du patient.

Nous comprenons à présent que le rythme imposé par le SSR ainsi que la diversité des prises en charge, nécessitent une rapidité d'observation et d'analyse. C'est pourquoi il était indispensable de penser un outil qui puisse s'adapter et recenser l'ensemble des éléments mis en jeu lors des accompagnements psychomoteurs.

2) La construction d'une grille d'observation

Pour réaliser ce mémoire, j'ai fait le choix de coupler un travail théorique basé sur une recherche bibliographique avec un travail d'observation. Le support vidéo s'est révélé être un moyen de recueil direct des informations de l'action. Elle permet de revenir sur les données et d'en objectiver leur analyse. Sur cette base, j'ai construit une grille d'observation qui demande un premier codage de l'action sous la forme de catégories prédéfinies. Notons que ce travail a été réalisé avec l'accord du patient et de la psychomotricienne.

2.1 L'observation ?

Si nous nous penchons sur la définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales³² l'**observation** s'explique comme un(e) :

- *Action de considérer avec attention, des choses, des êtres, des évènements, résultat de cette action.*

Si l'on reprend cette première définition à la lumière de mon écrit, mon objectif ici est de m'intéresser à la mise en exergue des différents types de toucher adoptés par le

³² Observation : Définition d'observation. s. d.

psychomotricien, notamment lors de l'accompagnement à la marche de la personne âgée.

- *Procédé scientifique d'investigation consistant dans l'examen attentif d'un fait, d'un processus, en vue de mieux le connaître, le comprendre, et excluant toute action sur les phénomènes étudiés.*

Le toucher est une médiation centrale de notre profession –notion que je développerai plus tard- qui peut être perçue d'une façon tant objective que subjective. C'est pourquoi j'ai souhaité par le biais de cet outil, partir d'éléments objectifs afin d'en développer leurs nuances. Si l'on regarde de plus près la fin de cette définition, elle suppose qu'aucune interaction n'est possible entre l'observant et l'observé. Cependant, toute observation provient d'une rencontre. La présence de celui qui observe implique une modification dans le comportement de la personne observée. La grille d'observation permet ainsi un support commun, mais n'exclut en aucun cas l'impact du regard sur l'autre, ni de son propre filtre. Mon attention se porte ici sur la « *dynamique corporelle présente dans cette situation relationnelle* »³³, qui se joue entre le psychomotricien - le patient - l'observateur. Je tente donc par cette analyse, d'adopter un regard à la fois *descriptif* qui s'appuie sur des repères anatomiques, spatiaux et temporels absents de toutes dimensions émotionnelles ; un regard *cinétique* qui est « *l'énergie que possède un corps du fait de son mouvement* »³⁴. Il permet de faire émerger des repères plus subjectifs avec une dimension sensorielle et émotionnelle, sous le prisme de la mémoire corporelle et le vocabulaire gestuel de l'observateur. Enfin, je cherche par un regard qui fait appel à *l'histoire du mouvement* à tisser des liens purement subjectifs. Prat l'explique comme provenant des « *éprouvés émotionnels de l'observateur (...) qui font partie du matériel et constituent la richesse et également les risques de la méthode* »³⁵.

2.2 Quoi observer et comment ?

Après avoir pris connaissance de ces éléments, je vais tenter de vous expliquer la construction de ma grille d'observation. Celle-ci se compose de plusieurs catégories, *la première* regroupe les informations générales du patient renseignant sur les variables de l'âge, de sa pathologie avec aide technique ou non, et du lieu dans lequel se déroule la séance. *La deuxième* s'intéresse à quatre étapes dans le

³³ Coeman, 2004, p163.

³⁴ Auguste, 2015, p8.

³⁵ Prat, 2002

processus de verticalisation et de mise en mouvement vers l'avant, qu'elles soient statiques ou dynamiques : assis, transfert de l'assis au debout, debout, marche.

Afin d'avoir une observation plus fine, des sous catégories développent :

- Anatomie dynamique, structures anatomiques nécessaires à la verticalisation et la mise en mouvement du corps.
- La coloration relationnelle, investissement du corps dans la relation à l'autre.
- Le contexte, la localisation spatiale et temporelle de l'accompagnement psychomoteur.

Sur cette base, l'intérêt de cette grille d'observation est de décrire les types de toucher adoptés par la psychomotricienne afin de comprendre leur impact sur la posture du patient, notamment lors de l'accompagnement à la marche. Notons que la posture se définit comme « *la disposition relative des différents segments corporels dans l'espace formant une position d'ensemble stable* »³⁶. Au-delà de l'image fonctionnelle qu'elle renvoie, elle est également révélatrice de l'histoire de la personne.

*J'ai donc choisi au travers de ces histoires,
de leur histoire, de vous faire partager
ce que j'ai vu.*

³⁶ Servant-Laval, 2010, p33.

Grille d'observation

Patient: <i>Aide technique:</i>		Examineur :			
Date:		POSITION(S) DU PATIENT	POSTURE DE DEPART DU PATIENT <i>AVANT TOUCHER</i>	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
Assis <i>Ou</i> Passage de l'Assis au debout <i>Ou</i> Debout <i>Ou</i> Marche	Positionnement de la tête Colonne vertébrale Ceinture scapulaire Coudes(s) Poignet(s) Main(s) Positionnement du Bassin Coxo-fémorale Genoux Positionnement des chevilles Appuis plantaires Kinesphère Orientation du regard Évolution du tonus	Anatomie dynamique			
		Coloration relationnelle			
		Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)			

Manon LE BRUN

Chapitre 3 :

Ces personnes, à la marche ...

Il y a eu des rencontres...

Il y a eu des personnalités différentes...

Il y a eu des pathologies, aux symptômes divers...

Il y a eu des accompagnements psychomoteurs variés...

... à la marche : fatiguée, bancale, douloureuse, enroulée et tant d'autres.

3) Mes rencontres

J'ai donc choisi de vous présenter deux rencontres aux parcours différents, mais en somme toutes les deux liées. Mon stage en unité de Rééducation m'a permis de suivre ces personnes sur une courte période de leur hospitalisation. Ma volonté ici est de vous faire part du bout de chemin que nous avons parcouru ensemble, afin de comprendre plus tard la manière dont nous les avons accompagnées.

3.1 Mme H

3.1.1 Présentation et anamnèse

Mme H est âgée de 89 ans. Elle est veuve et c'est une ancienne fonctionnaire. Depuis la mort de son mari Mme H vivait seule à son domicile. Elle était autonome dans les tâches de la vie quotidienne sans trouble cognitif apparent.

Mme H est hospitalisée depuis la fin du mois de novembre 2019 à la suite d'un AVC hémorragique occipital gauche survenu brutalement au domicile. Son seul contact avec l'extérieur est sa fille unique. En ce qui concerne sa symptomatologie, nous constatons chez la patiente une aphasie d'expression, une hémianopsie latérale homonyme³⁷ avec une héminégligence droite spatiale et sensitive, ainsi qu'une désorientation temporo-spatiale. Les troubles du langage se caractérisent par un manque du mot et une perte de fluence. Mme H présente également des hallucinations visuelles et auditives qui sont sources d'anxiété. Le médecin propose une prise en charge pluridisciplinaire, ayant pour objectif une reprise de la marche en autonomie et des activités de la vie quotidienne. Mme H est suivie par l'orthophoniste, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute ainsi que la psychomotricienne. Le projet de vie de Mme H n'est pas encore élaboré.

³⁷ Perte du champ visuel des yeux respectant le méridien vertical et controlatéral à la lésion de la voie visuelle.

3.1.2 Première rencontre et bilan psychomoteur

Je rencontre pour la première fois Mme H fin novembre, soit six jours après son entrée dans l'institution. L'indication psychomotrice vise à la réappropriation de son schéma corporel, tout en travaillant sur son anxiété grâce à de la relaxation.

Ses séances de psychomotricité sont trihebdomadaires, mais je ne suis présente qu'à l'une d'entre elles. J'accompagne ma maitre de stage, qui l'a déjà rencontrée la veille pour réaliser une investigation lors du premier contact. Lorsque nous rentrons dans la chambre de Mme H, cette dernière est en train de terminer une manucure avec une intervenante, sa fille est présente. Mme H est installée dans son fauteuil Anatome³⁸, elle esquisse un sourire. Sa fille assise en face de sa mère, nous salue et nous informe qu'un rendez-vous chez le coiffeur est prévu le vendredi. Après ce bref échange, nous proposons à Mme H avec l'accord de sa fille de réaliser quelques tests psychomoteurs afin d'obtenir des informations quant à ses capacités visuo-spatiales, praxiques et toniques. Sa fille souhaite rester dans la chambre afin de prendre connaissance des capacités psychomotrices de sa mère, ce que nous acceptons. Elle s'installe alors sur le lit de Mme H ce qui ne semble pas la déranger.

L'évaluation de la Motricité Gnosopraxique non cotée nous révèle que Mme H est droitrière. Elle n'utilise pas la main droite en début de test puis l'emploie pour des mouvements sollicitant la coordination bimanuelle. Un élargissement du test, qui cherche la reproduction de mouvements avec les membres supérieurs, nous montre la difficulté de Mme H à engager son hémicorps droit. En revanche, aucune erreur n'est constatée dans la reproduction de mouvements avec les membres inférieurs. Les constructions se font en pièce à pièce, la planification réussie est réalisée après tâtonnement.

Le bilan du tonus montre un tonus de fond globalement élevé entraînant des syncinésies lors de la sollicitation du tonus d'action. Le ballant de l'hémicorps droit est plus difficile à obtenir, même si l'on ne retrouve que peu de ballant du côté gauche. En revanche, on retrouve une bonne extensibilité articulaire des deux côtés.

Au niveau de **la marche**, Mme H utilise un déambulateur pour ses déplacements. Sur consigne, Mme H réalise un demi-tour avec son aide technique, aucun trouble de l'équilibre n'est constaté. En revanche, à son retour vers le fauteuil lorsqu'il se

³⁸ Fauteuil pour les patients adultes qui s'adaptent à leur morphologie

situé dans son hémichamp droit, Mme H fait le tour de son fauteuil pour s'y asseoir du fait de son hémiparésie droite. Durant la séance Mme H est compliant. Nous terminons par une explication sur l'hémianopsie latérale homonyme à Mme H et sa fille, et convenons d'un rendez-vous pour le lendemain.

Nous pouvons donc constater chez Mme H, un désinvestissement de l'hémicorps droit qui modifie son schéma corporel. Ceci induit chez la patiente des troubles de la coordination et de l'équilibre. De plus, son manque d'estime de soi qui fait suite à son AVC ainsi que sa fragile représentation spatiale et corporelle, provoquent chez Mme H un recrutement tonique global élevé.

3.1.3 Projet thérapeutique et évolution de l'accompagnement psychomoteur

L'objectif principal de l'accompagnement psychomoteur de Mme H est de travailler dans une première partie de séance, sur le schéma corporel et les coordinations dynamiques générales, puis dans une seconde partie sur la relaxation.

Des rendez-vous de prise en charge hebdomadaires sont convenus avec Mme H, ses séances sont réalisées dans la salle de psychomotricité.

Au début de son accompagnement Mme H est fatigable, la psychomotricienne choisit donc de la diriger vers la salle à l'aide de son fauteuil roulant.

On observe chez la patiente une marche saccadée et un manque de confiance en soi important, notamment au travers de son manque d'initiative motrice et à la peur qu'elle évoque. Le début des séances commence par des exercices de coordinations dynamiques et équilibre statique inspirés du Qi-Gong. Au fil des séances nous notons des progrès sur le croisement de l'axe vertébral des membres supérieurs et la dissociation des ceintures scapulaires et humérales. Les exercices proposés évoluent au gré des améliorations de Mme H. L'association des mouvements lents à la respiration permet à la patiente de gagner en stabilité.

La deuxième partie de séance réservée à un temps de relaxation permet d'abaisser son anxiété. En effet, Mme H s'inquiète de l'impact de son hospitalisation sur ses projets futurs et ceux de sa fille. Un balayage corporel en station assise accompagné d'exercices de respiration permettent à Mme H d'éprouver un mieux-être qu'elle verbalise. Elle peut effectuer des mouvements orientés des membres supérieurs et inférieurs les yeux fermés, sans troubles proprioceptifs apparents. Un travail de

conscience corporelle de son axe lui est proposé afin de rassembler ses deux hémicorps. Ceci nous amène à réaliser en station verticale un exercice de graphomotricité sur un grand support mural dans le but de faire travailler son équilibre et l'harmonisation tonique proximo-distale de ses membres supérieurs.

Au fil des séances nous notons une nette amélioration de son schéma corporel, et des retours positifs nous permettent de dire qu'elle reprend petit à petit confiance en elle. La relaxation proposée au départ en station assise a évolué vers une station allongée sur le plan Bobath³⁹, ce qui continue d'inscrire un mieux-être chez Mme H. Au vu des progrès sur le plan moteur notamment sur l'équilibre statique et dynamique, les séances évoluent vers un travail de déplacements. Son adaptation à l'espace et son orientation spatiale sont observées. Malgré des pertes d'équilibre sur le côté droit, Mme H adopte de bonnes stratégies de rééquilibration.

Ainsi, à la fin de mon stage dans l'unité de Rééducation, le travail de la psychomotricienne auprès de cette patiente continue d'explorer les différents aspects psychomoteurs qui rentrent en jeu dans la rééducation de la marche, grâce à un travail de répétition des expériences. Tout en valorisant en parallèle les progrès de Mme H pour son estime de soi.

3.2 Mme S

3.2.1 Présentation et anamnèse

Mme S est âgée de 93 ans. Ancienne secrétaire, elle est la mère de trois enfants dont un fils qui est actuellement hospitalisé pour pathologie grave. Mme S garde un lien privilégié avec son frère avec lequel elle est restée très proche depuis la seconde guerre mondiale qui les a marqués.

Mme S vivait seule dans son appartement en partielle autonomie grâce à son déambulateur, mais les sorties extérieures se faisaient avec son frère à l'aide d'un fauteuil roulant.

Mme S se trouve au SSR depuis le début du mois de septembre 2019, suite à une chute à domicile fin août dont elle ne se souvient plus. Ses deux filles viennent lui rendre visite, ainsi que son frère.

³⁹ Table électrique à hauteur variable, destinée aux professionnels de la rééducation

Une anesthésie générale a été réalisée suite à une fracture trochantérienne droite et du coude du même côté, ce qui a probablement majoré ses troubles cognitifs modérés déjà présents. On constate également chez cette patiente une surdité appareillée, ainsi qu'un syndrome confusionnel avec une agitation et une anxiété. La verticalisation étant douloureuse, un traitement analgésique est mis en place. Le projet de vie de Mme S est un placement en ehpad.

3.2.2 Première rencontre et bilan psychomoteur

Je rencontre pour la première fois Mme S début septembre, un peu plus d'une semaine après son entrée dans l'institution. Un accompagnement psychomoteur est souhaité par le médecin pour abaisser son anxiété afin de faciliter sa rééducation motrice, dans l'optique d'une reprise de la marche.

Elle est installée dans son fauteuil Anatome face à sa table, son regard est vide. Mme S semble glisser dans son fauteuil, son buste est incliné sur la droite avec son coude du même côté posé sur l'accoudoir. Sa main gauche enveloppe celle de droite, ses épaules semblent relâchées. Les pieds de Mme S sont tous deux posés sur le cale-pied, ses jambes fluettes sont regroupées dans l'axe de son bassin rétroversé.

A notre arrivée dans sa chambre, lorsque nous nous sommes approchées de Mme S son regard s'est levé. La psychomotricienne me présente et demande l'autorisation de la patiente afin que je puisse participer à la séance, ce qu'elle accepta. Lors de la poignée de mains, je constate une certaine passivité du mouvement avec une hypotonicité de sa main droite. Comme lors des séances passées, la psychomotricienne propose à Mme S de se verticaliser à l'aide du guidon Aïgo⁴⁰. Elle répond ne pas vouloir être dérangée, et souhaite être seule. La psychomotricienne s'accroupit afin de capter le regard de la patiente, qui tourne son regard vers la fenêtre pour nous fuir. Mme S se plaint de sa fatigue mais elle accepte, après échange, une rapide mise en station debout.

Nous plaçons le guidon face à elle, la psychomotricienne lui détaille chacune des étapes par lesquelles la patiente doit passer pour se verticaliser. Au départ, elle lui demande d'allonger ses jambes en avant afin de relever les cale-pieds. Mme S répond par un mouvement rapide des deux jambes, jointes et accolées, jusqu'à hauteur de ses genoux, suivi par son regard. Le guidon Aïgo étant situé en face de la

⁴⁰ Guidon de transfert verticalisateur pivotant pour des déplacements

patiente, la psychomotricienne lui demande d'avancer le plus loin possible ses mains sur le guidon, elle l'accompagne dans la flexion du buste. Le mouvement est ralenti, elle arrive à se rapprocher en tirant sur ses bras pour avancer par à-coups son fessier du bord de sa chaise. Son accompagnement nécessite d'être valorisé, Mme S ne se sent pas capable de se lever. Elle ne fait preuve d'aucune initiative motrice, néanmoins lorsque le bras de la psychomotricienne se place au niveau de son aisselle, la patiente se propulse ce qui l'amène en position debout. Son regard est placé vers le sol, ses épaules sont abaissées et sa posture est en rétropulsion. Mme S exprime peu de plaintes algiques, mais grimace lors de sa prise d'appui au sol sur le membre inférieur droit. Tout en évitant l'appui sur ce côté, elle tient la position environ 1 minute, avec les encouragements de la psychomotricienne. Une fois le temps passé, la patiente se retient grâce au guidon jusqu'à redescendre doucement en position assise ses cervicales en extension.

Mme S dit être fatiguée, en fermant les yeux. Nous décidons de la remercier et convenons d'un prochain rendez-vous deux jours plus tard.

3.2.3 Projet thérapeutique et évolution de l'accompagnement psychomoteur

L'objectif de l'accompagnement psychomoteur de cette patiente est de favoriser la reprise de la marche. Un étayage relationnel est envisagé, ainsi qu'un réinvestissement corporel par le biais d'une réacquisition de son schéma corporel.

Au départ les séances sont réalisées en chambre, une écoute active est nécessaire au début de chaque rencontre pour que l'alliance thérapeutique s'installe. Après deux séances à se verticaliser à l'aide du guide Aïgo, Mme S accepte d'aller en salle de psychomotricité du rez-de-chaussée pour la première fois. Lui sont alors proposés des exercices en position assise sur le plan Bobath pour travailler l'ajustement postural avec antépulsion du buste de courte durée, et un réinvestissement du membre inférieur droit par des jeux de ballon.

Deux semaines après son entrée dans l'institution, Mme S évoque des angoisses de mort et une certaine apathie qui rendent difficile le travail psychomoteur. En parallèle un traitement antidépresseur est mis en place. Suite à cela, la patiente devient plus compliant lors des séances, ce qui permet de continuer le réinvestissement du membre inférieur droit et d'entamer un travail de maintien du tronc dans les barres parallèles.

Au fil des séances, la poursuite du travail de la marche est difficile à cause de sa fonte musculaire entraînée par une nutrition non suffisante. Son discours empreint d'une grande tristesse demande un étayage relationnel permanent ainsi qu'une stimulation suffisante pour adhérer à la séance. La continuité entre les séances est difficile du fait de ses troubles mnésiques importants. Les échanges sur les éléments biographiques en soutien de l'identité permettent de maintenir le travail de création de la relation de confiance qui met du temps à s'installer.

Un mois après le début de son accompagnement psychomoteur, Mme S accorde sa confiance à la psychomotricienne en précisant ne pas l'accorder au reste de l'institution. Le jeu relationnel fait de joutes verbales alors initiées par la patiente, semble nécessaire pour la poursuite du travail psychomoteur. Son endurance en position debout s'améliore, ce qui permet à Mme S de réaliser un aller-retour entre les barres parallèles, accompagnée par deux personnes. Sa participation est dorénavant plus active. Mme S verbalise qu'elle comprend à présent comment réaliser les transferts, même si ceux-là ne sont pas toujours possibles physiquement.

A la fin de l'accompagnement psychomoteur de Mme S, son angoisse est régulée et son repérage temporel amélioré.

Chapitre 4 :

Comment les aborder ?

III- Le Toucher

Il me semble intéressant de souligner l'idée que « toucher » l'autre sous-entend la rencontre, un corps à corps. L'un va *percuter* l'autre. Ce terme renvoie alors à plusieurs éléments, celui du *toucher* qui fait appel au sensoriel, aux sensations, à la sensibilité et parfois même au tactile. La dimension *relationnelle* rentre également en jeu en mettant en exergue la rencontre, le contact et la relation. Plus précisément encore, nous avons l'*émotionnel* que la percussion suscite, au travers du ressenti, de l'affect et de l'émotion.

1) Les « sens » du toucher

Versant proprioceptif et affectif

Selon Montagu et Leboyer, toucher se définit comme « *l'action ou l'acte de sentir quelque chose de la main (...) signifie aussi être sensible aux sentiments humains* »⁴¹. Cette citation relate deux dimensions du toucher, la proprioceptive et l'affective.

Parmi les cinq sens dont nous disposons, le toucher est le premier à apparaître mais également le dernier à disparaître. Dès le troisième mois de grossesse les récepteurs de la peau sont présents, mais ce n'est qu'à partir du 5^{ème} mois que l'ensemble du corps du fœtus est doté de récepteurs cutanés. La peau est une surface sensible, à la fois par son nombre important de récepteurs sensoriels, mais également parce qu'elle est la plus étendue sur le corps humain. Montagu lui accorde quatre fonctions physiologiques, celles de : protection notamment des agressions extérieures, organe sensoriel, régulateur thermique et enfin d'organe métabolique. La proprioception qui est aussi appelée sensibilité profonde, désigne la perception consciente et inconsciente de la position des différentes parties du corps. Elle est rendue possible par les différents récepteurs présents dans les muscles, les os et les tendons. On peut parler du sens des attitudes posturales, soit la sensibilité profonde du corps.

⁴¹ Montagu & Leboyer, 1979, p86.

Grâce à la dimension proprioceptive du toucher, la communication est permise notamment in utero entre la mère et le bébé. Les voies nerveuses qui transfèrent les informations tactiles perçues sur la peau du fœtus, vont pouvoir remonter jusqu'à son cerveau par la moelle épinière. Un premier dialogue corporel s'installe alors. Si la peau peut discriminer différentes sensations, elle permet aussi de relier entre eux nos autres sens. On peut donc en déduire qu'elle est « *la toile de fond de l'ensemble des perceptions et expériences du sujet* »⁴². En effet, l'investissement que l'on fait de notre corps va passer par différentes étapes lors du développement du bébé. Entre 0 et 3 mois on parle de corps subi, c'est à dire que la motricité est avant tout involontaire. C'est avec l'évolution du système nerveux et grâce à l'exploration de son environnement et de son corps que l'enfant va pouvoir réguler son tonus. Entre 3 mois et 3 ans son corps vécu lui permet d'accéder à une locomotion plus élaborée, ce qui va l'amener à découvrir de nouvelles sensations kinesthésiques. L'adulte reste un appui sur lequel l'enfant va se reposer pour mettre du sens sur ce qu'il éprouve. Entre 3 et 7 ans la perception de son corps se développe ce qui lui permet d'avoir une connaissance globale de son corps, favorisant ainsi l'apprentissage du graphisme, de la lecture etc. C'est enfin vers 7-12 ans que l'enfant a une représentation de son corps plus affinée ce qui lui vaut d'être plus adapté à son environnement.

Par ce processus d'évolution de la représentation et de vécu que l'enfant se fait de son propre corps, il prend conscience de lui-même de façon individualisée et unifiée.

La construction de son corps autorise alors l'identification, Lesage nous dit que « *sentir son corps s'investit immédiatement d'une tonalité affective, qui fait plonger chacun dans un processus d'édification qui est aussi identification* »⁴³. Nous approchons ici de la deuxième dimension du toucher, celle de l'affectivité. Ainsi, toucher ne va pas sans être touché. Dès ses premières relations tissées avec son environnement et ses rencontres, le toucher renvoie chez l'individu à des vécus personnels et des références d'ordre groupales et culturelles. Nous pouvons ainsi comprendre toute la subtilité de la construction identitaire de la personne âgée, qui a évolué à travers le temps et les époques.

Ainsi comme nous venons de le voir, le toucher participe activement à l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle de l'individu. Penchons-nous à présent sur les différents éléments psychomoteurs qui soutiennent cette construction.

⁴² Savatofski & Prayez, 1989, p137.

⁴³ Lesage, 2012, p19.

2) Le toucher dans le développement psychomoteur

2.1 Moi peau » selon Anzieu

Si l'on connaît la peau comme fonction de protection entre l'intérieur et l'extérieur, elle joue également un rôle de contenant. C'est Anzieu qui va faire le lien entre les expériences sensorielles tactiles et le développement d'une enveloppe psychique, appelée le Moi-Peau⁴⁴. Il lui décrit huit fonctions essentielles : la maintenance, la contenance, la pare-excitation, l'individuation, l'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale ainsi que l'inscription des traces sensorielles.

Chez la personne âgée, l'avenir du moi-peau se pose alors. Nous savons combien les altérations peuvent être nombreuses pour cette population. Le sentiment de continuité et d'intégrité qui est rendue possible par les expériences cutanées d'une relation sécurisante d'attachement, s'affaiblit. Cette instance repose sur la surface cutanée et l'enveloppe sonore, lesquelles sont ébranlées par le vieillissement de la personne âgée⁴⁵.

2.2 « Dialogue tonique » selon Wallon

En partant du postulat que la conscience corporelle est la base des interactions soignants-soignés, il me semble important de développer la notion de dialogue tonique. Décrite par Wallon puis reprise par Ajuriaguerra, le dialogue tonique⁴⁶ fait appel au tonus de fond qui est la toile de fond des émotions, et inversement. L'écoute tonique dont fait preuve le professionnel favorise le changement tonique du patient. C'est par le toucher que le thérapeute va pouvoir amener le patient vers une conscience de soi corporelle, notamment via les sensations, les mouvements et la posture. La personne âgée peut ainsi s'installer dans une détente physique et psychique qui se caractérise par un abaissement de son état tonique et neuromusculaire.

⁴⁴ Anzieu, 1985

⁴⁵ Péruchons, 1991

⁴⁶ Ajuriaguerra, 1970

2.3 « Holding » et « handling » selon Winnicott

Les différents soins maternels participent également à la constitution du Moi de l'enfant, on les appelle le holding et le handling. Le premier s'explique par les attitudes et comportements de maternage lors des échanges mère-bébé. Quant au second, il constitue la manière dont la mère prend soin de son bébé et s'en occupe au quotidien. On retrouve là encore la notion de dialogue tonique qui engage la dyade mère-bébé dans la relation, tant sur le plan physique que psychique.

Par le biais du corps, le psychomotricien va ainsi accompagner la personne âgée vers une réappropriation psychocorporelle, renouant alors le lien entre le corps et la psyché. Le toucher permet d'aller à la rencontre d'autrui, et favorise la communication non verbale considérée comme « *l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés sonores* »⁴⁷. On peut dire que le toucher est un outil essentiel pour le psychomotricien dans son rapport au patient. Il est le support de la communication.

Nous allons voir par quels types de toucher le psychomotricien va pouvoir entrer en contact avec la personne âgée en particulier lors de la marche, alors considérée comme un engagement identitaire qui repose sur une construction psychocorporelle empreinte d'instabilités.

⁴⁷ Corraze, 1980, p.15.

Chapitre 5 :

Ô combien elles m'ont touchée.

3) Les types de toucher

Mon but est avant tout d'observer comment le psychomotricien aborde le patient, afin de saisir leurs conséquences sur l'engagement psychocorporel lors de la marche. J'ai donc choisi de regrouper un certain nombre d'approches qu'emploie le psychomotricien dans son accompagnement à la marche de la personne âgée, qui me semble avoir pour dénominateur commun *le toucher*.

Grâce au travail d'analyse des grilles d'observation et sur la base des repères théoriques évoqués, quelques touchers émergents permettent de baliser ma réflexion. Pour ne pas alourdir la lecture du mémoire, j'ai fait le choix de développer en annexe deux séances. Je vous invite à en prendre connaissance si vous souhaitez connaître le contexte (*Annexe I et IV*)⁴⁸. Vous trouverez tout au long de mon écrit des bribes de ces séances qui me permettent d'illustrer l'ensemble de ma réflexion.

Vous verrez donc au travers de cet écrit deux « familles » de toucher, qui se veulent distinctes. J'ai volontairement employé les termes « direct » et « indirect ». Cela suppose que l'un réalise une action dans l'immédiateté sans intermédiaire, en peau à peau. Tandis que l'autre aborde en première intention l'individu sans contact physique. Auquel cas les deux touchers arrivent au même but, celui d'entrer en relation avec autrui et d'agir avec. Seule la temporalité ou le mode d'accès diffèrent.

3.1 Direct

Pour Chéret, célèbre dessinateur du personnage Rahan, la main est la première partie du corps à dessiner car il est l'élément important du dessin. C'est celui qui invoque toute la sensibilité du personnage. Si l'on fait le parallèle avec le psychomotricien, le premier contact physique avec le patient débute avec la main.

Nous pouvons donc souligner la dimension raisonnée et la résonance que la main du psychomotricien peut avoir dans sa pratique. Elle n'est rien si la raison n'est pas engagée, de même qu'elle ne résonne pas sur le corps de l'autre s'il n'y a aucune **adaptation du toucher**. Ma maitre de stage et moi-même avons suivi une formation dispensée par Ponton et Servant-Laval. C'est donc sous l'imprégnation de cette expérience que j'ai pensé cet écrit.

⁴⁸ Cf. *infra*, Annexe I & IV p. IV & XV

Ma volonté ici est de faire le lien entre mes connaissances de la marche et du toucher « direct » faisant appel aux différentes « matières » qui nous constituent, telles que la peau, le muscle et l'os.

Ainsi au travers des nombreuses potentialités de la main du psychomotricien, je me demanderai si le toucher direct participe à la prise d'appuis, alors nécessaire à la verticalisation.

3.1.1 L'appui

Selon le dictionnaire Larousse, la définition du nom masculin « appui »⁴⁹ repose sur deux sens :

- « *Tout ce qui sert à maintenir quelque chose ou quelqu'un, à en assurer la solidité ou la stabilité ; support* »

En reprenant la première définition à la lumière de mon étude, nous pouvons faire le lien avec des éléments purement physiques et corporels. En effet, ce qui permet à l'Homme de se maintenir debout en faisant office de support, notamment lors de la marche, ce sont les membres inférieurs et plus précisément les pieds qui sont en contact direct avec le sol.

La psychomotricienne va ainsi donner des appuis kinesthésiques et proprioceptifs en le guidant dans ses expériences de pousser-repousser face à la solidité du sol. Prendre connaissance de ses appuis c'est sentir qu'il n'y a pas rien, cela permet d'être soutenu et tenu. Le patient pourra au travers de cette expérience organiser son tonus musculaire et par conséquent sa posture lors de la marche. Le professionnel doit offrir une stabilité et une résistance nécessaires pour permettre au patient de s'organiser afin de s'ériger.

- **Mme S** :⁵⁰

« *Les jambes de Mme S [assise au fauteuil] restent néanmoins en suspension, la thérapeute va alors **contacter les genoux de la patiente par une pression de la main** jusqu'à ce que ses orteils touchent le sol, alors encore trop bas pour elle. »*

⁴⁹ Larousse, É. s. d.

⁵⁰ Cf. *infra*, Annexe I p. IV

« Elle accompagne la patiente en **plaçant son bras** gauche, en flexion adduction, sous l'aisselle gauche de cette dernière **afin de la soutenir dans le passage de la position assise à debout**. Au contact du sol, les pieds de Mme S prennent appui sur toute leur surface ce qui permet le transfert de poids sur les membres inférieurs. La psychomotricienne **assure une stabilité au transfert par une pression de la main placée au niveau du sacrum**, elle permet la verticalisation de la patiente qui garde néanmoins une attitude cyphosée. »

L'aide apportée ici par la psychomotricienne repose sur un toucher qui donne appui par pression. Tant au niveau des genoux que du sacrum, ce que cherche à contacter ici la professionnelle est l'ossature du patient. Elle permet de donner des points de repère proprioceptifs, ce qui permet à Mme S de se saisir de ces informations pour accéder à une stabilité posturale. La conséquence de ce toucher est un meilleur redressement axial, dans la limite des capacités physiques de la patiente.

- « Soutien, aide, protection apportée par quelqu'un ; personne qui intervient en faveur de quelqu'un, qui le soutient »

En ce qui concerne la deuxième définition, la dimension relationnelle a son importance. Dans notre cas ici, la psychomotricienne va intervenir en tant qu'accompagnatrice au travers de son toucher. Au-delà de ce jeu de repousser du sol, la professionnelle peut donner appui par des stimulations tactiles à d'autres parties du corps afin de réorganiser les repères corporels de la personne âgée, alors nécessaires dans l'appropriation de son schéma corporel lui-même crucial pour l'élaboration de la marche.

- **Mme S** :⁵¹

« La **psychomotricienne accompagne la flexion des genoux en touchant les tibias de Mme S** afin de lui faire retrouver la position zéro de ses membres inférieurs, une légère **résistance tonique** de ces parties contactées apparaît. »

« La professionnelle va alors proposer à Mme S de « décoller » son dos du dossier. **Elle l'accompagne en plaçant chacune de ses mains sur les omoplates** afin d'induire un mouvement de flexion du tronc. »

⁵¹ Cf. *infra*, Annexe I p. IV

« Une fois face à la chaise placée au préalable au bout des barres parallèles, les mains de la psychomotricienne se posent de part et d'autre de la hanche de la patiente pour accompagner son demi-tour jusqu'à la position assise. Elle lui précise devoir s'avancer davantage, puis se tourner complètement, et enfin s'asseoir. »

Le toucher vise dans ces situations à aider le mouvement, en respectant le rythme imposé par la patiente. La place des mains de la psychomotricienne permet de donner des appuis physiques et psychiques solides. L'accompagnement durant les transferts sécurise, ce qui favorise l'initiation motrice de Mme S.

3.1.2 Contenir son enveloppe, ou envelopper son contenu ?

Selon la théorie de Bion sur la fonction contenante, cette dernière correspond à « *la représentation d'un élément que l'on pourrait définir comme une relation dynamique entre un contenant et un contenu* »⁵² soit la « *transformation (...) d'éprouvés inassimilables psychiquement en expériences mentalisables qui sont nécessairement inscrites dans une relation à autrui* »⁵³. Nous constatons là que la dimension relationnelle est un élément clé dans la recherche de contenance. Au même titre que la théorie de holding de Winnicott, la représentation de contenance et de consistance n'est assurée qu'au travers de la continuité des soins corporels et psychiques. C'est le tonus qui permet de communiquer entre l'environnement extérieur et son monde interne, sur la base des stimulations perçues du monde environnant. Cet échange est néanmoins rendu possible grâce au travail préalable de l'enveloppe, comme nous l'évoque Houzel « *ce qui est commun à tous les types d'enveloppe est la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné* »⁵⁴. C'est donc au travers de ses expériences corporelles que l'enfant se représente psychiquement. Cette interface procure à l'enfant la capacité de s'éprouver et d'intégrer son enveloppe corporelle.

Le professeur de neurologie et psychologie Damasio évoque « *le sentiment de soi [qui] est (...) le résultat de la différenciation que fait le cerveau entre les états internes du corps, cartographiés dans certaines aires corticales, et les stimulations reçues à la surface du corps, sur son enveloppe, qui sont elles cartographiées dans*

⁵² Bion cité par Houzel, 2010, p11.

⁵³ Houzel, 2010, p65.

⁵⁴ Houzel, 2010, p9.

d'autres aires corticales »⁵⁵. L'enveloppe au sens cutanée du terme permet de donner des repères physiques à la fois du corps de la personne touchée, et de celui de la personne qui touche. L'aspect proprioceptif sur lequel repose le sentiment de soi, informe sur les stimuli provenant de la sensibilité profonde et des signaux des flux sensoriels, en d'autres termes de la qualité du toucher.

Nous pouvons alors dire que le sentiment même de soi s'élabore à partir de la proprioception et la sensibilité kinesthésique, tandis que la continuité des soins participe au développement des processus d'individuation.

C'est par ce dialogue constant entre les données transmises par le toucher enveloppant et contenant, que le sujet va se considérer comme identité propre. Latour le développe en précisant que « *ce n'est pas seulement le corps du petit qui est enveloppé, c'est bien sûr sa vie émotionnelle c'est-à-dire pulsionnelle, cognitive, relationnelle, qui se laisse contenir et structurer dans les bras du parent et dans sa propre peau. C'est là que se fabrique peu à peu une représentation de contenance* »⁵⁶. Ainsi, c'est au travers de la relation que nous nous construisons en tant que personne.

Si l'on suppose que la verticalisation participe à l'avènement de l'identité chez l'enfant, qu'en est-il de la personne âgée qui voit son axe corporel s'affaïsser au fil du temps ? Son identité se voit-elle écorchée ? Il est vrai que la rétropulsion du tronc impacte la direction du regard de la personne âgée, ce qui ne facilite pas les échanges avec le monde environnant et l'installe le plus souvent dans un repli social.

Je pars du postulat que redonner des repères corporels à la personne âgée au travers du toucher tactile, invoque la réminiscence de traces mnésiques datant de la période sensible du bébé. Cet éveil d'expériences vécues durant l'enfance permet au moi de s'étayer, lui-même responsable de la construction identitaire du sujet. Ainsi, si l'on reprend l'idée selon laquelle la verticalisation participe à la naissance de la subjectivité, la réminiscence des traces mnésiques au niveau musculaire et cutané favorise l'émergence d'un socle stable sur lequel la personne âgée peut s'appuyer pour retrouver le chemin de la verticalité.

⁵⁵ Houzel, 2010, p111.

⁵⁶ Houzel, 2010, p332.

- **Mme S** :⁵⁷

« Une fois Mme S assise, la psychomotricienne **félicite la patiente tout en entourant les épaules** de cette dernière par son bras gauche, **accompagné d'une légère friction sur le bras droit de la patiente.** »

- **Mme H** :⁵⁸

« **A ce moment la professionnelle pose sa main gauche sur le bras gauche de la patiente**, comme pour **retenir les petits mouvements du bras** induits lors du déplacement du poids du corps. **L'autre bras de la psychomotricienne se place dans le dos** de la patiente, comme pour **l'envelopper**. Elle précise à la patiente la sensation de légèreté qui est censée être éprouvée, dans ce jeu d'équilibre. L'axe de la patiente est à présent penché sur la droite, sa tête reste néanmoins un peu tournée vers la gauche, du côté où la psychomotricienne est située. »

« Les bras de la patiente sont maintenus en l'air, et elle semble avoir adopté un équilibre plus stable et continu. La psychomotricienne **glisse alors ses mains**, placées au préalable sur les hanches de la patiente, au niveau **des côtes. Elles sont comme posées.** »

Dans le cas de ces deux patientes, la psychomotricienne cherche ici à les envelopper « en entourant les épaules (...) accompagné d'une légère friction sur le bras », « l'autre bras de la psychomotricienne se place dans le dos de la patiente, comme pour l'envelopper ». Nous pouvons penser que par cet acte, elle les « protège » de l'environnement extérieur et s'invite dans leur kinesphère comme pour installer une proximité dans leur échange. Tout comme le fait la mère avec son bébé dans les soins prodigués.

La friction quant à elle souhaite, dans son aspect purement physique, procurer des sensations tactiles comme la chaleur, par exemple. Tandis que dans son versant psychologique, la friction invoque dans cet échange avec Mme S de la chaleur humaine.

⁵⁷ Cf. *infra*, Annexe I p. IV

⁵⁸ Cf. *infra*, Annexe IV p. XV

Ainsi au travers de tous ces éléments de réponse, nous pouvons dire que le toucher direct redonne au corps des repères corporels au travers des contacts tactiles, alors nécessaires à l'élaboration de la marche. De même que la continuité des soins apportée par le toucher, permet la stabilité de l'unité psychocorporelle de l'individu. Par ce toucher direct, le psychomotricien va ainsi induire chez le patient la notion de sentiment de soi. Ce qui va favoriser l'initiation motrice, « l'aller vers », signe d'une identité intégrée. La verticalité s'exprime alors, non pas seulement comme le redressement de l'axe corporel, mais aussi comme le pouvoir d'agir sur.

« A tous les âges de la vie, nous donnons la sécurité de la portance primitive en posant nos mains à plat sur les os plats (omoplates et bassin) en donnant l'appui de la paume des mains. Nous respectons le processus qui nous a rendu autonome en évitant de saisir ou de prendre, "arrachant" le poids par un mouvement de prise. En offrant un appui, nous invitons l'enfant et l'adulte à choisir de se différencier, plutôt que de dépendre de nous en s'agrippant. Ainsi pour l'être humain l'acquisition de l'auto-portance dépend de l'ajustement du et au milieu. Nous nous structurons par l'accordage. »⁵⁹

⁵⁹ Ponton, 2012, p9.

3.2 Indirect

Dans ce processus d'individuation, le psychomotricien -comme nous venons de le voir- peut participer « directement » d'un point de vue purement physique, mais aussi « indirectement » au travers d'un contact où le corps à corps n'est plus au premier plan. Néanmoins, nous verrons que ceci n'empêche pas d'**être touché**.

Voyons à présent si le toucher indirect contribue à la mise en place d'un environnement suffisamment contenant pour l'élaboration de la marche.

3.2.1 *Le regard*

« *C'est le regard qui permet au soignant de voir et au soigné d'exister parce qu'il se sent regardé et vu* »⁶⁰. Dans le développement psychomoteur, le regard permet à l'enfant de s'orienter dans l'espace, il met en relation les objets perçus afin d'anticiper les obstacles. L'ouverture des yeux permet de garder du lien avec la réalité et donc d'assurer une protection et une communication avec le monde environnant. La vision nous guide dans nos déplacements qui nécessitent un ajustement de nos mouvements à l'espace et au temps. Nous savons que chez la personne âgée l'adaptation temporo-spatiale est modifiée, l'appui visuel du psychomotricien peut alors être un élément intéressant à utiliser dans le but d'offrir un environnement stable.

De plus, il est aisé de dire que le regard est un vecteur émotionnel si l'on en croit cette célèbre expression : « *Les yeux sont les miroirs de l'âme* ». Comme nous l'explique Ponton, il « *exprime toute la mélodie de l'empathie c'est un toucher à distance* »⁶¹. Par cet échange, le psychomotricien va pouvoir reconforter le patient et donc lui offrir une sécurité interne qui va se mêler aux informations proprioceptives perçues lors de la marche. Son encouragement exprimé au travers de ses yeux vise à redonner confiance aux capacités de l'accompagné, et par conséquent le reconnaître comme sujet agissant par lui-même.

⁶⁰ Defiolles, 2010, p12.

⁶¹ Ponton, s.d. p3.

- **Mme S**.⁶²

« Durant la brève discussion entre la psychomotricienne et les autres professionnels, j'observe que la patiente **cherche du regard** l'attention de la psychomotricienne, en vain. **Le tonus** suffisant au départ pour effectuer les frictions dynamiques, est de moins en moins recruté ce qui donne des mouvements moins amples et rapides. **La patiente est moins active**, ce qui nécessite de la part de la psychomotricienne de verbaliser d'autant plus chacun des mouvements à réaliser ainsi qu'un rapprochement à la gauche de la patiente. »

« Afin de décoller le dos du dossier, la professionnelle incite la patiente à venir **toucher ses doigts** en allongeant le plus possible les bras. De **nombreux sourires** s'affichent alors, à la fois sur le **visage de la patiente et sur celui de la psychomotricienne**. Les deux femmes semblent comme « **se tenir** » par le regard. »

Lors de la préparation à la marche de Mme S, nous pouvons constater que l'absence du regard de la psychomotricienne envers elle semble impacter son investissement spatial et tonique « le tonus suffisant au départ pour effectuer les frictions dynamiques, est de moins en moins recruté ce qui donne des mouvements moins amples et rapides ». Pour la patiente le regard lui permet d'être étayée. C'est par l'appui visuel que l'environnement est suffisamment stable pour agir. Cependant, pour y parvenir, en tant qu'identité propre, cela nécessite un travail autour du jeu de fusion-séparation. Dans notre cas, entre la psychomotricienne et Mme S. C'est ce que nous illustre le deuxième exemple, la mise en mouvement est rendue possible grâce au désir d'aller vers la psychomotricienne « incite la patiente à venir toucher ses doigts (...) de nombreux sourires s'affichent alors, à la fois sur le visage de la patiente et sur celui de la psychomotricienne ».

Par cet accordage des regards, la patiente est touchée par la présence de la psychomotricienne ce qui permet à cette dernière d'accompagner l'initiation motrice de Mme S. Elle est alors actrice de ses mouvements, motivée par son désir d'aller vers.

⁶² Cf. *infra*, Annexe I p. IV

3.2.2 Le langage

Le langage est le principal vecteur de la communication interhumaine. Il permet à tout un chacun d'exprimer sa pensée, des demandes ainsi que des émotions. Toucher par la bouche est une expérience originelle -si l'on reprend l'acte de la succion du bébé- les mains faisant plus référence à l'instrumentalisation du corps. Si les mains sont mouvantes, la bouche quant à elle impose au corps une stabilité. On observe alors une dissociation entre le corps et la psyché dans la communication courante. Néanmoins, la bouche qui permet à l'individu d'exprimer ses désirs, peurs, dégoûts... etc par le biais du langage, peut aussi « toucher » le corps par ses mots. L'expression « *des mots qui touchent* » illustre bien leur capacité à contacter l'autre et avoir un impact sur lui. Comme nous l'avons vu précédemment, l'émotion peut modifier le corps dans sa posture au travers du tonus. Ainsi, nous pouvons penser que les émotions transmises par le langage vont provoquer un changement à la fois psychique et physique chez l'individu. Le psychomotricien peut alors par le biais du langage induire chez le patient des modifications tonico-posturales favorables au déroulement de la marche. En valorisant la personne, des traces mnésiques d'une expérience agréable resteront en mémoire. De même que le langage est aussi un moyen de toucher ce qui est réel et ce qui ne l'est pas. Il peut atteindre ce qui est visible et invisible à l'œil nu. Par ses mots, le psychomotricien peut parler de ce qu'il perçoit de l'autre, et ce qu'il est possiblement en train de vivre.

- **Mme S** :⁶³

« *Tout en restant agrippée aux barres parallèles, la tête de Mme S se redresse et **son visage s'illumine d'un sourire de satisfaction** lorsque la professionnelle lui évoque un « **bravo !** ». Par cet élan, **la marche s'enclenche** soutenue par la professionnelle « **voilà comme ça c'est parfait, redressez-vous bien** » joint par un contact rapide de la colonne du bout des doigts, ce qui **n'engendre pas de réponse posturale** de la patiente. »*

- **Mme H** :⁶⁴

« *La psychomotricienne se lève et se rapproche de Mme H de sorte à s'installer à côté du bras gauche de la patiente, en lui précisant de **porter attention à l'appui de ses deux pieds sur le sol**. Mme H est à l'écoute et acquiesce d'un « oui ». A la*

⁶³ Cf. *infra*, Annexe I p. IV

⁶⁴ Cf. *infra*, Annexe IV p. XV

*proposition de la psychomotricienne « vous allez mettre tout votre poids du corps sur un seul pied », la patiente réagit rapidement, néanmoins avec lenteur dans ses mouvements, en déplaçant une partie de son poids sur son pied droit. (...) Elle précise à la patiente la **sensation de légèreté qui est censée être éprouvée, dans ce jeu d'équilibre**. L'axe de la patiente est à présent penché sur la droite, sa tête reste néanmoins un peu tournée vers la gauche, du côté où la psychomotricienne est située. »*

Dans l'exemple de Mme S, le langage est un outil de valorisation « bravo » « voilà comme ça c'est parfait ». Nous percevons ici toute la dimension émotionnelle du langage. A partir de ces mots qui visent à soutenir l'effort et féliciter l'implication de la patiente, nous comprenons que pour Mme S l'étayage relationnel communiqué par le langage importe plus à la patiente, que la simple consigne verbale d'un acte à réaliser. En effet, l'initiative motrice de Mme S, fait suite aux valorisations du langage. La marche est ici sous-tendue par la relation et donc l'émotion qui s'en dégage, plus que par la demande directive de la psychomotricienne « redressez-vous ».

En ce qui concerne Mme H, le langage s'intéresse ici à souligner ce que perçoit la psychomotricienne de la posture de la patiente. Par ce travail de mise en mots, la professionnelle accompagne Mme H à prendre connaissance des sensations induites par les postures et mouvements réalisés. En quelque sorte, la psychomotricienne touche du doigt, d'une manière intuitive et sur la base de son observation et son expérience corporelle, les modifications proprioceptives opérées chez Mme H. Lorsque la psychomotricienne demande de « porter attention à l'appui de ses deux pieds sur le sol », nous comprenons que Mme H prend le temps de ressentir ses sensations kinesthésiques au niveau de ses membres inférieurs. Cette dernière peut rapidement répondre à la proposition de la psychomotricienne, celle d'avancer un pied.

Si le langage permet de prendre conscience de ses propres sensations proprioceptives, il offre aussi la possibilité à Mme H de ressentir de nouvelles sensations « la sensation de légèreté ». Ceci illustre l'état tonique dans lequel la patiente doit se trouver afin de produire l'acte moteur demandé.

3.2.3 La voix

Le langage n'est rien sans sa musicalité. La prosodie qui « *décrit les variations de hauteur, d'intensité et de durée* »⁶⁵ permet à l'enfant d'accéder au langage. Sur la base de ces indices, il est possible de discriminer un contenu sémantique interprétable. Le rythme sur lequel s'élabore la voix, permet d'anticiper des sons et donc des actes. Nous le savons, le rythme fait partie intégrante de nos vies et notre organisme. C'est sur lui que nous nous construisons et évoluons ; alors source de sécurité. Il exerce sur nous une influence, qui se veut être stimulante et guide nos actions. Le psychomotricien peut ainsi au travers de sa voix transmettre au patient le rythme des mouvements à réaliser lors de la marche. La voix suppléant l'absence d'appui proprioceptif. Rosolato définit la voix comme « *l'entre deux du corps et du langage* »⁶⁶. Elle est aussi un moyen d'expression d'émotions trahies par les variations vocales que nous lui connaissons, en plus d'un moyen d'impression sur le corps au travers des vibrations induites lors de son expression. Le psychomotricien, lors de l'accompagnement à la marche, peut toucher à distance le patient par sa voix, et ainsi l'inviter à se mouvoir dans un environnement contenant, avec une voix qui se veut rassurante et lente.

- **Mme S** :⁶⁷

« A chacune de ces étapes, **la psychomotricienne accompagne la patiente en répétant « avancez, avancez, avancez bien », en prolongeant l'énonciation de l'acte « tournezzzzz vous complètement », en ralentissant le débit de parole « et assseyezzzz-vous ».**

- **Mme H** :⁶⁸

« A la reprise du mouvement, Mme H met tout son poids sur le pied gauche et la psychomotricienne précise « soulevez le pied droit, complètement, comme un **papilloonnnn** ». L'avancée du pied droit de la patiente **provoque des mouvements saccadés au départ**, dûs à son équilibre vacillant. Puis finit sa course avec plus de stabilité. »

⁶⁵ Lacheret & Beaugendre, 1999

⁶⁶ Defiolles, 2010, p175.

⁶⁷ Cf. *infra*, Annexe I p. IV

⁶⁸ Cf. *infra*, Annexe IV p. XV

*« Votre pied droit **se soulève, se soulève, se soulève** et s'avance ». La **répétition accompagne les mouvements saccadés** du membre inférieur droit. Elle félicite chacun des pas effectués d'un « **ouiii** » **prolongé**. Pour les deux derniers pas, la psychomotricienne **impulse un rythme dans des sons rauques de la voix** à Mme H pour **chaque pas réalisé**. Les bras de la patiente sont maintenus en l'air, elle semble alors avoir adopté un équilibre plus stable et continu. »*

On remarque dans ces exemples combien la voix cherche à accompagner le mouvement des patientes. Elle sert de soutien à la réalisation de l'acte moteur, ce qui permet de donner un rythme. Dans la situation de Mme H, on observe combien la répétition du terme « soulève » provoque chez elle des mouvements moins fluides, ce qui peut expliquer sa perte d'équilibre. Alors qu'à l'élongation du mot « papillon » je constate un mouvement plus abouti et donc un équilibre plus stable. De plus, chaque exercice proposé est valorisé par la psychomotricienne. L'intensité et la durée des termes qui visent à féliciter la patiente, se prolongent dans le temps et marquent une émotion de fierté de la psychomotricienne. Ce qui permet de mettre en confiance la patiente et ainsi l'inciter à continuer.

Le regard, le langage et la voix, tous trois transmettent à la personne qu'ils contactent de l'émotion et du rythme. C'est par ces deux aspects que le psychomotricien va toucher l'autre. La répétition de l'expérience sensori-motrice ainsi que la valorisation et la rythmicité induite par la voix, permettent au patient de se sentir sécurisé. Il peut anticiper ses actes grâce à la rythmicité des mots, de l'intonation ou de l'appui visuel invoqués par le professionnel. C'est par cet accompagnement rythmique du toucher indirect que le psychomotricien va favoriser l'initiative motrice du patient dans un environnement suffisamment contenant.

3.3. Entre équilibre et déséquilibre, les transferts.

Comme nous l'évoque Savatofsky et Prayez « *on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même. La rencontre tactile a donc cette particularité de concerner aussi intimement l'approchant que l'approché. (...) le tact induit nécessairement une réciprocité qui lui confère une place particulière. Il est beaucoup plus difficile de se défendre et de se protéger d'autrui lorsqu'un corps à corps réel est établi. Toucher, c'est instaurer un lien concret, palpable, entre le malade et soi-même.* »⁶⁹. Nous comprenons ici combien le toucher est un langage à lui seul. Nul mot n'est utile pour transmettre à l'autre un message. Par cet échange tactile qui s'instaure dans la rencontre, il est difficile de mentir sur son état psychique car il serait trahi par des signes corporels, tels que : le degré de tonicité du toucher ou même son implication spatiale sur le corps de l'approché. En d'autres termes, la distanciation qui s'élabore entre les corps. Nous pouvons parler d'« accord » lorsque l'état émotionnel de l'individu est significatif avec son approche tactile ; comme nous pouvons parler d'« a-corps » -avec le *a* privatif- qui suppose que le toucher laisse penser à un autre état émotionnel que celui ressenti par le sujet. On comprend ici toute l'importance du dialogue tonique, dans ce jeu du langage corporel initié par le toucher.

Ainsi, au travers de la marche qui représente un enjeu identitaire dans la relation à soi et à l'autre, je m'intéresserai aux ajustements du psychomotricien nécessaires lors de l'accompagnement de la personne âgée.

Par ce langage, nous pouvons imaginer toute la part transférentielle qui s'élabore entre les personnes formant la dyade. Potel souligne que l'« *on ne peut pas concevoir un travail du toucher sans saisir la part touchée de soi quand on touche* »⁷⁰. C'est pourquoi la distance affective est un enjeu crucial dans l'approche du patient. Le psychomotricien se doit ainsi d'adopter la bonne distance avec le patient, afin d'aller à la rencontre de l'émotion de ce dernier, sans pour autant produire de la confusion alors source de contamination psychique pouvant s'établir chez l'un comme chez l'autre. L'empathie qui est développée par Rogers signifie « *la perception du cadre de référence interne d'une personne avec précision et dans ses composantes et significations émotionnelles, de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais sans jamais oublier le comme si* »⁷¹. Elle permet de s'ajuster à l'autre pour sentir la chaleur relationnelle qui se dégage de la rencontre, tout en se prémunissant de tous débordements émotionnels. Il demande néanmoins

⁶⁹ Savatofski & Prayez, 1989, p126.

⁷⁰ Potel, 2015, p116.

⁷¹ Rogers cité par M.Guiose, 2007, p102.

de la part du professionnel, d'accepter l'émotion qui le traverse lors du toucher et d'en saisir ses résonances, qu'elles soient physiques ou psychiques.

En ce qui concerne la dimension corporelle, le psychomotricien donne au patient une qualité de geste au travers de son toucher, colorée par ce qu'aura induit au préalable la personne accompagnée. Il peut proposer au patient ses qualités kinesthésiques, proprioceptives, et sensori-motrices pour l'aider à prendre conscience de ses propres capacités alors nécessaires à la marche. Au même titre que la mère met en sens les éprouvés de son bébé pour qu'il s'en saisisse, le psychomotricien apporte au patient des moyens de répondre autrement à ses fragilités. Pour cela il faut au professionnel un ancrage suffisamment flexible, tel un roseau, pour qu'il puisse faire face aux éventuelles tempêtes de la relation. Un bon ancrage corporel passe avant tout par la centration du bassin qui joue un rôle fondamental dans la bipédie. A la jonction entre le haut et le bas du corps, il relie à la fois les jambes grâce aux os iliaques rattachés aux deux hanches, ainsi que la colonne vertébrale à l'aide du sacrum. Les jambes assurant l'action de la marche, tandis que la colonne constitue une part de l'axe vertébral qui permet l'ouverture vers le monde. Élément clé d'une posture ajustée, le bassin du psychomotricien devra jouer entre l'antéversion et la rétroversion pour répondre au mieux aux mouvements du patient. Dans ce travail d'harmonisation posturale, il n'est pas sans rappeler que la respiration joue un rôle non négligeable en plus de celui du tonus pour offrir un appui suffisamment stable au centre phrénique. Une fois ces dispositions prises, le psychomotricien peut donner au patient un soutien sécurisant, alors facilitateur pour l'expérimentation psychomotrice de la marche. Ponton explique l'importance du « *centrage du poids dans le bassin [qui] est précurseur de l'organisation du centre dans la position verticale. Il va s'en dire, que si le soignant est lui-même centré, ses gestes et appuis n'en seront que plus sécurisant, parce que reliés à la terre* »⁷².

- **Mme S** :⁷³

« *La patiente atteint son but, celui de toucher le bout des doigts de la professionnelle, elle finit par s'accrocher à eux puis se laisser retomber lentement dans le fond de son fauteuil. Dans ce mouvement d'avant en arrière de Mme s, la psychomotricienne se décolle de son fauteuil mais **garde les pieds fixés à terre, comme s'ils étaient collés au sol.*** »

⁷² Ponton, s.d, p2.

⁷³ Cf. *infra*, Annexe I p. IV

« La psychomotricienne **ajuste sa cadence à celle de la patiente**, en lui précisant de **continuer autant qu'elle le peut.** »

- **Mme H** :⁷⁴

« **La psychomotricienne se place derrière la patiente, telle une copie conforme.** Ses pieds sont placés dans le même sens que Mme H. Son polygone de sustentation s'est élargi et ses pieds se sont redressés. La psychomotricienne propose à la patiente de respirer, pendant une brève pause. J'observe que les bras de Mme H se sont abaissés, mais ils restent tout de même en alerte avec une légère hypertonie. **Son regard s'est posé au sol**, et ses épaules se sont relevées ce qui me permet de constater un **léger redressement de l'axe.** »

« La psychomotricienne suit la patiente **comme une ombre**, tout en la maintenant au niveau **des hanches**. J'observe une prise d'appui suffisamment stable pour **supporter la perte d'équilibre** de Mme H. Tandis que la patiente effectue des mouvements lents et imprécis, **la psychomotricienne réalise peu de pas mais qui sont quant à eux rapides et stables**. Lorsque Mme H met tout son poids sur un pied, la professionnelle l'accompagne et prenant ses appuis sur le même pied. **Le regard de la psychomotricienne se porte au niveau du sol sur les pieds de la patiente** ce qui lui permet de commenter et **anticiper chacun des pas à réaliser par la patiente**. Une pause est alors proposée « redressez-vous, regardez devant vous. Voilà tout est en équilibre là. Ça va ? », ce à quoi répond favorablement Mme H d'un « oui ». Durant cette pause, j'observe le **redressement actif de l'axe de la psychomotricienne** qu'elle acquiert par une **avancée du bassin**. Elle félicite l'équilibre de la patiente d'un « Oui très bien. Respirez. Tout va bien. Vous êtes en équilibre dans cette posture. Vos pieds vous tiennent. »

L'imitation de la posture de la patiente « telle une copie conforme » « comme une ombre » permet à la psychomotricienne, d'une part de suivre Mme H dans ses mouvements et de la sécuriser d'une éventuelle perte d'équilibre, d'autre part de ressentir les appuis et le recrutement tonique de la patiente. En s'appropriant ces qualités psychomotrices, la psychomotricienne va pouvoir ajuster la posture de Mme H par le toucher direct et indirect. Par ce jeu d'équilibre et de déséquilibre, la professionnelle fait un premier « mâchage » d'élaboration psychique qui vise à faciliter la réalisation de la marche de la patiente. En effet, la marche est une

⁷⁴ Cf. *infra*, Annexe IV p. XV

expérience psychocorporelle qui repose sur une multitude de stimulations, pouvant parfois provoquer une saturation. Guider la patiente en harmonie avec son rythme permet de lui conférer des informations ajustées, et donc favorables à la mémorisation de ce pas qui fait lien entre soi et l'autre. Nous pouvons constater que cette adaptation induit chez Mme H un redressement de l'axe. Ainsi, si nous reprenons l'idée développée plus haut, selon laquelle la verticalité participe à la construction de la subjectivité, nous pouvons penser que cet ajustement postural est le fruit de l'élan vital « d'agir sur » en tant qu'identité propre.

La stabilité de la marche repose donc sur deux aspects. Le premier est l'aspect physique du psychomotricien. Nous avons pu voir que par des appuis suffisamment ancrés, l'accompagnement de ses gestes offre à la marche du patient un rythme ajusté, en accord avec ses capacités psychocorporelles. En ce qui concerne le second aspect qui s'inquiète de la psyché du psychomotricien, mon outil d'analyse qui est l'observation, arrive à sa limite.

En effet, s'il permet de retranscrire ce qui est observable à l'œil nu, certaines interactions transférentielles et contre-transférentielles entre le psychomotricien et le patient ne permettent d'établir que des hypothèses non significatives. L'élaboration d'un questionnaire aurait pu être un moyen de se saisir de ces échanges invisibles, sinon inconscients.

Ainsi, par ces ajustements physiques et psychiques, le psychomotricien permet au patient d'agir par lui-même, en tant qu'identité propre, sur son monde environnant.

*« So, oft in theologic wars
The disputants, I ween,
Rail on in utter ignorance
Of what each other mean;
And prate about an Elephant
Not one of them has seen! »⁷⁵*

⁷⁵ Godfrey saxe, s.d.

“ Trop souvent dans les guerres théologiques, Les parties en conflit, je crois, Se moquent dans la plus totale ignorance De ce que veulent dire leurs opposants, Et palabrent à n'en plus finir sur un Eléphant Qu'aucune d'entre elles n'a jamais vu !”

Conclusion :

A travers cet écrit ma volonté était de développer la notion du toucher, aussi vaste soit-elle, pour en comprendre toutes ses nuances. Je me suis donc aidée d'une grille d'observation afin de répertorier les différents types de toucher dont le psychomotricien peut être amené à se saisir, notamment en SSR gériatrique. Il se trouve que dans ce service, au carrefour de la prise en charge rééducative de ces patients, l'aide à la réappropriation de la marche est une des indications principales en psychomotricité. La difficulté étant de répondre de manière adaptée à l'attente du service tout en respectant le rythme du patient. De plus, n'étant présente qu'un jour par semaine au SSR sur une période de trois mois, mon observation devait être ciblée tout en pouvant se généraliser à tous types de prise en charge, sur un thème commun aux accompagnements psychomoteurs. C'est pourquoi j'ai choisi de m'intéresser aux différents types de toucher adoptés par le psychomotricien lors de l'accompagnement à la marche de la personne âgée.

La grille d'observation m'a ainsi permis d'enrichir ma compréhension des types de toucher rencontrés lors des accompagnements psychomoteurs, qu'ils soient directs ou indirects. Néanmoins, il me paraît important de souligner le caractère catégoriel que suppose cet outil d'évaluation. De plus, il s'intéresse à un instant t de la rencontre, et ne permet pas de constater une quelconque évolution. De nombreux biais sont ainsi à prendre en compte, tels que : le lieu de la séance, la pathologie du patient, le rapport qu'entretient le psychomotricien avec cette médiation qu'est le toucher etc.

J'attire donc votre attention sur l'intérêt de comprendre le toucher comme une rencontre. Tout comme la marche, le toucher engage une relation. Pour qu'ils soient stables, ils reposent tous deux sur un certain nombre d'étapes s'établissant sur une temporalité. Il correspond au temps du sujet qui s'inscrit dans le présent mais se place entre un passé et un futur proche. Pour qu'une rencontre s'envisage dans la durée, elle nécessite d'installer un rythme auquel les deux partenaires s'accordent. Ainsi dans notre cas, l'accompagnement psychomoteur proposé par le professionnel vise à jongler entre la dynamique du patient à entrer en relation et sa volonté d'autonomie, qui s'invitent dans la marche. Après avoir établi la dynamique dans laquelle s'inscrit le patient, différents types de toucher peuvent se succéder. Néanmoins, là encore le rythme a toute son importance. Synchroniser son toucher aux capacités psychocorporelles du patient permet d'établir une alliance

thérapeutique. De plus, si l'on en croit Aristote selon lequel le rythme et les mélodies sont des mouvements, tout comme les actions sont des mouvements, nous pouvons imaginer l'intérêt d'installer du rythme au toucher.

Si le développement psychomoteur de la personne âgée n'est pas comparable à celui du jeune enfant, de par son passif et sa physiologie actuelle, une progression de ses capacités est envisageable. Le psychomotricien se doit donc de la soutenir dans cette avancée, qu'elle soit rapide ou lente, en respectant les sauts et les pauses. Si l'on devait faire le parallèle avec la musique, où l'emploi technique du mot « pied » qui sert encore aujourd'hui à comptabiliser les mesures, nous pouvons imaginer la dyade soignant-soigné comme deux notes. Toutes deux s'ajusteraient à la ligne du temps sur laquelle chaque mesure s'apparenterait aux pas réalisés. L'importance étant de les considérer ensemble. Car s'il n'y avait pas d'« à corps d'âge » entre les deux protagonistes, le toucher « sonnerait faux » pour la personne accompagnée. **L'interprétation du toucher s'élabore au travers de notre histoire.**

Bibliographie

Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.

Albaret, J.M., Giromini, F., Scialom, P. & al. (2011). *Manuel d'enseignement de Psychomotricité*. Marseille : Solal.

Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.

Auguste, L. (2015). *Support de cours Grille de lecture du mouvement de troisième année*. Paris.

Bruna, D. (s. d.). « *Dis-moi comment tu marches, je te dirai qui tu es.* ». Consulté le 2 mars 2020, à l'adresse <https://madparis.fr/francais/musees/musee-des-arts-decoratifs/expositions/expositions-terminees/marche-et-demarche-une-histoire-de-la-chaussure/dis-moi-comment-tu-marches-je-te-dirai-qui-tu-es>

Carlson, C. & Blackwell, B. (1982). *Les comportements humains concepts et applications aux soins infirmiers*. Paris : Le Centurion.

Choplin, A. (2007). *Cairns*. Paris : La dragonne.

Coeman, A & Raulier H De Frahan, M. (2004). *De la naissance à la marche. Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*. Bruxelles : ASBL étoile d'herbe

Corraze, J. (1980). *Les communications non verbales*. Paris : Puf, 1996.

Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Editions : Grego.

Galliano, A-C., Pavot, C., Potel, C. (2011). **Chapitre 7 : L'espace et le temps**, in *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, p219-251, Louvain-la-neuve : De boeck.

Garros, J. (2017). *Corporellement. Vol 1. La conscience d'être un corps*. Collection de Midi.

Godfrey Saxe, J. (s. d.). *Blind men and the elephant*. Consulté le 9 avril 2020, à l'adresse <https://www.allaboutphilosophy.org/blind-men-and-the-elephant.htm> - Tiré de la métaphore de l'éléphant

Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris : Hdf, 2009.

Hall, E. T. (1971). *La dimension cachée*. Paris, Éditions : Du Seuil.

Hetu, J.-L. (2007), *Psychologie du vieillissement : comprendre pour intervenir*, Québec, Groupéditions.

Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris : Éditions in Press.

Kaplan, D. (2019, mai 12). Conséquences des transitions de vie sur les personnes âgées. Consulté le 12 janvier 2020, à l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/probl%C3%A8mes-sociaux-touchant-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/cons%C3%A9quences-des-transitions-de-vie-sur-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>

La Création D'adam Michelangelo Peinture. (s. d.). Consulté le 12 avril 2020, à l'adresse <https://pixabay.com/fr/illustrations/la-cr%C3%A9ation-d-adam-michelangelo-4889767/>

Leplat, F. (2010). *Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle*. Thérapies Psychomotrices et Recherches.

Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : structures, étayage, mouvement et relation*. Éditions : Eres, collection L'ailleurs du corps.

Larousse, É. (s. d.). Définitions : appui - Dictionnaire de français Larousse. Consulté le 1 avril 2020, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/appui/4792>

Lacheret-Dujour, A & Beaugendre, F. (1999). **Introduction- L'étude de la prosodie en acquisition : un enjeu clinique**, in *La prosodie du français*. Paris: Éditions du CNRS.

Mazet, P. & Stoleru, S. (1999). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*. Collection les âges de la vie. Edition : Masson.

Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher : un premier langage*. Éditions : Du Seuil.

Nimier, J. (s. d.). Quelles postures dans les pratiques d'accompagnement ? Consulté le 19 janvier 2020, à l'adresse http://pedagopsy.eu/accompagnement_bonice1_posture.html

Organisation mondiale de la santé. (2016). « Rapport mondial sur le vieillissement et la santé ». Consulté à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=09C74475E89586577C5A8C0631958528?sequence=1

Observation : Définition de observation. (s. d.). Consulté le 12 janvier 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/observation>

Péruchon, M. (2001). **Du moi-peau : applications à la gérontologie et à la ritualité**, in *Psychologie clinique et projective*, p45-54, n°7, Editions : Eres.

Ponton. (s. d.-a). *Construction du sentiment de sécurité par la verticalité*. Consulté le 21 décembre 2019, à l'adresse <http://ateliers-du-camisalie.fr/art-verticalite-enfants.pdf>

Ponton. (2012, octobre 14). *Debout-snup2012-ponton*. Consulté le 23 décembre 2019, à l'adresse <http://ateliers-du-camisialie.fr/debout-snup2012-gponton.pdf>

Ponton. (s. d.). *D'où vient le sentiment de sécurité chez l'aîné*. Consulté le 23 décembre 2019, à l'adresse <http://ateliers-du-camisialie.fr/art-verticalite-aines.pdf>

Potel, C. (2015). *Du contre-transfert : une clinique psychothérapique du corps*, Editions : Erès.

PRAT Régine : «*Panorama de l'observation du bébé selon la méthode Esther Bick dans les pays francophones* », *Devenir* 1/2005 (Vol. 17), p.55-82.
URL : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2005-1-page-55.htm>

Rochat, P. & Goubet, N. (2000). *Connaissance implicite du corps au début de la vie*. *Enfance*. No. 3.

Savatofski, J & Prayez, P. (1989). *Le toucher apprivoisé*. Paris : Lamarre.

Scialom, P., al. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1 Concepts Fondamentaux. Chapitre 7. « Espace et le temps »*. Paris : De Boeck-Solal.

Scialom, P., Giromini, F. & Albaret, J-M. (2012). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Paris : De Boeck-Solal, collection psychomotricité.

Servant-Laval, A. (Version 2010). *Cours théorico-pratique d'anatomie fonctionnelle de deuxième année de psychomotricité*, Paris.

Solitude : Définition de solitude. (s. d.). Consulté le 6 mars 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/solitude>

Verspieren, P. (1984). *Face à celui qui meurt*. Paris : Desclée de Brouwer/

Villa, F. (2010). *La puissance du vieillir*. Paris : Presses universitaires de France.

Annexe I : Mme S_ Séance du 13/11

Mme est assise sur son fauteuil roulant dans la salle de rééducation, j'observe une hypotonie globale de sa posture accentuée par une flexion latérale de la tête sur la droite. **Le regard** fixé au sol au départ, il s'anime à l'approche de la psychomotricienne sur sa droite qui cherche à ajuster le dossier du fauteuil. Ses mains jointes sur son ventre vont venir s'agripper aux accoudoirs lorsque le dossier se redresse, effaçant petit à petit sa cyphose dorsale. La verbalisation de la psychomotricienne concernant les adaptations réalisées en temps réel du fauteuil permet le recueil d'un acquiescement timide de la patiente par un son vocal. La posture au départ affaissée de Mme s, reprend petit à petit du tonus au profit d'un axe vertical. Une flexion de la tête, cette fois-ci, vers l'avant apparaît. Un temps d'arrêt est pris par la psychomotricienne accompagné d'un « ça va ? » afin de s'assurer de l'état de la patiente. La professionnelle, debout, se penche à la droite de la patiente en positionnant sa main droite sur l'épaule du même côté de Mme S. Cette dernière répond d'un hochement de tête et **la suit alors du regard**. En face à face, la psychomotricienne invite la patiente à un éveil corporel, notamment au niveau des jambes. Sa proposition est accompagnée d'un **toucher** au niveau des genoux, sous forme de **lentes frictions**. La patiente commence alors à interagir verbalement. N'ayant pas suffisamment entendu la consigne, elle l'a fait répéter. La psychomotricienne choisit alors de commencer le mouvement, soit des flexions coxo-fémorales, tout en répétant la consigne. **Le regard** de la patiente se porte sur la réalisation du geste effectué par la psychomotricienne, ce qui entraîne une réponse de sa part en imitation. Ceci demande à Mme s de réajuster sa posture, ce qu'elle fit en prenant appui sur ses pieds pour se positionner au fond de son fauteuil. Cette modification semble faciliter les exercices suivants. Lors des **frictions que réalise en imitation la patiente qui épousent** ses genoux et ses cuisses, des kinésithérapeutes entrent dans la pièce. Durant la brève discussion entre la psychomotricienne et les autres professionnels, j'observe que la patiente **cherche du regard** l'attention de la psychomotricienne, en vain. Le tonus suffisant au départ pour effectuer les frictions dynamiques, est de moins en moins recruté ce qui donne des mouvements moins amples et rapides. La patiente est moins active, ce qui nécessite de la part de la psychomotricienne de verbaliser d'autant plus chacun des mouvements à réaliser ainsi qu'un rapprochement sur la gauche de la patiente. La professionnelle va alors proposer à Mme s de « décoller » son dos du dossier. **Elle l'accompagne en plaçant chacune de ses mains sur les omoplates** afin d'induire un mouvement de flexion du tronc. Pendant que la patiente continue les frictions des genoux, la thérapeute continue de soutenir la patiente à la fois verbalement la

valorisant par des « voilà, c'est bien » sa tête alors placée en perpendiculaire de celle de Mme s, ainsi que physiquement en plaçant son bras droit sur les deux omoplates de la dame. Ses gestes se trouvent être plus appliqués et précis. Un temps de repos est ensuite proposé. Je constate une esquisse de sourire sur le visage de la patiente lorsqu'elle se redresse. Un éveil corporel des membres supérieurs est ensuite proposé, à nouveau en face à face. La psychomotricienne souhaite remobiliser les bras, en réalisant des frictions des mains jusqu'aux épaules. Afin de décoller le dos du dossier, la professionnelle incite la patiente à venir **toucher ses doigts** en allongeant le plus possible les bras. De nombreux sourires s'affichent alors, à la fois sur le visage de la patiente et sur celui de la psychomotricienne. Les deux femmes semblent comme « **se tenir** » **par le regard**. Ce partage est soutenu par la répétition du mot « venez ! » d'allure accélérée. La patiente atteint son but, celui de toucher le bout des doigts de la professionnelle, elle finit par s'accrocher à eux puis se laisser retomber lentement dans le fond de son fauteuil. Dans ce mouvement d'avant en arrière de Mme s, la psychomotricienne se décolle de son fauteuil mais **garde les pieds fixés à terre**, comme s'ils étaient **collés au sol**.

Une fois l'éveil corporel effectué, la psychomotricienne déplace le fauteuil roulant sur lequel est assise Mme s afin de la placer face aux barres parallèles qu'elle saisit instantanément. La professionnelle s'accroupie de façon à se placer à la hauteur visuelle de la patiente. Elle lui indique verbalement d'allonger ses jambes qu'elle accompagne d'un geste de la main pour refermer les repose-pieds. J'observe chez elle une posture en cyphose, lorsqu'elle relève ses jambes je constate une légère perte d'équilibre du tronc qu'elle compense par un agrippement des barres situées devant elle. La psychomotricienne accompagne la flexion des genoux **en touchant les tibias de Mme s** afin de lui faire retrouver la position zéro de ses membres inférieurs, une légère **résistance tonique** des ces parties contactées apparaît. Elle lui propose ensuite de s'avancer afin de trouver appui au sol. **Elle pose sa main gauche sur celle de la patiente** située sur la barre en la **faisant glisser** afin de gagner quelques centimètres. Mme s ajuste sa posture en avançant son buste vers l'avant. Son regard, qui était au départ fixé sur sa main droite, se pose au sol. La psychomotricienne accompagne ces réajustements posturaux par des **félicitations verbales**, tout en frictionnant le dos avec son bras droit posé sur la patiente. Les jambes de Mme s restent néanmoins en suspension, la thérapeute va alors **contacter les genoux de la patiente par une pression de la main** jusqu'à ce que ses orteils touchent le sol, alors encore trop bas pour elle. « Et maintenant vous vous mettez debout » c'est ce que demande la psychomotricienne d'une voix posée à Mme s. Elle aide la patiente en **plaçant son bras** droit, en flexion adduction, sous

l'aisselle gauche de cette dernière **afin de la soutenir dans le passage de la position assise à debout**. Au contact du sol, les pieds de Mme s prennent appui sur toute leur surface ce qui permet le transfert de poids sur les membres inférieurs. La psychomotricienne **accompagne ce transfert par une main placée au niveau du sacrum**, elle permet la verticalisation de la patiente qui garde néanmoins une attitude cyphosée. Tout en restant agrippée aux barres parallèles, la tête de Mme s se redresse et **son visage s'illumine d'un sourire de satisfaction** lorsque la professionnelle lui évoque un « **bravo !** ». Par cet élan, **la marche s'enclenche** soutenue par la professionnelle « **voilà comme ça c'est parfait, redressez-vous bien** » joint par un contact rapide de la colonne du bout des doigts, ce qui **n'engendre pas de réponse posturale** de la patiente. La psychomotricienne **ajuste sa cadence à celle de la patiente**, en lui précisant de **continuer autant qu'elle le peut**. Tout en gardant **sa main au niveau du sacrum qui exerce une légère pression**, elle précise par une injonction descriptive qu'un écart suffisant des pieds est nécessaire pour garder son équilibre. Le polygone de sustentation de Mme s s'accroît ce qui implique son transfert de poids unipodale plus important sur le plan frontal, en comparaison à ses premiers pas qui se faisaient sur le plan sagittal avec un soutien postural plus important de la psychomotricienne. Son équilibre stabilisé, la professionnelle quitte sa main positionnée sur le sacrum, mais garde en soutien son bras sous l'aisselle de la patiente. Mme s évoque sa fatigue et nous exprime vouloir s'asseoir. Une fois face à la chaise placée au préalable au bout des barres parallèles, **les mains de la psychomotricienne se posent de part et d'autre de la hanche de la patiente pour accompagner son demi tour** jusqu'à la position assise. Elle lui précise devoir s'avancer davantage, puis se tourner complètement, et enfin s'asseoir. A chacune de ces étapes, **la psychomotricienne accompagne la patiente en répétant « avancez, avancez, avancez bien », en prolongeant l'énonciation de l'acte « tournez-vous complètement », en ralentissant le débit de parole « et asseyez-vous »**. Une fois Mme S assise, la psychomotricienne **félicite la patiente tout en entourant les épaules** de cette dernière par son bras gauche, **accompagné d'une légère friction sur le bras droit de la patiente**.

Psychomotricienne : *C'est bien vous y êtes arrivée.*

Mme s : *Oui parce que j'ai les barres, sans ça je n'y arriverais pas.*

Psychomotricienne : *Oui mais on vous tient moins fort qu'avant, c'est bien !*

Mme s : oh « bien » non... mais bon si vous êtes contente.

Psychomotricienne : une fois positionnée à la hauteur du regard de la patiente, *je trouve qu'il y a un progrès.*

Mme s : *Bon alors ça va, grâce à vous.*

Annexe II : Grille d'observation de la séance du 13.11_ Mme S

Patient: Mme S <i>Aide technique:</i> Fauteuil roulant Date: 13/11/19		POSITION(S) DU PATIENT	POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
Anatomie dynamique	Assis	Positionnement de la tête	Flexion latérale droite	Accroche du regard, face à face	Redressement de la tête et du tronc
		Colonne vertébrale	Courbure à droite	Accroche du regard, face à face	Redressement de la tête et du tronc
		Ceinture scapulaire	Proaction légère		
		Coudes(s)	Positionnés sur les accoudoirs, suffisamment fléchis pour permettre la rencontre des mains	Enveloppe le dos	S'accroche aux accoudoirs pour une meilleure stabilisation et équilibre, puis positionne ses mains sur ses genoux amène un relâchement tonique du tronc
		Poignet(s), main(s)	Mains jointes au niveau du ventre, main gauche sur la droite	Enveloppe le dos	S'accroche aux accoudoirs pour une meilleure stabilisation et équilibre, puis positionne ses mains sur ses genoux amène un relâchement tonique du tronc
		Positionnement du bassin			
		Coxo-fémorale			
		Genoux	Flexion passive 90°	Pression vers les pieds (qui donne appui)	Recrutement tonique du tronc, ajustement postural sur les ischions
		Positionnement des chevilles			
		Appuis plantaires			
Coloration relationnelle	Assis	Kinesphère	petite	Approche face à face, bras tendus, accroche du regard	Décollement du dos, initiation motrice, agrandissement de la kinesphère intègre la psychomotricienne dedans
		Orientation du regard	Au sol dans le vide	Approche face à face, bras tendus, accroche du regard	Sourire et initiation motrice, élévation du regard « yeux dans les yeux »
		Évolution du tonus	Hypotonie posturale	Approche face à face, bras tendus, accroche du regard	Recrutement tonique du tronc
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)		Salle de rééducation, fauteuil roulant			

POSITION(S) DU PATIENT	POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT	
Passage de l'Assis au Debout	Positionnement de la tête			
	Colonne vertébrale	Courbure à droite	« englobement » des omoplates par le bras droit	Antéimpulsion du tronc et redressement de la tête, regard au loin
	Ceinture scapulaire	Proaction légère	Soutien sous l'aisselle gauche grâce à son bras gauche	Prise d'appui des pieds au sol, recrutement tonique de l'axe
	Coudes(s)			
	Anatomie dynamique	Une main sur chaque barre	Mains qui guident le mouvement, donne appui aux mains de Mme s légère pression sur chaque main sur les barres	Accroche des mains et redressement du tronc, élévation des jambes lors du recrutement tonique axiale
	Positionnement du bassin	Rétroversion		
	Coxo-fémorale			
	Genoux	Flexion passive 90°	Pression des genoux vers le sol quelques instants	Recrutement tonique axial
	Positionnement des chevilles			
	Appuis plantaires			
Coloration relationnelle	Kinesphère	Ouverture vers l'avant du corps, investissement du plan sagittal avant		
	Orientation du regard	Au sol vers les pieds	Debout position statique avec la patiente, félicite l'acte moteur	Sourire et recrutement tonique de l'axe, élévation rapide du regard devant elle puis recherche du regard la psychomotricienne à sa gauche
	Évolution du tonus	hypotonie	« englobement » des omoplates par le bras droit	Recrutement tonique du tronc et des membres inférieurs
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)	Salle de rééducation barres parallèles			

POSITION(S) DU PATIENT	POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT	
Anatomie dynamique	Positionnement de la tête			
	Colonne vertébrale			
	Ceinture scapulaire			
	Coudes(s)			
	Poignet(s), main(s)			
	Positionnement du bassin	Rétroversion	Mains aux ischions, recherche de l'ossature	Impulse le mouvement, initiation motrice, redressement lent de l'axe
	Coxo-fémorale			
	Genoux			
	Positionnement des chevilles			
	Appuis plantaires			
Coloration relationnelle	Kinesphère			
	Orientation du regard			
	Évolution du tonus			
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)	Salle de rééducation dans les barres parallèles			

<i>POSITION(S) DU PATIENT</i>	<i>POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER</i>	<i>TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)</i>	<i>CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT</i>	
Marche	<i>Positionnement de la tête</i>			
	<i>Colonne vertébrale</i>	Stimulation de type enveloppante avec la main droite « redressez-vous bien »	Initiative motrice des membres inférieurs et répond ne pas pouvoir se redresser plus	
	<i>Ceinture scapulaire</i>			
	<i>Coude(s)</i>			
	<i>Poignet(s), main(s)</i>			
	<i>Positionnement du bassin</i>	Rétroversion	Mains aux ischions, recherche de l'ossature	Impulse le mouvement, initiation motrice, redressement lent de l'axe
	<i>Coxo-femorale</i>			
	<i>Genoux</i>			
	<i>Positionnement des chevilles</i>			
	<i>Appuis plantaires</i>	Appuis talonniers		
Coloration relationnelle	<i>Kinesphère</i>			
	<i>Orientation du regard</i>	Regard au sol	Élévation du regard au bout du chemin des barres parallèles, rythme de marche accéléré	
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)	<i>Évolution du tonus</i>	Valorisation « outiii »		
	Salle de rééducation dans les barres parallèles			

Annexe III : Grille d'observation de la séance du 20.11_ Mme S

Patient: Mme S <i>Aide technique:</i> Fauteuil roulant Date: 20.11		POSITION(S) DU PATIENT	POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
Assis	Anatomie dynamique	Positionnement de la tête			
		Colonne vertébrale			
		Ceinture scapulaire	Proaction et dépression importante	Soutien sous les aisselles de la psychomotricienne et moi même chacune d'un côté	Élévation du tonus axial, impulsion des membres inférieurs vers l'avant
		Coude(s)			
		Poignet(s), main(s)			
		Positionnement du bassin			
		Coxo-fémorale			
		Genoux			
		Positionnement des chevilles			
		Appuis plantaires			
Coloration relationnelle		Kinesphère			
		Orientation du regard			
		Évolution du tonus			
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)		Salle de rééducation dans les barres parallèles			

<i>POSITION(S) DU PATIENT</i>	<i>POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER</i>	<i>TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)</i>	<i>CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT</i>	
Passage de l'Assis au Debout	Positionnement de la tête			
	Colonne vertébrale			
	Ceinture scapulaire	Proaction et dépression importante	Soutien sous les aisselles de la psychomotricienne et moi même chacune d'un côté	Initiation motrice, élévation des épaules, tendance posturale à droite
	Coudé(s)			
	Poignet(s), main(s)			
	Positionnement du bassin			
	Coxo-fémorale			
	Genoux			
	Positionnement des chevilles			
	Appuis plantaires			
Coloration relationnelle	Kinesphère			
	Orientation du regard			
	Évolution du tonus			
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)	Salle de rééducation dans les barres parallèles			

POSITION(S) DU PATIENT	POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
<i>Positionnement de la tête</i>			
<i>Colonne vertébrale</i>	Antépulsion de l'axe	Enveloppement du dos avec le bras et écoute active des plaintes de la patiente « rien ne va »	Soutien de la marche
<i>Ceinture scapulaire</i>			
<i>Coude(s)</i>			
Anatomie dynamique			
<i>Poignet(s), main(s)</i>			
Marche	Rétropulsion	Appui aux ischions à l'aide de la main	Initiation motrice des membres inférieurs
<i>Positionnement du bassin</i>			
<i>Coxo-fémorale</i>			
<i>Genoux</i>			
<i>Positionnement des chevilles</i>			
<i>Appuis plantaires</i>			
Coloration relationnelle	Petite dans le plan sagittal	Rapprochement de la tête de la psychomotricienne vers l'oreille de Mme S pour qu'elle entende son soutien « allez courage » « c'est bien ce que vous faites », accompagné d'un enveloppement et frictions du dos avec la main	Léger ralentissement au début de la marche puis aux valorisations « je n'ai pas de courage », continue malgré tout d'initier les pas sans aide et soutien corporel de la psychomotricienne
<i>Orientation du regard</i>	Au sol	Oriente le regard à l'aide de son bras, pour illustrer le parcours à réaliser droit devant soi	Reprise d'un rythme de marche, après une légère pause
<i>Évolution du tonus</i>		Se met à la hauteur de la patiente pour accrocher le regard	La patiente élève le regard vers la psychomotricienne « j'ai confiance en vous »
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)	Salle de rééducation dans les barres parallèles		

Annexe IV : Mme H_ Séance du 08.01

Mme H est assise sur une chaise dans la salle de psychomotricité, la psychomotricienne est installée sur sa gauche installée elle aussi sur une chaise. La patiente prépare son transfert en position debout, en prenant appui sur l'assise de la chaise. Son regard se porte sur le fond de la salle, elle est à l'écoute de la psychomotricienne qui lui propose de commencer la séance. Les épaules de Mme H sont affaissées, je remarque l'initiation d'une impulsion du buste vers l'avant, comme pour réaliser seule la position debout. Ses pieds tous deux en abduction, ce qui peut expliquer la proximité de ses deux genoux. La patiente effectue la station debout à l'aide de la propulsion de ses mains sur la chaise. Elle se redresse lentement, en gardant son regard droit devant soi. En position debout, je constate une rétropulsion de l'axe, ainsi qu'un polygone de sustentation serré. Ses pieds n'ont pas bougés lors du transfert. L'équilibre statique est stable, sinon quelque peu vacillant de gauche à droite. Son regard lui permet de garder un point fixe. La psychomotricienne se lève et se rapproche de Mme H de sorte à s'installer à côté du bras gauche de la patiente, en lui précisant de **porter attention à l'appui de ses deux pieds sur le sol**. Mme H est à l'écoute et acquiesce d'un « oui ». A la proposition de la psychomotricienne « vous aller mettre tout votre poids du corps sur un seul pied », la patiente réagit rapidement, néanmoins avec lenteur dans ses mouvements, en déplaçant une partie de son poids sur son pied droit. **A ce moment la professionnelle pose sa main gauche sur le bras gauche de la patiente**, comme pour **retenir les petits mouvements du bras** induits lors le déplacement du poids du corps. **L'autre bras de la psychomotricienne se place dans le dos** de la patiente, comme pour **l'envelopper**. Elle précise à la patiente la sensation de légèreté qui est censée être éprouvée, dans ce jeu d'équilibre. L'axe de la patiente est à présent penché sur la droite, sa tête reste néanmoins un peu tournée vers la gauche, du côté où la psychomotricienne est située. Elle lui propose de soulever le pied gauche afin de l'avancer pour réaliser un premier pas. Elle lui montre le mouvement à effectuer à l'aide de son propre pied gauche. Le regard de la patiente s'abaisse au niveau du sol, et reste à l'écoute. A ce moment, la psychomotricienne **place ses deux mains sur les hanches** de Mme H, et lui demande de **transférer à nouveau son poids mais cette fois-ci du côté gauche**. L'équilibre de la patiente est précaire. Des stratégies de compensation lui permettent de rétablir son équilibre, notamment grâce à l'écartement de ses bras. **La psychomotricienne se place derrière la patiente, telle une copie conforme**. Ses pieds sont placés dans le même sens que Mme H. Son polygone de sustentation s'est élargi et ses pieds se sont redressés. La psychomotricienne propose à la patiente de respirer, pendant une brève pause.

J'observe que les bras de Mme H se sont abaissés, mais ils restent tout de même en alerte avec une légère hypertonie. **Son regard s'est posé au sol**, et ses épaules se sont relevées ce qui me permet de constater un léger redressement de l'axe. A la reprise du mouvement, Mme H met tout son poids sur le pied gauche et la psychomotricienne précise « soulevez le pied droit, complètement, comme un papillooonnnn ». L'avancée du pied droit de la patiente **provoque des mouvements saccadés au départ**, dûs à son équilibre vacillant. Puis finit sa course avec plus de stabilité. La psychomotricienne suit la patiente **comme une ombre**, tout en la maintenant au niveau **des hanches**. J'observe une prise d'appui suffisamment stable pour **supporter la perte d'équilibre** de Mme H. Tandis que la patiente effectue des mouvements lents et imprécis, **la psychomotricienne réalise peu de pas mais sont quant à eux rapides et stables**. Lorsque Mme H met tout son poids sur un pied, la professionnelle l'accompagne et prenant ses appuis sur le même pied. **Le regard de la psychomotricienne** se porte au niveau du sol sur les pieds de la patiente ce qui lui permet de commenter et **anticiper chacun des pas à réaliser par la patiente**. Une pause est alors proposée « redressez-vous, regardez devant vous. Voilà tout est en équilibre là. Ça va ? », ce à quoi répond favorablement Mme H d'un « oui ». Durant cette pause, j'observe le **redressement actif de l'axe de la psychomotricienne** qu'elle acquière par une **avancée du bassin**. Elle félicite l'équilibre de la patiente d'un « Oui très bien. Respirez. Tout va bien. Vous êtes en équilibre dans cette posture. Vos pieds vous tiennent ». La professionnelle propose à nouveau de continuer quelques pas. « Vous allez à présent basculer votre poids du corps vers l'avant et soulever votre pied droit. Vous pouvez écarter un peu les bras si ça vous donne de l'équilibre. **Tel un funambule**. Votre pied droit **se soulève, se soulève, se soulève** et s'avance ». La **répétition accompagne les mouvements saccadés** du membre inférieur droit. Elle félicite chacun des pas effectués d'un « ouiii » **prolongé**. Pour les deux derniers pas, la psychomotricienne **impulse un rythme dans des sons rauques de la voix** à Mme H pour **chaque pas réalisé**. Les bras de la patiente sont maintenus en l'air, et semble avoir adopté un équilibre plus stable et continu. La psychomotricienne **glisse** alors **ses mains**, placées au préalable sur les hanches de la patiente, au niveau **des côtes**. **Elles sont comme posées**. Les deux femmes terminent alors leur parcours, que la psychomotricienne résume par un « très joliii ».

Annexe V : Grille d'observation de la séance du 4.12_ Mme H

Patient: Mme H Aide technique: Fauteuil roulant Date: 4/12/19			
POSITION(S) DU PATIENT	POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
Anatomie dynamique Assis	Positionnement de la tête		
	Colonne vertébrale	Hypertonie axiale	Antépuulsion de l'axe, transfert d'appui vers l'avant des pieds
	Ceinture scapulaire		
	Coude(s)		
	Poignet(s), main(s)		
	Positionnement du bassin		
	Coxo-fémorale		
	Genoux		
	Positionnement des chevilles		
	Appuis plantaires		
Coloration relationnelle	Kinesphère		
	Orientation du regard		
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)	Évolution du tonus		
	Salle de psychomotricité, plan bobath et fauteuil roulant		

POSITION(S) DU PATIENT		POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
Passage de l'Assis au Debout	<i>Positionnement de la tête</i>	Hypertonie cervicale	Pose sa main droite en « crochet » dans la nuque, et guidant verbalement « en haut, en haut, en haut »	Élévation du regard, flexion de la tête, transfert en position debout lente, avec compensation d'équilibre avec les membres supérieurs
	<i>Colonne vertébrale</i>	Hypertonie axiale	Pose ses mains sur les épaules, en face à face avec impulsion du buste vers l'avant, initie le mouvement en proposant un rythme « allez, 1-2-3 »	Antépulsion de l'axe, transfert d'appui vers l'avant des pieds Initiation motrice, repousser des membres supérieurs sur le plan bobath
	<i>Ceinture scapulaire</i>	Élévation des épaules, hypertonie	Soutien sous les aisselles et valorisation « très bien »	Impulse le mouvement de station debout et dépression des épaules
	<i>Coude(s)</i>			
	<i>Poignet(s), main(s)</i>			
	<i>Positionnement du bassin</i>			
	<i>Coxo-femorale</i>			
	<i>Genoux</i>			
	<i>Positionnement des chevilles</i>			
	<i>Appuis plantaires</i>			
Coloration relationnelle	<i>Kinesphère</i>	Restreinte, peu de mouvements	Rapprochement près de la tête de Mme H, parle doucement et lentement, valorisation, propose de respirer	Initiation motrice des membres inférieurs, petits pas
	<i>Orientation du regard</i>	Au sol durant le transfert	Proposition de soutien de la psychomotricienne, propose son bras pour que Mme H puisse s'y tenir en cas de vertige	Élévation de la tête, regard dans le vide mais vise le fond de la pièce
	<i>Évolution du tonus</i>			
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)	Salle de psychomotricité, plan bobath			

POSITION(S) DU PATIENT	POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
<i>Positionnement de la tête</i>			
<i>Colonne vertébrale</i>			
<i>Ceinture scapulaire</i>	Hypertonie des épaules	Face à face soutien sous les bras les mains ouvertes placées sur les omoplates Enveloppe à distance et valorisation avec regard Propose de danser en transvasant son poids d'un pied sur l'autre, « et 1-2-3 » en plaçant ses mains sur les épaules Réajustement de la posture de la psychomotricienne, réduction de son polygone de sustentation. Position en miroir, bascule du poids de son poids avec appui du pied en miroir du pied d'appui de Mme H	Légère dépression des épaules et initiation motrice des membres inférieurs, respiration moins saccadée Équilibre dynamique lors de la « danse » plus stable, stratégie de compensation de l'équilibre avec les membres supérieurs
Anatomie dynamique			
Debout			
<i>Coude(s)</i>			
<i>Poignet(s), main(s)</i>			
<i>Positionnement du bassin</i>	rétroversion	Propose de danser en transvasant son poids d'un pied sur l'autre, « et 1-2-3 » en plaçant ses mains sur les hanches, guide avec l'intonation de la voix, valorisation et verbalise la position de la patiente « là vous êtes un peu trop en arrière »	Équilibre plus sécure, moins de vacillement, accroche visuelle, rétablissement du bassin dans l'axe, meilleure stabilisation
<i>Coxo-fémorale</i>			
<i>Genoux</i>			
<i>Positionnement des chevilles</i>			
<i>Appuis plantaires</i>	Appuis talonniers, perte d'équilibre	Se rapproche de Mme H qui « précise ne me laissez pas tomber » en face à face, mains sur ses hanches en imitation Psychomotricienne invite à basculer tout son poids sur un pied et puis l'autre	Accroche visuelle, abaissement du tonus axial
<i>Kinesphère</i>			
<i>Orientation du regard</i>			
<i>Évolution du tonus</i>			
Coloration relationnelle			
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)	Salle de rééducation barres parallèles		

Annexe VI : Grille d'observation de la séance du 11.12_ Mme H

POSITION(S) DU PATIENT		POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
Debout	Positionnement de la tête	Légèrement en flexion	Main droite en « crochet » à la nuque, pour donner appui	Léger redressement de l'axe, et élévation du regard vers le fond de la salle et la tête tournée un peu vers la psychomotricienne, léger abaissement des épaules, stabilisation de l'équilibre statique
	Colonne vertébrale			
	Ceinture scapulaire	Élévation des épaules, hypertomie de la ceinture scapulaire	Main droite sur l'omoplate droite de Mme H, impulse le mouvement	Initiation motrice, petits pas polygone de sustentation étroit
	Coude(s)	Flexion 90°	Tient la main gauche de Mme H à sa droite en perpendiculaire, regard	Tendance posturale à droite, tête tournée vers la psychomotricienne
	Poignet(s), main(s)			
	Positionnement du bassin			
	Coxo-fémorale			
	Genoux			
	Positionnement des chevilles			
	Appuis plantaires			
Coloration relationnelle	Kinesphère			
	Orientation du regard			
	Évolution du tonus			
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)	Salle de psychomotricité			
	Patient: Mme H Aide technique: Fauteuil roulant			
Date: 11/12/19				

POSITION(S) DU PATIENT		POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
Anatomie dynamique	Positionnement de la tête			
	Colonne vertébrale			
	Ceinture scapulaire	Dépression des épaules	Bras droit de type enveloppant la ceinture scapulaire, guide « faites un demi tour douuuuuuuecccccement, tournez un piieeedddd puis l'autre; un pieccedddd puis l'autre »	Rotation du pied droit en premier, puis la ceinture scapulaire et le regard suit celui de la psychomotricienne. Initiation motrice par les membres inférieurs et stratégie de compensation de l'équilibre dynamique avec le membre supérieur droit. Réalisation des pas sur le rythme impulsé par la voix de la psychomotricienne
	Marche			
	Coude(s)			
	Poignet(s), main(s)			
	Positionnement du bassin	Point fixe	Chacune de ses mains sur les hanches de Mme H, propose un rythme « un pieccedddd, puis l'autre, un pieccedddd puis l'autre ».	Stratégie de compensation pour l'équilibre dynamique avec les membres supérieurs, élévation du regard grâce à une flexion de la tête
	Coxo-fémorale		Placée à l'arrière gauche de la patiente, transfert son poids sur le même pied que celui de la patiente	Réalise les pas sur le rythme de la psychomotricienne, élaboration de la marche plus fluide et pas plus amples
	Genoux			
	Positionnement des chevilles			
Coloration relationnelle	Appuis plantaires			
	Kinesphère			
	Orientation du regard			
	Évolution du tonus			
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.)				

Annexe VII : Grille d'observation de la séance du 8.01_ Mme H

Patient: Mme H Aide technique: Déambulateur Date: 08/01/19			
POSITION(S) DU PATIENT	POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
Anatomie dynamique Passage de l'Assis au Debout	Positionnement de la tête		
	Colonne vertébrale		
	Ceinture scapulaire		
	Coude(s)		
	Poignet(s), main(s)		
	Positionnement du bassin		
	Coxo-fémorale		
	Genoux		
	Positionnement des chevilles		
	Appuis plantaires		
Coloration relationnelle	Étroite, aucun mouvement, petit polygone de sustentation	Rapprochement à la perpendiculaire à la gauche de Mme H, invite à prendre appui sur un des deux pieds se tourne en transversale, réajuste sa posture en prenant appui sur son pied droit lors de l'initiation motrice de Mme H	Transfert progressif de son poids du corps sur la droite, à l'opposé de la psychomotricienne, dépression des épaules, tendance posturale à droite
	Orientation du regard		
	Évolution du tonus		
Contexte (lieu, temps dans la journée etc.) Salle de psychomotricité			

POSITION(S) DU PATIENT	POSTURE DE DEPART DU PATIENT AVANT TOUCHER	TYPE DE TOUCHER DU PSYCHOMOTRICIEN(NE)	CONSEQUENCES DU TOUCHER SUR LA POSTURE DU PATIENT
<i>Positionnement de la tête</i>			
<i>Colonne vertébrale</i>			
<i>Ceinture scapulaire</i>	Élévation des épaules, hypertonie	Enveloppe à distance les épaules de Mme H de son bras gauche et une partie du bras droit de Mme H	Initiation motrice rapide, kinesphère plus importante, stabilisation du regard au loin, stratégie de compensation de l'équilibre dynamique avec les membres supérieurs
<i>Coude(s)</i>			
Anatomie dynamique			
<i>Poignet(s), main(s)</i>			
Marche	Légère rétroulsion	Place ses mains sur les hanches de Mme H, verbalise le transfert de poids qui doit se produire et induction d'un état tonique « légèreté » du pied levé supérieurs, légère flexion du buste et ancrage du pied d'appui « bien solide » Ajustement de sa posture en imitation avec Mme H, son pied d'appui est le même que celui de la patiente et inversement	Initiation motrice, réajustement de l'équilibre dynamique avec stratégie de compensation avec les membres supérieurs, légère flexion du buste
<i>Coxo-fémorale</i>			
<i>Genoux</i>			
<i>Positionnement des chevilles</i>			
<i>Appuis plantaires</i>	Décolle ses pieds en bloc	Verbalise les étapes du déroulement du pied en différents temps	Appui plantaire plus souple, déroulement plus ample, stabilisation de l'équilibre statique
Kinesphère			
Coloration relationnelle	<i>Orientation du regard</i>		
	<i>Évolution du tonus</i>		

Résumé

Si l'on devait s'accorder pour donner une définition du toucher, que choisirions-nous ? S'intéresserions-nous à sa qualité proprioceptive ou plutôt émotionnelle ? N'est-elle pas finalement, tout à la fois, et surtout relationnelle. J'ai choisi au travers de cet écrit de m'intéresser aux différents types de toucher que le psychomotricien peut être amené à utiliser, notamment lors de la marche. Nous verrons qu'en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) gériatrique en plus de soutenir la marche, le toucher accompagne le rythme psychocorporel des personnes âgées.

Mots-clés : Marche, Toucher, Psychomotricité, Personne âgée, Accompagnement, Observation, Rythme

Summary

If we were to agree over the definition of touch, which would it be? Would we be interested in its proprioceptive quality or rather emotional? Or isn't it everything at once. I chose to study different types of "touch" that a psychomotrician might have to use, especially during walk.

We can see that in geriatric SSR, besides supporting walking, "touch" is helpful to the psycho-corporeal rhythm of old people.

Key-words : Walk, Touch, Psychomotricity, Old person, Accompaniment, Observation, Rhythm