

Vieillissement, handicap et identité: la psychomotricité comme soutien à l'identité psychocorporelle chez la personne handicapée vieillissante

Juliette Bouchaire

▶ To cite this version:

Juliette Bouchaire. Vieillissement, handicap et identité: la psychomotricité comme soutien à l'identité psychocorporelle chez la personne handicapée vieillissante. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03280569

HAL Id: dumas-03280569 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03280569

Submitted on 7 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers. L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Vieillissement, handicap et identité

La psychomotricité comme soutien de l'identité psychocorporelle chez la personne handicapée vieillissante

BOUCHAIRE Juliette

Née le 5 février 1999, à Fontenay-le-Comte (85)

Juin 2021 Directeur de mémoire : Alexandra Hourcade

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Alexandra Hourcade, directrice qui m'a guidé dans mes recherches, mes réflexions, mes questionnements et la rédaction de ce mémoire. Merci pour ton soutien inconditionnel et d'avoir su me transmettre ta passion pour ce métier.

Je remercie également Marion et Jean-Guillaume, maîtres de stage qui m'ont accueillie pour cette dernière année de formation. Et plus largement, je remercie tous les professionnel(le)s que j'ai eu la chance de rencontrer depuis mon entrée à l'IFP.

Merci à Gaëlle, marraine de cœur pour ta présence, ton soutien et tes précieux conseils pendant ces trois années de formation, et surtout durant ces derniers mois.

Merci à toutes les personnes que j'ai eu la chance de rencontrer et côtoyer et qui on contribué, de près ou de loin, à enrichir mes connaissances, ma pratique et à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui.

Je remercie également le bureau pédagogique de l'IFP de Bordeaux pour votre présence, votre soutien et votre réactivité malgré le contexte sanitaire.

Merci à mes camarades de promotion pour ces trois années formidables à vos côtés, et plus particulièrement à Morgane, mon binôme.

Pour finir, je tiens à remercier toute ma famille pour leur soutien tout au long de mon parcours étudiant. Mais également à mes ami(e)s vendéen(ne)s qui, malgré la distance, on toujours su être là.

Sommaire

Remerciements		2
		3
		4
Ch	apitre I :Vieillissement et handicap	7
1.	Au temps du vieillissement	8
2.	Le vieillissement dans le monde du handicap	13
3.	Regard psychomoteur auprès de la personne handicapée vieillissante	20
Ch	apitre II : L'identité dans le monde du handicap	30
1.	Définir l'identité	31
2.	L'identité dans le développement psychomoteur	34
3.	Identité, handicap et vieillissement	49
Ch	apitre III : Illustrations cliniques	57
1.	Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)	58
2.	Michel	62
3.	Cindy	75
Co	nclusion	87
Bi	bliographie	89
Ar	nnexes	92
Та	ble des matières	95

Introduction

J'ai eu ce souhait pour ma dernière année de formation en psychomotricité de découvrir différentes populations adultes : âgée ou non, présentant un ou plusieurs handicap,... Une première expérience lors du stage d'approche thérapeutique en gériatrie a confirmé ce souhait d'en découvrir d'avantage.

J'ai donc fait le choix d'effectuer deux stages dans deux lieux différents. Je suis accueillie sur la journée du jeudi dans un Etablissement D'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Au sein de cette structure, on retrouve un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), une Unité Alzheimer ainsi qu'une unité protégée accueillant des personnes plus ou moins dépendantes et porteuses de troubles psychiatriques vieillissants. Le psychomotricien intervient sur l'ensemble de l'établissement pour différentes prises en soins, individuelles ou groupales.

Sur la journée du Vendredi, je suis accueillie au sein d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). J'accompagne la psychomotricienne dans différentes prises en charge individuelles sur la matinée. L'après-midi s'organise autour d'un atelier axé sur le travail de la motricité et de l'équilibre. Ce dernier est organisé par l'ergothérapeute et accueille deux résidents.

L'un des éléments qui m'a interpellée au cours de mes premiers jours de stages est le **vieillissement**. Paradoxalement, le vieillissement était une chose à laquelle je m'attendais naturellement d'observer au sein d'un EHPAD. Mais ce n'est pas quelque chose que j'ai directement envisagé au FAM. J'ai donc pu découvrir un autre aspect du vieillissement chez les adultes présentant un (ou plusieurs) handicap(s).

Dans un souci de fluidité pour la lecture de cet écrit, je nommerais la population citée par les termes « personne ou adulte handicapé(e) ». J'ai bien sûr conscience que ces termes sont réducteurs quant aux personnes en situation de handicap. Nous y reviendrons au cours du chapitre 2 (p.49).

Les personnes handicapées vieillissantes font face aux problèmes inhérents à l'évolution démographique de la population française (population qui tend à vieillir de plus en plus, places en institution insuffisantes,...). A cela s'ajoute d'autres problématiques qui sont directement liées à leur prise en charge : personnel soignant

peu ou pas formés à l'accueil et aux soins spécifiques de ces patients, peu de structures sont habilitées à les accueillir ou les institutions ne sont pas suffisamment équipées pour s'ajuster au quotidien de ces personnes, etc.

Dans ce souci de reconnaissance du statut social, juridique et citoyen de la personne handicapée, tout cela m'a amenée à faire un second constat : la remise en question de ces statuts sociétaux soulève finalement des **questionnements identitaires**. Ce thème de l'identité me fait écho en tant qu'étudiante et stagiaire en psychomotricité mais aussi sur le plan personnel.

L'identité est un concept psychomoteur en soi. Elle se construit au cours du développement du sujet à partir, entre autre, du dialogue tonico-émotionnel et de la sensorialité. C'est une notion complexe et plurielle qui regroupe de nombreuses définitions et significations qui varient selon le contexte, la culture, le courant de pensée, la pratique, etc. Nous aborderons dans cet écrit l'identité qui intéresse la psychomotricité : **l'identité psychocorporelle**.

De part ces constats et ma formation, je me suis naturellement interrogée sur la place du psychomotricien auprès de cette population, ainsi que de ses apports dans les problématiques identitaires chez les personnes handicapées avançant dans l'âge. Cela m'a donc amenée à me poser la question suivante :

Par quels moyens la psychomotricité peut-elle apporter un soutien à l'identité psychocorporelle auprès de l'adulte handicapé vieillissant ?

Dans l'objectif de répondre à cette problématique, je tenterais dans un premier temps de décrire les aspects du vieillissement dans la population en générale, dans le handicap tout en y apportant un point de vue psychomoteur. Dans un second temps, je m'attacherais à décrire cette notion complexe et constitutive de la globalité du sujet, qu'est l'identité. Plus spécifiquement, je décrirais sa place dans le développement psychomoteur mais également la manière dont elle peut être influencée dans le handicap et le vieillissement.

Pour finir, j'illustrerais l'impact du vieillissement sur l'identité psychocorporelle chez l'adulte handicapé par le biais de deux situations cliniques vécues au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) où s'est déroulé mon stage.

La réflexion menée autour de la rédaction de ce mémoire aura pour objectif d'apporter des éléments de réponse à l'hypothèse suivante : Le processus de vieillissement impacte l'identité de l'adulte handicapé sur différents plans, notamment psychocorporel. Le psychomotricien à des compétences et possède des outils psychomoteurs pertinents dans le soutien à cette identité.

Chapitre I

Vieillissement et handicap

Dans ce premier chapitre, nous définirons dans un premier temps le concept de vieillissement à travers différents points de vue. Nous évoquerons ensuite les spécificités du vieillissement chez la population handicapée, tout en faisant du lien avec l'apport de la psychomotricité auprès de celle-ci.

1. Au temps du vieillissement

1.1. Vieillir, vieillesse, vieillissement,...

Il convient d'abord de différencier ces termes. Bien qu'ils soient proches étymologiquement parlant, leur réelle signification apporte des nuances. Commençons d'abord par le verbe **vieillir** : « *Prendre de l'âge, allé progressivement vers la vieillesse* » (CNRTL). Vieillir se schématise donc comme un mouvement pour aller vers quelque chose, mais il n'est pas uniquement porteur de sens pour chez le sujet âgé. En effet, on peut parler aussi bien d'un individu ou d'un objet (du vin par exemple) qui vieillit, qui prend de l'âge.

Pour ce qui est de la **vieillesse** : « Période de la vie plus ou moins bien vécue par une personne en fonction de son état physique ou mental » (CNRTL). La vieillesse constitue donc un moment précis de la vie, une forme d'état physique et psychique atteint à un certain âge.

Enfin le **vieillissement** se définit comme étant : « fait de vieillir ou d'avoir vieillit, d'avancer en âge, de s'affaiblir en perdant progressivement ses forces physiques ou morales, ses capacités intellectuelles. » (CNRTL). Ce terme se situe donc comme un processus, un mécanisme inhérent à chaque être qui va entraîner toute une série de transformations biologiques, corporelles et psychiques.

Ces termes sont porteurs du même sens en soit mais ne désigne pas la même chose. Dans cet écrit nous nous intéresserons à la manière dont le sujet vieillit, donc au processus et donc au vieillissement.

1.2. Le vieillissement dans notre société actuelle

Le vieillissement est une notion qui a évoluée au cours de l'Histoire. En effet, on ne décrivait pas une personne âgée de la même manière au XIXème siècle et aujourd'hui. A titre de d'exemple, l'espérance de vie moyenne en 1800 était de 45 ans. Alors qu'aujourd'hui, elle est de 79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes (INSEE, 2018). Cet allongement de l'espérance de vie s'explique notamment par les progrès de la médecine et la baisse de la mortalité infantile.

Lorsqu'on évoque le vieillissement dans notre entourage, et plus largement dans nos sociétés occidentales, les mêmes termes reviennent souvent : le temps qui passe, la perte, la diminution, l'affaiblissement, la dégradation, la fin, la mort... On relève tout un vocabulaire négativiste axé sur la finitude. Donc le vieillissement ne serait que le *début de la fin* finalement ?

De nos jours, on assiste à des discours tournés vers une lutte contre le vieillissement. Ce terme de « lutte » est très fort et montre un regard axé dans un négativisme sur l'avancée dans l'âge. Cela met en avant qu'il s'agit de quelque chose qu'il faut combattre, à laquelle il faut aller à l'encontre.

J'illustre mon propos par un questionnement concret: nous viendrait-il à l'idée de demander à un enfant de rester un enfant toute sa vie? Bien sûr que non. On évoque constamment le fait de laisser son enfant évoluer et grandir. Alors pourquoi justifions-nous le fait de demander à une personne avançant dans l'âge de rester « jeune » au lieu de continuer d'évoluer? Comment justifier de demander à une personne âgée d'entrer finalement, dans un schéma de régression qui va l'encontre de son processus de développement physiologique et psychologique?

Il est nécessaire de nous poser cette réflexion dans nos discours et nos pratiques afin de se rendre compte de la violence de cette « lutte » qui impose, consciemment et inconsciemment, aux personnes âgées d'aller à l'encontre des phénomènes biologiques et physiologiques qui leur sont inhérents.

1.3. Le vieillissement dit « normal »

« Longtemps perçu comme une usure du temps sur un individu (...) voir même une maladie en soi, le vieillissement est de plus en plus considéré comme un passage obligé teinté de normalité » (AUBERT et ALBARET, 2019, p.11).

Par ces mots, Eric AUBERT et Jean-Michel ALBARET viennent apporter une nuance quant au négativisme exprimé dans la manière de définir le vieillissement. Ils tendent à prouver que ce processus, quand il n'est pas entravé par une maladie (auquel cas on parlerait de vieillissement pathologique) est tout à fait physiologique. Et par conséquent, il s'inscrit dans une « normalité » dans le développement d'un individu. Le vieillissement fait partie de la vie.

Nous entendons ici par « vieillissement normal », toutes les transformations dues au processus de vieillissement chez un sujet, sans l'intervention d'une pathologie sur celui-ci. Pour rappel, le vieillissement est un processus multifactoriel et complexe où des facteurs génétiques, environnementaux et d'hygiène de vie s'entremêlent.

1.3.1. Une involution ou une évolution?

Là où différents auteurs vont évoquer le vieillissement comme une involution, Brian MISHARA et Robert RIEDEL évoque le vieillissement comme étant une **évolution** sur plusieurs plans. Que se soit dans les modifications physiques visibles sur soi et sur l'autre. Ou encore sur le plan psychologique où de nouvelles influences viennent s'ancrer en chaque individu (nouvelles pensées, attitudes, comportements,...). Jacqueline TRINCAZ, Bernadette PUJALON et Cédric HUMBERT parlent plutôt d'un « processus de développement et non une programmation inéluctable d'une involution biologiquement déterminée » (TRINCAZ, PUJALON et HUMBERT, 2008, p.33).

Les auteurs ont voulu teinter ce terme avec plus d'hétérogénéité et en accordant également plus d'importance à l'influence de l'environnement sur celle-ci. Bien sûr, les auteurs ne démentent pas l'aspect d'un déclin physiologique mais ils amènent le lecteur à ne pas considérer ce déclin comme « la seule voie ouverte » (TRINCAZ, PUJALON et

HUMBERT, 2008, p.34), de ne pas occulter le fait que le sujet âgé est un être doué de ressources qui sont encore utilisables.

1.3.2. Des évolutions sur tous les plans

Les éléments décrits ci-dessous forment une liste non-exhaustive. Comme précisé plus haut, le vieillissement est un processus subjectif, donc soumis aux variations interpersonnelles entre chaque individu.

Le sujet âgé va être confronté à de nombreuses évolutions et transformations d'ordre **physiologique** (diminution de la densité osseuse et musculaire, de la régénération cellulaire,...) et **cognitif** (baisse des capacités mnésiques, difficultés dans l'organisation et la planification,...). Mais nous pouvons également retrouver des difficultés au niveau **sensoriel** (baisse de l'acuité visuelle, difficultés d'audition, baisse dans la sensibilité tactile,...), qui touche directement tous les organes des sens. Pour finir, des modifications au niveau **psychique et psychologique** peuvent se mettre en place. Ces modifications surviennent généralement dans des moments clés de la vie synonyme de vieillissement tel que le passage à la retraite par exemple. Les personnes avançant dans l'âge ne vont pas avoir forcément les mêmes outils pour s'adapter face à ces remaniements. (JUHEL, 2010).

1.3.3. Conséquences sur l'organisation psychomotrice du sujet

On peut constater que chez le sujet âgé le vieillissement psychomoteur se traduit, dans la plupart des cas, par un **ralentissement moteur global**. Le maintien de l'équilibre et des postures de plus en plus délicat, induisant une locomotion plus ou moins défaillante. Tous ces changements sont en lien avec les modifications neurologiques et physiologiques cités ci-dessus. D'autres fonctions psychomotrices telles que les coordinations dynamiques générales, la motricité fine et les fonctions visuo-spatiales sont également touchées dans le processus de vieillissement. Chacune s'exprime de manière plus ou moins prononcées chez l'individu et, comme dans le vieillissement psychomoteur, elles sont fortement liées au vieillissement neurologique et physiologique du sujet. En lien avec les modifications neurophysiologiques, des

difficultés dans la **régulation tonique** peuvent être perçues. Cette irrégularité peut se traduire par des hypertonies ou des hypotonies non-adaptées au contexte.

Associé à ce ralentissement moteur, les **difficultés sensorielles** vont avoir un impact sur la manière dont le sujet va appréhender son environnement. Les fonctions sensorielles jouent, en effet, un rôle central dans le fonctionnement et la coordination des différentes fonctions psychomotrices (AUBERT et ALBARET, 2019). Comme décrit plus haut, toutes les modalités sensorielles sont impactées à un degré plus ou moins élevé.

La modification des perceptions dues au vieillissement vont entraîner un décalage dans la manière dont la personne perçoit son corps. De la même manière, la conscience corporelle et les représentations du corps vont être bousculés par ces transformations, notamment dans la manière de se représenter ces limites corporelles. Les compétences perceptivo-sensorielles d'un sujet sont aussi en lien avec les notions de schéma corporel et d'image du corps qui vont permettre au sujet d'avoir une conscience de lui-même comme une personne unifiée et distincte.

Ces modifications perceptivo-motrices peuvent également être à l'origine de **troubles spatio-temporels**. Le sujet peut présenter des difficultés dans la perception de son corps (position, équilibre,...) dans l'environnement. Le rapport au temps peut être également modifié.

Encore une fois, les aspects décrits ci-dessus ne constituent pas une liste exhaustive des modifications de l'organisation psychomotrice. Le but est de mettre en avant ce lien avec les transformations dues au vieillissement et la manière dont ces dernières peuvent se traduire dans l'organisation psychomotrice de la personne vieillissante.

Actuellement, les changements démographiques et sociaux tendent vers un vieillissement global de la population mondiale. Cette évolution touche toutes les couches de la population et une prise conscience récente est en cours sur le vieillissement dans le monde du handicap.

2. Le vieillissement dans le monde du handicap

1.2. Définitions

Etymologiquement parlant, le terme « handicap » vient de l'anglais « hand in cap » qui signifie littéralement « main dans le chapeau ». Au XVI siècle, celui-ci correspondait à un jeu de troc où trois personnes se confrontaient (un médiateur et deux troqueurs) dans le but d'atteindre une équité sur la vente d'un objet. Ce terme sera ensuite repris dans le monde hippique pour désigner les poids attachés aux chevaux pour rendre les courses plus équitables entre les jockeys. Ce n'est que dans les années 1950 que le sens médical du terme apparaît pour désigner les infirmes et les invalides.

1.2.1. Qu'est ce qu'une personne handicapée ?

En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) énonce que « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ».

Cette première définition sera actualisée le 11 février 2005 et inscrite dans la loi française. En effet, selon l'article 114 de la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le handicap se définit comme : « Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Cette définition permet d'une part, d'identifier et regrouper tous les types de handicap que nous énoncerons par la suite. D'autre part, elle permet, dans le cadre de cette loi, d'identifier le handicap plus sous un angle plus social que médical. Elle met également en avant le handicap mental, chose qui ne l'était pas dans la précédente loi du

30 juin 1975 sur l'orientation en faveur des personnes handicapées. L'objectif étant de permettre une meilleure intégration des personnes handicapées dans la société.

1.2.2. Des handicaps

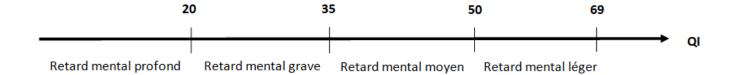
Selon l'INSEE, il y aurait douze millions de personnes handicapées en France, tout handicap confondu. Cela représente environs un français sur six. Comme évoqué précédemment, il existe différentes classes de handicap que nous allons tenter de décrire brièvement afin de pouvoir apprécier la diversité des personnes que ce terme regroupe.

Philipe CAMBERLEIN, en se référant à la loi du 11 février 2005, dénombre huit catégories de déficience/handicap :

- → La déficience motrice : « Ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité » (CAMBERLEIN, 2019, p.19). Celle-ci peut être d'origine génétique, acquise ou suite à un traumatisme et peut toucher le système nerveux central et/ou périphérique. On retrouve des pathologies comme l'hémiplégie, le sclérose en plaque, la mucoviscidose, la chorée de Huntington, etc.
- → Les déficiences sensorielles: Elles regroupent tous les troubles impliquant les organes de sens. On retrouve notamment les déficiences visuelles (cécité, malvoyance) et auditives (surdité).
- → Les déficiences mentales: Ou déficience intellectuelle, est une « limitation des performances mentales sur le plan de la perception, de l'abstraction, de la conceptualisation, de l'apprentissage cognitif et plus généralement sur la capacité à élaborer des répondes adaptées » (CAMBERLEIN, 2019, p.21). Ces déficiences peuvent être d'origine génétique (trisomie 21), acquise (toxoplasmose) ou dû à un accident/maladie survenu en péri ou post-natal.

La CIM-10 complète cette catégorie en y intégrant le terme de **retard mental**. Il s'agit d'un « arrêt du développement mental ou développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence »

(CAMBERLEIN, 2019, p.22). On y distingue quatre niveaux définit selon le Quotient Intellectuel (QI) de la personne :



Les personnes présentées dans le chapitre 3 (illustrations cliniques) sont porteuses, toutes les deux, d'une déficience intellectuelle moyenne.

- → Les déficiences cognitives : « Conséquence de la déficience des grandes fonctions cognitives supérieures » (CAMBERLEIN, 2019, p.23). Celles-ci comprennent donc l'attention, la mémoire, le raisonnement, le jugement, le langage et les fonctions exécutives et perceptives. On les retrouve le plus fréquemment dans les troubles des apprentissages et dans les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) par exemple.
- → Les déficiences psychiques: Les handicaps d'origine psychique regroupent les « conséquences sociales et relationnelles de la maladie mentale en tant que trouble psychiatrique » (CAMBERLEIN, 2019, p.24). Cette catégorie a permit notamment d'inscrire l'accompagnement social des personnes porteuses de cette déficience comme faisant partie des dispositifs d'accompagnement du handicap. Et non pas seulement en termes de soins.
- → **Le polyhandicap**: Nous le définirons par la suite afin de la distinguer du plurihandicap et du surhandicap.
- → **Les handicaps rares :** « Configuration rare de déficiences ou de troubles associés, incluant fréquemment une déficience intellectuelle et dont le taux de prévalence ne peut être supérieur à un cas pour dix mille habitants » (arrêté du 2 août 2000).
- → **Les troubles de la santé invalidants :** Ces types de troubles vont être nommés dans le champ du handicap à partir du moment où ceux-ci entrainent des restrictions

conséquentes sur le quotidien du sujet. On peut retrouver des pathologies tel que le diabète, le cancer, le sida, l'hyperthyroïdie, etc.

Il n'est pas rare qu'une personne ait plusieurs handicaps et/ou déficiences associés. Ces associations de déficiences et de handicaps se distinguent en trois groupes qui vont engager le(s) handicap(s) et déficience(s), le degré et le moment d'apparition :

Le plurihandicap : il s'agit de « *l'association circonstancielle de deux ou plusieurs déficiences* ». (CAMBERLEIN, 2019, p.25). Ces déficiences peuvent être motrices et/ou sensitives à un degré équivalent. On peut citer les personnes porteuses de surdi-cécité par exemple.

Le surhandicap : il s'agit de la « surcharge à une déficience originelle (mentale ou motrice), d'une atteinte sensorielle, viscérale ou d'un trouble du comportement » (CAMBERLEIN, 2019, p.25). Les personnes atteintes d'un surhandicap font souvent face à une aggravation d'un handicap déjà présent initialement.

Le polyhandicap: il s'agit d'une personne porteuse d'un « dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu en cours de développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficience motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain » (GPF, 2021). Cette définition précise également que la personne polyhandicapée est confrontée à une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale.

Il est important de prendre en compte ces distinctions car chaque handicap ne nécessite pas les mêmes accompagnements, tant sur le plan social qu'économique, ou dans les prises en soins.

2.1.3. Modèles et classifications du handicap

Dans un premier temps l'OMS, en collaboration avec Philip WOOD, met en place la Classification Internationale du Handicap (CIH) en 1980. Cette classification met en jeu trois niveaux descriptifs : la déficience, l'incapacité et le désavantage.

Mais ce modèle fait l'objet de nombreuses critiques. En effet, selon Véronique LESPINET-NAJIB et Christian BELIO, celui-ci ne fournissait qu'une « vision biomédicale et individuelle du handicap, notamment par les personnes handicapées elles-mêmes » (2013, p.105). Avec le recul, ce modèle mettait en avant la responsabilité de la situation de handicap sur la personne handicapée, sans prendre en compte les facteurs environnementaux et sociétaux.

Patrick FOUGEYROLLAS (anthropologue québécois) va apporter une nouvelle vision sur le handicap. Il va s'axer sur une approche explicative qui va permettre de prendre en compte tous les facteurs qui sont susceptibles d'avoir une influence sur la personne en situation de handicap. Il va créer le Processus de Production du Handicap (PPH) où seront pris en compte les facteurs intrinsèques (liés au sujet) et extrinsèques (liés à l'environnement). C'est notamment sur ces recherches que sera fondée la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) encore utilisée de nos jours [ANNEXE 1].

Cette classification a été publiée par l'OMS en 2001 et se veut être plus complète que le CIH car elle prend en compte les facteurs personnels et environnementaux en les comparant avec la situation de handicap.

2.2. La personne handicapée vieillissante

2.2.1. Qu'est ce qu'une personne handicapée vieillissante?

Dans un dossier technique publié par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) publié en Octobre 2010, on y définit une personne handicapée vieillissante comme étant « une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap,

quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement » (CNSA, 2010, p.18). Dans cette définition, il est précisé que le vieillissement est pris en compte « comme un phénomène individuel, influencé par l'histoire et l'environnement de la personne, se traduisant en perte d'autonomie. » (CNSA, 2010, p.18).

2.2.2. Confusion entre personne âgée et personne handicapée vieillissante

En France, une confusion est encore présente entre la personne âgée et la personne handicapée vieillissante. Selon Paul BLANC, la notion de vieillissement n'est pas immédiatement pensée pour les personnes handicapées car « dans un pays qui a structuré ses droits sociaux et ses formes d'aides aux personnes en perte d'autonomie en deux dispositifs bien distincts, pour "les personnes handicapées" (implicitement supposées jeunes) d'une part, et pour "les personnes dépendantes" (âgées) d'autre part » (BLANC, 2006, p.3).

On observe jusque dans les années 1980, une certaine ignorance quant à l'existence de cette partie de la population. Mais les enjeux démographiques actuels ne permettent plus d'ignorer cette réalité : la population handicapée tend à vieillir de plus en plus et cela va impliquer de nombreuses conséquences, tant sur le plan social, qu'économique, politique et humain.

La définition émise par CNSA (citée ci-dessus) pointe également la différence entre les personnes âgées handicapées et les personnes handicapées vieillissantes. La différence étant dans le moment d'apparition du (ou des) handicap(s). La distinction de ces deux populations, dans le cadre de ce dossier, est mise en avant car elle permet, entre autre, de garder une différence sur les plans administratif, économique et social. Cela se justifie par le fait que ces deux populations, bien que le vieillissement soit leur point commun, n'ont pas le même parcours de vie et de ce fait, pas les mêmes besoins en terme d'aides, d'accompagnements ou de soins.

2.3. Un vieillissement différent?

On évoque souvent concernant les personnes handicapées, que le vieillissement serait plus précoce que dans la population générale. Cette affirmation n'est pas tout à fait vraie pour plusieurs raisons. D'une part, peu d'études épidémiologiques ont été menée car cette population, de part tous les handicaps qu'elle regroupe, est très **hétérogène**. Il est donc laborieux de former des groupes homogènes qui seraient représentatifs de cette population.

D'autre part, le dossier technique du CNSA cité précédemment aborde aussi cette question d'un « vieillissement précoce ». La particularité du vieillissement chez cette population se caractérise le plus souvent par l'ajout de handicaps et/ou de déficiences supplémentaires par rapport au(x) handicap(s) déjà présent(s). C'est cette cumulation des handicaps qui peut être à l'origine d'un vieillissement plus précoce que la normale, voir une cause de mortalité prématurée. Le CNSA nuance que ce type de vieillissement existe mais qu'il ne concerne pas toutes les personnes handicapées. Une grosse part de l'environnement et de l'hygiène de vie de la personne est à prendre en compte.

Il y a cependant une exception : il a été prouvé que les personnes porteuses de trisomie 21 sont plus susceptibles de développer un vieillissement précoce pour certaines affections telles que la maladie d'Alzheimer par exemple.

Pour les personnes handicapées avançant dans l'âge qui ne seraient pas concernées par ce vieillissement précoce, elles restent cependant confrontées aux pathologies et déficiences liées au vieillissement de la population générale (maladie de Parkinson, Alzheimer, démence, ostéoporose...).

Le vieillissement n'est donc pas « qu'une affaire de personne âgée ». Il concerne également les personnes handicapées. Le sujet central de ce mémoire étant la psychomotricité, nous allons désormais nous intéresser aux aspects psychomoteurs du vieillissement chez l'adulte handicapé.

3. <u>Regard psychomoteur auprès de la personne handicapée</u> vieillissante

3.1. La place du handicap chez la personne handicapée vieillissante

3.1.1. Quels risques?

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en évidence trois principaux risques auxquels les adultes handicapés sont exposés avec l'entrée dans le vieillissement.

Il y a d'une part des **risques pour la santé**. Ils se traduisent, comme évoqué précédemment, par un ajout ou une aggravation du (ou des) handicap(s) et parfois un vieillissement prématuré avec la perte des capacités cognitives, perceptives, etc. Mais il convient de nuancer ce risque. En effet, l'observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la branche sanitaire, sociale et médicosociale a démontré que : « en dehors des cas particuliers, l'avancée en âge des personnes handicapées s'effectue en règle générale de façon semblable à celle de la population générale, son vieillissement étant lui aussi affecté par les conditions de vie. Les études sur la population handicapée vieillissante montrent cependant qu'à tous âges, elle souffre d'incapacités supérieures à la population du même âge » (2012, p.81).

Le second risque énoncé par la HAS est l'inadaptation du cadre de vie et de l'aide humaine dans l'accompagnement de la personne handicapée vieillissante. Prendre en compte ce risque est important car il va dépendre du lieu de vie de la personne : en institution ou à domicile. Selon le lieu, le suivi, les accompagnements et les prises en charge ne seront pas les mêmes. Cette nuance prend tout son sens notamment dans le cadre du vieillissement des personnes handicapées, mais aussi des aidants. En effet, il n'est pas rare d'être confronté à des parents vieillissants qui ne sont plus en capacité de s'occuper de leur enfant, lui-même vieillissant, voir parfois le décès de l'aidant principal. Il est donc primordial de repérer et prévenir ces situations afin d'ajuster les accompagnements pour qu'ils correspondent au plus juste dans les besoins des patients et de leur famille.

Le dernier risque concerne la **vie socioprofessionnelle** des personnes handicapées. Avec le vieillissement, ces personnes se retrouvent face à des risques d'inadaptation sur leur lieu de travail. Cet aspect concerne notamment les travailleurs accueillis au sein des Etablissements et Service d'aide par le Travail (ESAT). Le vieillissement des personnes handicapées peut également impacter leur vie sociale. Cela peut se traduire par un repli sur soi, un phénomène de désocialisation, etc.

3.1.2. Quelles prises en charge?

L'apparition des risques développés précédemment nous incite donc à les anticiper. Mais aussi à questionner les prises en charge nécessaires pour un accompagnement le plus adapté possible aux attentes et aux besoins de la personne et de son entourage. Ces prises en charge concernent aussi bien le domaine médical que paramédical, médico-social, administratif, etc.

La **prévention** de ces risques passe notamment par la promotion de la santé tout au long de la vie. Cette promotion, selon la HAS, implique de faire de **l'éducation** à la santé, de mettre en place des stratégies environnementales et des actions de prévention. Le psychomotricien vient s'inscrire dans ces prises charge.

3.2. La place du psychomotricien auprès de la personne handicapée vieillissante

Le psychomotricien a toute sa place dans la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes. Selon les recommandations de la HAS, le psychomotricien se place dans un premier temps dans la veille et le recueil des informations sur les besoins et les risques liés à la santé de l'adulte handicapé vieillissant.

Sur le terrain, la prise en charge psychomotrice des personnes handicapées vieillissantes passe par différentes étapes qui ont pour but de recueillir le plus d'informations possibles afin de pouvoir proposer un accompagnement adapté au plus

près des besoins de la personne : les observations, les évaluations psychomotrices et les accompagnements en psychomotricité.

3.2.1. L'observation psychomotrice

Afin de mieux cerner les besoins d'une personne, le psychomotricien va pouvoir effectuer des observations. Selon Catherine POTEL, « le thérapeute se fie non plus à des résultats quantifiables ou objectivables (...) mais à sa subjectivité et à ses capacités d'analyses » (POTEL, 2019, p.342). L'observation psychomotrice va permettre d'appréhender la personne dans son vécu corporel, la qualité de la relation à son corps, à l'autre et à son environnement. Mais elle donne également des informations sur les compétences cognitives et motrices de la personne.

Auprès de l'adulte handicapé vieillissant, le psychomotricien va pouvoir effectuer des observations visées, notamment dans les activités quotidiennes de la personne. On appelle cela des **observations écologiques**: pendant les soins de nursing (toilette, habillage,...), le repas, les activités, etc.

J'ai pu assister au déroulement des soins d'une résidente lors d'une matinée sur le Foyer d'Accueil Médicalisé. J'ai accompagnée Cindy et son encadrante dans toutes les étapes de la matinée (toilette, habillage, repas,...). Les observations psychomotrices dans ces étapes de la vie quotidienne permettent d'apporter un autre angle vue dans le déroulé du soin et prend en compte le vécu du résident en lien avec toutes ses fonctions psychomotrices.

......

Dans le cadre d'un bilan psychomoteur, ces observations vont venir enrichir les éventuels résultats des tests standardisés. Elles rendent compte de la réalité physique et psychique dont le patient vit et utilise son corps. Coupler les observations subjectives avec les résultats objectifs permet d'obtenir une évaluation psychomotrice complète et pertinente.

3.2.2. Evaluation et bilan psychomoteur

Comme évoqué précédemment, le bilan psychomoteur constitue des résultats objectivables à partir de la réalisation de tests standardisés. De nombreuses échelles et batteries de tests sont à la disposition des psychomotriciens. Ils sont plus ou moins complets en fonction des habiletés psychomotrices que l'on souhaite évaluer. Selon Eric AUBERT et Jean-Michel ALBARET, l'examen psychomoteur se compose de deux approches différentes : orientée sur le produit (quantitative) et orientée sur le processus (qualitative).

Dans le cadre de l'évaluation psychomotrice de l'adulte handicapé vieillissant, aucun bilan standardisé complet ne leur est uniquement dédié. Afin de dresser une évaluation psychomotrice complète, le psychomotricien peut utiliser des items issus de bilans déjà existants. En voici quelques exemples que j'ai pu appréhender sur mes lieux de stage.

L'Examen Géronto-Psychomoteur (EGP): Conçu par Jean-Michel ALBARET, l'EGP est un outil l'évaluation qui permet d'apporter un éclairage sur le fonctionnement psychomoteur et cognitif de la personne âgée ou vieillissante. Il associe les approches qualitatives (observations) et quantitatives (résultats standardisés). L'EGP est composé de 17 items qui regroupent plusieurs fonctions psychomotrices (voir figure 1). Chaque item est noté de 0 à 6. Les résultats sont synthétisés sous forme d'une étoile [Figure 1] qui permet d'un part une représentation simplifiée des résultats, mais aussi une visualisation globale du profil psychomoteur.

Etoile de synthèse

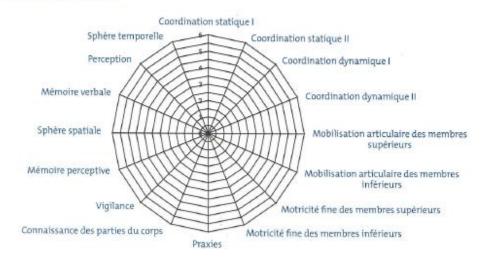


Figure 1 : étoile de synthèse tirée du cahier de passation de l'EGP

Chelle d'évaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme (ESAA): Rédigée par Claire DEGENNE-RICHARD, cette échelle permet le repérage des troubles sensoriels de l'adulte avec autisme et de leur sévérité. Elle permet d'établir un profil sensoriel.

Elle se compose de 8 catégories (une pour chaque modalité sensorielle) : visuelle, tactile, olfactif, auditive, gustative, proprioceptive, vestibulaire et la réactivité sensorielle globale. Chacune de ses modalités regroupe 3 niveaux d'observations qui vont correspondre chacun à une cotation standardisée de chaque stimulation : hyporéactivité, réactivité normale ou hyperréactivité.

La cotation s'accompagne d'observations qualitatives pour chacune des modalités sensorielles qui pourront être notées dans le cahier de passation. On y référence également les aversions et les attraits sensoriels, s'il y en a. Lors de la cotation finale, une synthèse est rédigée où est noté la sévérité des troubles sensoriels sous forme de seuils allant de 0 à 16 :

- 0 = absence de perturbation
- 1 à 8 = profil sensoriel légèrement à moyennement perturbé
- 9 à 16 = profil sensoriel sévèrement perturbé

Nous pouvons compléter cela avec des questionnaires et/ou des entretiens avec l'entourage de la personne et les soignants qui s'occupent de la personne mais aussi avec nos propres observations.

Dans le cadre du vieillissement, il est très important d'être à l'écoute de l'équipe soignante et de l'entourage proche de la personne handicapée. En effet, ce sont eux qui sont le plus à même de nous décrire la façon dont la personne vit son corps et comment elle se comporte au quotidien. Ce sont également eux qui pourront repérer les éventuels signes du vieillissement et ainsi les faire remonter aux autres professionnels.

Une fois tous les éléments réunis, le psychomotricien va pouvoir rédiger une synthèse et établir un profil psychomoteur. Ce dernier va constituer un point de repère pour le choix et l'organisation de la prise en charge psychomotrice.

3.2.3. Les accompagnements en psychomotricité

Selon notre décret de compétences publié en 1988, le psychomotricien est habilité à agir sur divers champ : la rééducation, la thérapie, la prévention et l'éducation.

• Rééducation ou thérapie?

Dans le cadre de la prise en charge psychomotrice du sujet vieillissant, nous pouvons dégager deux principaux axes de travail : la rééducation et la thérapie.

Selon Catherine POTEL, la rééducation est axée sur les notions fondamentales de la psychomotricité (tonus, coordinations, structuration spatiale,...) et à pour but d'identifier le trouble et de définir « un objectif précis et déterminé qui va organiser les séances de psychomotricité » (POTEL, 2019, p.348). Tout cela s'inscrit dans le cadre d'un projet de soin, guidé par les résultats d'un bilan psychomoteur. Ce dernier va permettre d'amener le sujet à faire des exercices et vivre des situations qui sont censées l'amener à mieux s'adapter dans les activités quotidiennes.

La thérapie psychomotrice quant à elle, se définit, toujours selon Catherine POTEL, comme étant des « dispositifs de soins qui proposent des médiations classiques psychomotrices mais qui (...) vont se faire support d'une activité expressive » (POTEL, 2019, p.348). Ce type d'approche va accorder une plus grande place à l'expression corporelle du patient. Celle-ci va pouvoir s'exprimer par le langage oral et corporel. Choses auxquels le psychomotricien se doit d'être attentif au cours de la thérapie.

Dans le cadre d'un accompagnement avec l'adulte handicapé vieillissant, le psychomotricien va pouvoir proposer, en fonction des besoins de la personne, l'une ou l'autre des approches, voir les deux.

• Prévention et éducation :

Le psychomotricien va également pouvoir s'inscrire, notamment dans l'accompagnement de l'adulte handicapé vieillissant, dans un processus de **prévention**. En effet, le psychomotricien est habilité à faire de la prévention auprès des populations qu'il est emmené à rencontrer. Bien sûr, les types de préventions vont varier en fonction du public concerné (bébé, enfant, adolescent, adulte,...).

Chez la personne handicapée vieillissante, cette prévention va comprendre l'anticipation et le repérage des signes du vieillissement. Ce premier repérage va former une base dans l'accompagnement du vieillissement, dans le but principal de préserver et de maintenir l'autonomie de la personne. Cela va pouvoir se faire par des ateliers d'informations auprès des aidants, des formations spécifiques pour les soignants, des exercices de mise en jeu du corps afin de conserver et d'entretenir ces capacités physiques, etc.

Le psychomotricien va pouvoir aussi participer dans **l'éducation à la santé**. Celle-ci rejoint la prévention dans ce contexte d'anticipation des signes du vieillissement chez la personne handicapée. La HAS promeut l'éducation à la santé, dans ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles, comme un outil permettant d'instaurer un dialogue entre les intervenants (soignants, encadrants,...) et un échange avec l'entourage participant au quotidien de la personne handicapée.

• Les médiations :

En psychomotricité, les médiations sont nombreuses. Pour rappel, une médiation peut être un objet, un outil ou une activité sur lequel le patient porte son attention, se concentre, agit seul ou en "coopération" avec le thérapeute. En psychomotricité, la médiation s'investit et s'anime au travers de la relation entre le thérapeute et son patient. Elle devient alors le lieu d'échanges où le corps, les représentations et les capacités sensori-motrices s'entremêlent. Françoise GIROMINI ajoute que la médiation constitue « un support [...] qui est utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui »¹ (LESAGE, 2019, p.255).

La médiation en psychomotricité va constituer un ensemble complexe et symboligène qui s'inscrit dans **l'espace transitionnel** théorisé par Donald WINNICOTT. Cet espace donne l'occasion à la médiation utilisée de faire office de transition entre soi et l'autre.

L'utilisation de médiations en séance de psychomotricité auprès des personnes handicapées vieillissantes semble donc adaptée. Bien sûr, le choix de celles-ci doit être

¹ Issu de sa communication pour le colloque « les médiations thérapeutiques en psychomotricité », Centre hospitalier Théophile-Roussel (12/12/2011). Intégré dans « Jalons pour une pratique psychocorporelle » de B. LESAGE (p.253-264).

réfléchi, élaboré et discuté en équipe afin qu'elle puisse réponde au mieux aux besoins du patient, que cela reste cohérent dans son projet de soin.

Parmi les médiations les plus utilisées auprès des personnes handicapées et dans le vieillissement, nous pouvons évoquer le toucher thérapeutique, l'approche multisensorielle de type Snoezelen®, la relaxation et l'eau. Les médiations qui favorisent la relation en passant par d'autres canaux sensoriels sont ceux que j'ai le plus utilisé au cours de mes stages.

Le psychomotricien, à l'issu des différentes étapes décrites ci-dessus, va pouvoir fournir une synthèse générale, une vision globale de la personne à un instant T. On va pouvoir s'appuyer sur des outils tels que ceux décrits plus haut. Mais également sur nos observations et notre capacité à produire des liens entre nos connaissances et la clinique (ou liens théorico-cliniques). Ces liens se développent au fur et à mesure des expériences et des personnes que l'on rencontre au cours de notre carrière de psychomotricien. Ils sont essentiels pour comprendre ce qui unit la personne et ce qui en découle du fait des différents diagnostics posés ou des observations faites.

J'ai tenté de reproduire cette vision psychomotrice globale sous forme de schéma simplifié **[ANNEXE 2]**. Le but est de pouvoir se rendre compte de la diversité et de la précision du champ d'exercice du psychomotricien. Il permet également de pouvoir déterminer dans quelles mesures la psychomotricité peut intervenir sur ces différents plans qui constituent l'humain dans son entièreté.

3.2.4. Une lecture psychomotrice

Comme évoqué plus haut, le psychomotricien va pouvoir apporter son expertise par le biais de ses observations. Eric AUBERT et Jean-Michel ALBARET ont déterminé deux niveaux d'observation que j'ai schématisée en [ANNEXE 3].

Bien que ces niveaux d'observation aient été élaborés pour l'observation en unité de soins palliatifs, je les trouve tout à fait pertinent dans toutes prises en charge psychomotricité. Il me semble important de nous poser ces questionnements au moment de la rencontre et pendant les premiers de temps de prise en soin.

3.2.5. Evaluation et réévaluation

Comme vu précédemment, il est nécessaire de pourvoir évaluer les capacités d'une personne avant toute prise en charge en psychomotricité. Cette évaluation va permettre d'ajuster les objectifs de chaque prise en soin avec une personne au plus juste de ses besoins et de ses capacités.

Mais il est tout aussi important de réévaluer les compétences à un moment donné de la prise en soin. Ceci est nécessaire pour faire le point sur les objectifs fixés au début de la prise en charge et de se poser les bonnes questions : Quel(s) objectif(s) ont été atteints, quel(s) objectif(s) sont en cours d'acquisition, quel(s) objectifs sont encore à travailler, la pertinence des médiations utilisées, comment se sent la personne par rapport à la prise en soin, sa compréhension, ses doutes, etc.

Cette réévaluation peut prendre plusieurs formes. On peut proposer un nouveau bilan psychomoteur standardisé afin de comparer les chiffres par rapport au premier bilan effectué. Nous pouvons également faire un point lors d'une discussion prévue avec le patient, la famille et l'équipe.

A cela peut être associée une auto-évaluation. C'est-à-dire proposer au patient de pouvoir avoir ce retour sur lui-même, s'il est en capacité de le faire bien sûr. Auprès des adultes handicapés vieillissants, cette auto-évaluation n'est pas tout à fait possible du fait que la grande majorité présentant une déficience intellectuelle.

Synthèse du chapitre 1

Le vieillissement est un processus inhérent à tous. Pour autant, chacun le perçoit et l'appréhende à sa manière. Il s'exprime de façon très personnelle en chacun de nous.

En s'intéressant plus spécifiquement à la population adulte handicapée, le vieillissement ne semble pas s'exprimer de manière différente par rapport à la population en générale. Ils rencontrent des problématiques similaires mais le risque de vieillissement précoce est plus augmenté du fait de l'apparition ou l'aggravation du (ou des) handicap(s) déjà présents.

C'est à cette étape que la psychomotricité peut proposer ses soins. Le psychomotricien peut apporter son expertise par ses connaissances sur le vieillissement normal, par des évaluations, ses observations et son analyse théorico-clinique. Dans le but de proposer (éventuellement) un accompagnement et des médiations en adéquation avec les besoins de la personne.

Comme évoqué en introduction, le vieillissement est une chose à laquelle j'ai prêté beaucoup d'attention au cours de mes stages. De part mon vécu de stagiaire et mes ressentis personnels, la question de l'identité m'est apparue assez rapidement. J'ai pu prendre conscience des problématiques que pouvaient engendrer le vieillissement, alors qu'en est-il quand le handicap fait partie de l'équation? Dans quelle(s) mesure(s) l'identité de la personne handicapée vieillissante peut-elle être touchée? Comment la psychomotricité peut-elle venir s'inscrire dans ces problématiques liées à la fois au vieillissement et à l'identité?

Chapitre II

L'identité dans le monde du handicap

Nous définirons dans un premier temps ce qu'est l'identité et sa place dans le développement psychomoteur. Ensuite nous évoquerons la place de l'identité chez la personne handicapée puis dans le vieillissement.

1. <u>Définir l'identité</u>

Il existe de très nombreuses façons de définir l'identité. Cette notion est a été abordée par divers courants de pensée et méthodologies (philosophie, sociologie, psychologie, culture, mathématique,...). Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'identité se définit sous trois angles différents :

- Caractère de deux ou plusieurs êtres identiques.
- Caractère de ce qui, sous des dénominations ou des aspects divers, ne fait qu'un ou ne représente qu'une seule et même réalité.
- ❖ Caractère de ce qui demeure identique ou égal à soi-même dans le temps.

Ces définitions montrent que l'identité est à la fois unique mais aussi plurielle, qu'elle est liée à soi mais aussi à l'autre. Elles mettent en avant le caractère complexe de la notion d'identité. Je ne reviendrais pas sur toutes les définitions énoncées par d'autres courants de pensée. Je tenterais dans la suite de cet écrit de vous guider dans l'aspect éminemment complexe et pluriel de celle-ci tout en abordant le rôle de la psychomotricité auprès de celle-ci.

1.1. Une notion clé et complexe

L'identité, comme énoncé précédemment, est une notion à la fois clé mais complexe. Elle fait partie du développement de l'individu, c'est quelque chose à laquelle nous ne pouvons pas échapper. Mais l'identité se veut également complexe par sa pluralité. Elle regroupe plusieurs significations selon les disciplines et les auteurs qui l'abordent.

Selon Alex MUCCHIELLI, « les contextes de référence de cette identité : contexte biologique, psychologique, temporel, matériel, économique, relationnel, normatif, culturel, politique...., qui fournissent les significations, sont chacun en évolution » (MUCCHIELLI, 2015, p.12). L'identité n'est pas fixe, elle est en constante transformation du fait du contexte dans lequel elle évolue (environnemental, culturel, sociétal,...).

« Aucune science ne peut définir "l'identité totale" d'un acteur » (MUCCHIELLI, 2015, p.18). Chaque domaine scientifique donne son point de vue spécifique à sa spécialité. Vouloir donner une définition « globale » de l'identité est donc une utopie.

Néanmoins, chaque domaine tente d'apporter sa pierre à l'édifice dans la compréhension de l'identité. Tout cela forme un ensemble de **formes identitaires** en interactions entre elles : identité culturelle, sociale, professionnelle, psychocorporelle... **L'identité psychocorporelle** est celle qui va nous intéresser en psychomotricité.

1.2. Un concept psychomoteur

L'identité est un concept éminemment psychomoteur selon Eric PIREYRE. En effet, la psychomotricité est une discipline qui s'intéresse à la notion d'identité. Nous le verrons plus en détail par la suite mais l'identité est influencée par de nombreux facteurs externes (environnement, culture,...) et internes (développement neurologique, psychomoteur,...).

Selon Charlotte PAUMEL, l'identité psychomotrice se définit sur deux versants : nous avons d'un coté notre structuration psychocorporelle, c'est-à-dire les fondations du développement du sujet. Et de l'autre côté nous avons l'organisation psychomotrice. C'est-à-dire les fonctions psychomotrices et leur intégration en chaque individu. Cette définition met en avant l'aspect à la fois corporel (et psychocorporel) et psychique que comprend l'identité d'un individu d'un point de vue psychomoteur.

1.3. L'identité est psychocorporelle

Avant toute chose, il convient de définir le terme « psychocorporel » et son lien avec la psychomotricité. Benoît LESAGE définit ce terme comme étant un champ regroupant des professionnels et des techniques spécifiques qui appréhendent le sujet dans sa dimension psychologique et corporelle. Ce champ s'ancre sur le postulat suivant : « par le mouvement, la perception, la représentation, la voix,... la mise en jeu du corps mobilise la sphère psychique » (LESAGE, 2015, p. 9).

La perspective psychocorporelle peut s'étendre et s'élargir sur différents niveaux. Tout travail corporel implique une mise en jeu et un engagement corporel mais également des perceptions, des sensations, de l'affect, la conscience de soi, la mémoire,... Toutes ces notions sont en lien entre elles. Elles s'associent dans une perspective plus globale de l'individu.

Selon Catherine POTEL, « L'intrication profonde entre d'une part l'ancrage du corps dans l'espace et le temps, d'autre part la fonction contenante de l'enveloppe qui va constituer le socle, la structure de l'identité psychocorporelle du sujet » (POTEL, 2019, p.117). L'identité psychocorporelle se base donc sur des notions sont constitutives de notre pratique psychomotrice. Cette intrication entre corps et psyché est fondamentale et va permettre de nous guider dans notre thérapeutique psychomotrice.

L'identité est une notion complexe par sa pluralité et sa non-fixité. Sous le prisme de la psychomotricité, l'identité se veut psychocorporelle. Cette perspective va nous permettre de mettre en lumière ce lien essentiel à notre pratique psychomotrice : le lien entre le corps et la psyché. Nous allons désormais tenter d'appréhender la manière dont l'identité s'installe et se développe en chacun de nous.

2. L'identité dans le développement psychomoteur

2.1. Construction et avènement de l'identité

Il convient tout d'abord de situer l'émergence de l'identité dans le développement du sujet. Elle semble s'intégrer dans toutes les étapes du développement de l'être humain.

2.1.1. Les bases du développement identitaire

Le **développement** se définit comme étant l'étude de la façon dont un individu fonctionne à un âge déterminé. Son étude permet de comprendre les mécanismes mis en jeu lors de son évolution et des changements qu'il rencontre. Il comprend également la composante temporelle et toute l'existence d'un individu, de sa conception jusqu'à sa mort. Ici, c'est le développement psychomoteur qui nous intéresse, et plus particulièrement les bases développementales sur lesquelles l'identité d'un sujet va pouvoir s'établir.

Il convient de préciser que le développement de l'être humain est dit **systémique**. C'est-à-dire qu'il est le résultat des interactions entre les différentes dimensions du développement. Nous avons choisi de décrire les quatre dimensions suivantes car elles constituent la base biologique, affective, sensorielle et motrice de l'identité de chaque individu. Mais ce n'est pas une liste exhaustive, de nombreux autres aspects viennent jouer un rôle dans le développement et l'avènement de l'identité : l'environnement, le contexte social, la génétique, etc.

• <u>Le développement neuroanatomique :</u>

Un être humain ne serait rien sans toutes les structures neurobiologiques qui constitue son anatomie, dans toute sa complexité et son fonctionnement. Il constitue la **structure de fond organique** sur laquelle peut se poser le développement du sujet.

En tant qu'être humain, nous sommes porteurs de caractéristiques d'origine génétique qui sont propre à l'espèce humaine. Ces caractéristiques constituent déjà une première base constitutive de notre identité. Arnold GESELL, en se basant sur le modèle maturationniste, a établi deux lois sur lesquelles se basent le développement psychomoteur par rapport au développement neurologique.

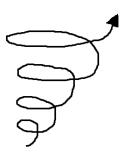
« La maturation est le principal facteur de développement, c'est un facteur intrinsèque, endogène » (ALBARET, SCIALOM, GIROMINI, 2015, p.25).

- ❖ La loi de maturation: Déjà in utero, l'enfant va voir son système nerveux central maturer. Celui-ci va continuer à se développer après sa naissance, jusqu'à l'âge adulte. Le développement psychomoteur se base sur cette maturation du système nerveux central.
- ❖ Les lois de succession: Arnold GESELL décrit deux lois de successions. D'abord la loi céphalo-caudale qui indique que le développement de l'enfant se fait en partant de la tête jusqu'à la queue vestigiale (base de la colonne vertébrale). Enfin, la loi proximo-distale va postuler que le tonus des membres se développe de leur racine vers la périphérie.

La base d'un développement psychomoteur harmonieux passe donc par cette maturation. En plus de ces facteurs endogènes, il y aussi des facteurs exogènes. Ces derniers regroupent tous les aspects sociaux qui viennent toucher le développement de l'enfant (environnement, culture, contexte social,...).

Henri WALLON va reprendre ces éléments pour les intégrer à sa théorie sur les stades de développement. Pour lui, « le facteur biologique est responsable de la maturation du système nerveux central et le facteur social gère l'interaction entre l'enfant et son milieu » (ALBARET, SCIALOM, GIROMINI, 2015, p.27). L'un ne va pas sans l'autre. Il va donc décrire trois lois qui vont préciser les bases du développement psychomoteur. Il y a tout d'abord la **loi de différenciation** qui stipule que le sujet va passer d'une motricité diffuse et indifférenciée à une motricité de plus en plus fine et coordonnée.

La **loi de variabilité** quant à elle, postule que le développement se fait toujours dans le sens du perfectionnement progressif des capacités du sujet. Ce développement se produit par une alternance de différentes phases : de progression, de stagnation et de régression. Le développement psychomoteur se schématise sous forme d'une **spirale évolutive** (schématisée ci-contre), et non comme quelque chose de linéaire et uniforme.



Enfin, la **loi de complexification** stipule que le développement des fonctions psychomotrices se fait toujours du simple et au plus complexe.

La maturation des fonctions neuroanatomiques, confrontées au développement psychomoteur, sont indissociables. Elles sont liées chez le sujet. Nous ne devons cependant pas négliger l'influence du contexte environnemental sur ce processus de développement. Le développement neuroanatomique va constituer un première base anatomo-biologique de l'identité du sujet.

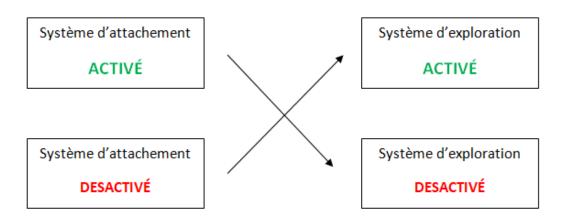
• Le développement affectif :

Le développement affectif est indissociable du développement neuroanatomique. Il est nécessaire au bon développement du sujet et se définit par la capacité qu'a un sujet à ressentir, reconnaître et exprimer des émotions. Que se soit en lui ou pour interpréter celles de l'autre. Le développement affectif permet, entre autre, le développement de la capacité d'empathie. Il permet également d'entrer en relation avec ces pairs, de réguler ces émotions, etc. Le développement affectif est en lien avec les compétences sociales, cognitives et langagières du sujet.

L'enfance est la période durant laquelle ce développement affectif va être le plus fondamental. Il va dépendre, entre autre, de l'**attachement**. Théorisé par John BOWLBY, l'attachement est un besoin humain primaire, inné et essentiel, au même titre que le besoin alimentaire. Fondamentalement, c'est un système spécifique où les comportements d'attachement du bébé ont pour fonction d'induire et de maintenir la proximité avec la mère.

Mary AINSWORTH et Mary MAIN vont par la suite reprendre ces travaux en attribuant un lien étroit entre le système d'attachement et système d'exploration de la

figure d'attachement comme base de sécurité. « Le système de comportements qui est activé lorsque l'enfant se sent en danger et que la figure d'attachement est éloignée (...) une fois l'enfant sécurisé, le système d'attachement n'est plus activé et le système d'exploration prend le relais » (PILLET, 2007, p.10).



Elles ont ainsi théorisé les **schèmes d'attachement** sur lesquels l'enfant va se baser en fonction de la figure d'attachement : sécure, anxieux-évitant, anxieux-résistant ou désorganisé.

Le bébé est un être de relation qui, dès sa naissance, est en grande dépendance par rapport à l'autre, notamment par rapport à la personne qui prend soin de lui. Donald WINNICOTT va mettre en avant l'importance de ce lien mère/enfant. Pour lui, la mère parfaite n'existe pas, il parle de « mère suffisamment bonne ». Cette mère suffisamment bonne va porter un double processus identificatoire qui comprend d'une part la préoccupation maternelle primaire qui est la capacité de la mère à savoir écouter, toucher et s'occuper de son enfant, en lien avec l'intuition. Et d'autre part, elle va avoir ce rôle de miroir pour son enfant. Donald WINNICOTT décrit également l'apport de trois perspectives (en lien avec l'environnement):

- **Le holding** : Manière dont l'enfant va être tenu, porté et contenu. Ce portage corporel constitue la base de la construction narcissique de l'enfant.
- Le handling: Manière dont l'enfant va être soigné et manipulé. Il comprend toutes les interactions entre la mère et l'enfant et ainsi amorcer le processus de personnalisation.
- **L'object presenting**: Mode de présentation de l'objet qui va progressivement amener l'enfant à différencier l'objet comme un tiers dans la relation, distinct de lui-même.

L'enfant va progressivement **se différencier de l'autre** et prendre conscience de son **unicité**. Ces éléments vont constituer un second socle dans l'avènement identitaire du sujet.

• Le développement sensori-moteur :

La sensorimotricité, comme son nom l'indique, comprend ce qui relève à la fois des fonctions sensorielles du sujet et de sa motricité. La sensorialité regroupe toutes les fonctions du système sensoriel et se développe *in utero*.

Le bébé est un être de sensation. Il naît avec des compétences sensorielles issues de ses différents organes sensoriels qui sont plus ou moins fonctionnels à la naissance : la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat et le toucher. Au départ, ces sensations sont « brutes », elles ne portent pas de représentations. Celles-ci vont progressivement se construire au fur et à mesure des expériences sensorielles vécues par l'enfant. Tout cela est soutenu par la personne qui s'occupe de lui (ou caregiver), qui va venir apporter du sens sur ces sensations.

C'est ce que Wilfred BION va représenter dans sa théorie de la pensée. Selon lui, les pensées sont divisées en éléments alpha (impressions sensorielles imagées) et beta (impressions sensorielles non assimilées). Le bébé étant porteur d'un appareil psychique immature, il n'est pas en capacité d'assimiler toutes les sensations qu'il peut recevoir et peut vite se retrouver débordé. C'est le caregiver, avec sa capacité de rêverie, qui va penser les sensations à la place du bébé pour qu'il puisse les reprendre par la suite. Cette capacité est nommée la fonction alpha (ou de détoxification) par Wilfred BION.

Progressivement, en lien avec la maturation neurologique et affective, l'enfant va prendre conscience de ses sensations. Les expériences motrices, couplées aux expériences sensorielles, vont permettre à l'enfant de mettre du sens. L'identité va se forger sur ces expériences.

Catherine POTEL définit la sensori-motricité comme étant « ce lien intime qui existe entre les sensations et le mouvement » (POTEL, 2019, p.262). André BULLINGER, précurseur dans l'analyse du développement sensori-moteur chez l'enfant, va décrire au travers des notions d'espaces corporels et de boucle sensorimotrice (que ne nous

décrirons pas ici), une notion essentielle au bon développement de l'enfant. Mais aussi un pilier dans l'avènement du sentiment d'exister et donc de l'identité : **l'équilibre sensori-tonique**. Cet équilibre se compose de trois bases qui fonctionnent entre elles afin de permettre à l'enfant de se développer le plus stablement possible : le milieu humain, le milieu biologique et les propriétés physiques du milieu (contexte environnemental stimulant). Cet équilibre sensori-tonique va constituer un élément essentiel dans l'avènement de l'identité chez un sujet

Didier ANZIEU soutient également l'importance de sensations et des différents comportements exploratoires de l'enfant. Ces comportements vont lui permettre d'accéder, progressivement, aux représentations et ainsi par la suite de différencier ce qui fait partie de l'intérieur et de l'extérieur de son corps. Cette première différenciation et l'expérimentation de ses sensations vont permettre d'amener l'enfant se différencier de l'autre, comprendre de ce qui vient de lui (le soi) et ce qui vient de l'autre (le non-Soi). Et donc lui permettre d'affirmer son identité.

• Le stade du miroir :

Succédant à la fonction miroir de la mère décrite par Donald WINNICOTT, le stade du miroir constitue une véritable étape dans développement du sujet. Henri WALLON fut le premier à parler de ce stade du miroir en l'intégrant au troisième stade décrit dans sa théorie sur le développement de l'enfant : le stade émotionnel (6-18 mois). Grâce à cette image extérieure renvoyée par le miroir, l'enfant va pouvoir l'intégrer et l'utiliser pour unifier son corps.

Jacques LACAN reprendra à son tour le stade du miroir et va le considérer comme « formateur de la fonction du Je [...]² ». Il est essentiel dans le développement du sujet et va permettre l'avènement de sa **subjectivité**. Par conséquent, l'enfant ayant reconnu son image dans le miroir, il va pouvoir entrer un processus de **différenciation** par rapport à l'autre (en premier lieu, de l'objet maternel). Et ainsi se considérer comme un **être unique, unifié et distinct de l'autre**. Ce processus est fondamental pour dans l'identification de chacun. D'où l'importance pour Jacques LACAN de prendre en considération le rôle essentiel de l'autre qui va reconnaître le sujet comme différencié de

² Issu de sa communication faite au XVIe Congrès international de psychanalyse, à Zurich en 1949. Première version parue dans la Revue Française de Psychanalyse 1949, volume 13, n° 4, pp 449-455.

lui-même. En effet, sans l'autre, nous n'aurions personne avec qui se différencier, se séparer, se comparer.

Philipe SCIALOM fonde l'intérêt du psychomotricien pour ce stade miroir en une courte phrase : « L'enfant se met à "penser" son être corporel » (SCIALOM, GIROMINI, ALBARET, 2011, p.225). Celle-ci met en lumière cette capacité de l'enfant à pouvoir différencier ce qui tient de son psychisme (image corporelle) et de son soma (schéma corporel).

Bien que la notion de stade miroir porte en elle des origines psychanalytiques, il a été prouvé que celle-ci porte également des bases neurobiologiques via les **neurones miroirs**. Ils seraient donc impliqués dans ce stade et permettrait, au-delà de la reconnaissance de son image dans le miroir, de pouvoir accéder à d'autres fonctions comme l'empathie, l'imitation, les interactions sociales, etc.

Nous avons donc pu voir l'importance de ces grands piliers que sont le développement neuroanatomique, affectif, sensorimoteur et le stade du miroir dans l'émergence identificatoire du sujet. Ils vont constituer un premier socle sur lequel l'identité va pouvoir émerger, grandir et s'affirmer. Mais nous ne devons pas négliger l'influence de l'environnement et du contexte social sur le développement de l'identité.

2.1.2. Influence de l'environnement et du contexte social

L'enfant est, avant même sa naissance, porteur d'une identité imaginée par ses parents : il s'agit de **l'enfant rêvé**. A sa naissance, il est doté d'un prénom et d'un nom. Il adopte une place au sein de la lignée familiale. Il va intégrer les valeurs morales et sociales de ce groupe. Alex MUCCHIELLI va même aller jusqu'à dire que l'enfant est influencé et est porteur d'un ancrage corporel issu de son histoire familiale. Cette identité s'inscrit donc dans le fonctionnement du sujet (physique, social, culturel, affectif,...) et s'exprime par le corps.

L'environnement humain va être **porteur de qualités identificatoires** pour l'enfant. Par ces portages affectifs, physiques et psychiques, le milieu humain (et plus particulièrement familial) va permettre à l'enfant d'être porté et soutenu dans sa propre

conscience de lui-même, son autonomie, etc. D'un côté l'environnement humain va apporter des bases sécures à l'enfant. Mais de l'autre côté, il doit accorder à l'enfant la possibilité d'exister en tant qu'être à part entière et différencié de l'autre. C'est dans ce dernier champ que la psychomotricité va pourvoir intervenir.

Pour Jérôme BRUNER, l'enfant est un **être social tourné vers autrui**. Il a besoin d'appartenir à un groupe pour survivre et évoluer. Cette affirmation est d'autant plus vraie quand on l'intègre dans le concept d'identité. Selon Michel PERSONNE, un individu à besoin de se sentir reconnu en tant que semblable (**conformité**) mais également en tant que personne unique et différent des autres (**différenciation**).

« Avoir une identité, c'est donc être reconnu par soi et les autres dans ses capacités, qualités, etc. » (PERSONNE, 2011, p.25).

2.1.3. Le sentiment d'identité

Le sentiment d'identité s'appuie sur les sentiments de continuité temporelle et de singularité. Ces derniers sentiments correspondent au fait que le sujet « se perçoit identique à lui-même dans le temps et se représente les étapes de sa vie et ses transformations dans un continuum » (MUCCHIELLI, 2015, p.27). Ce sentiment permet donc au sujet de pouvoir entretenir un sentiment d'exister dans tous les aspects (ou rôles) adoptés dans sa vie (socioprofessionnel, familial,...).

Madame B est hébergée au sein d'un EHPAD. Elle a exercé le métier de mannequin et modèle photo. N'aimant pas son prénom, elle s'est attribué un nom de scène : Vicky, qu'elle a arborée pendant toute sa carrière. Elle est particulièrement sensible lorsqu'on l'appelle par ce nom.

La perte de ce sentiment d'identité se traduit d'une part par l'entrée en EHPAD qui marque une nouvelle étape de vie (changement de lieu de vie, d'habitudes,...). Et d'autre part, elle se retrouve dans un lieu où on l'appelle de nouveau par son prénom de naissance. On peut donc constater une perte identitaire sur de multiples plans par, entre autres, l'entrée en institution, un changement de statut social et la disparition du personnage qu'elle a arboré toute sa vie. Nous pouvons nous interroger sur les conséquences sur l'identité de cette dame et la manière dont elles se traduisent dans son vécu psychocorporel.

Le sentiment d'identité se compose de deux aspects : le **sentiment de continuité d'existence** (ou de continuité de l'être) et **l'estime de soi**. Le sentiment de continuité d'existence de définit comme étant « une sorte de sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours 'le même' » (PIREYRE, 2011, p.55). Abordé par Donald WINNICOTT, ce sentiment est nécessaire au bébé et repose sur la structuration du **Moi** (sur laquelle nous reviendrons plus tard dans cet écrit). L'estime de soi, quant à elle se définit comme étant « le sentiment de la valeur de l'être que l'on est » (CARBONNIER, 2015, p.22). Ce sentiment d'estime de soi renvoie directement à l'image de soi et contribue directement au processus de **narcissisation**, essentiel à l'émergence de ce sentiment d'identité.

Le sentiment d'identité est donc indissociable de **l'individuation**. Cela signifie que ce sentiment d'identité passe par la « reconnaissance et l'acceptation de soi en tant que tel par autrui » (PERSONNE, 2011, p.35). L'autre tient donc une place première dans ce savoir identitaire propre à chacun. L'autre permet au sujet se structurer et inversement.

Dans leurs travaux, Gordon ALLPORT et Erik ERIKSON ajoutent que l'identité est indissociable du sentiment d'identité. Sans ce sentiment, l'identité n'existerait pas. *Ce sentiment reposerait lui-même sur un ensemble de processus identificatoires que nous ne détaillerons pas ici.*

Ce sentiment d'identité va permettre l'avènement progressif, en lien avec tous les processus développementaux décrits ci-dessus, de la **conscience de soi**. Cette conscience de soi nous permet d'être distinct de l'autre et autonome dans l'environnement humain. Dans les premières années de vie de l'enfant, la conscience de soi va être soutenue par des moments clés appelés **organisateurs de la vie psychique**. On va retrouver l'apparition du sourire à 3 mois, l'angoisse de l'étranger entre 6 et 8 mois, l'opposition par le « non » vers 2 ans et enfin l'apparition du « Je » vers 3 ans. L'enfant est désormais capable de se désigner dans le miroir et donc de se différencier de l'autre.

2.2. Le corps, support de l'identité

Tantôt adulé dans l'Antiquité, diabolisé au Moyen-âge, puis séparé de l'esprit au siècle des Lumières. La psychomotricité à pour vocation d'effacer ce clivage tant chéri par René DESCARTES. Vecteur de la relation, le corps est porteur de notre histoire, représentant de notre façon d'être au monde et de nos expériences.

Comment parler de psychomotricité sans évoquer le corps, socle physique au coeur notre pratique. Le corps est un outil, une entité, une anatomie,... Tant de synonymes pour nommer cet ensemble. Très tôt dans notre formation de psychomotricien, nous sommes confrontés à ce corps sous toutes ses formes : vécu, représenté, anatomique, biologique,...

Le corps va s'appuyer sur ses ressources génétiques, biologiques, environnementales, affectives,... pour se développer. Du point de vue psychomoteur, le sujet va vivre et explorer progressivement son corps au travers d'expériences sensorimotrices, des mouvements, etc. Il va s'approprier ce corps qui est le sien et ainsi en dégager des représentations. Mais comme l'évoque Catherine POTEL, pouvoir s'approprier son corps est un long processus qui débute dès les premiers instants de la vie. Porté, bercé et soutenu par la mère, le corps devient alors « socle d'une construction identitaire, porteur d'une identité différenciée, objet d'une appropriation autant physique que psychique [...] » (POTEL, 2019, p.78).

L'approche du corps en psychomotricité est particulière. En effet, le psychomotricien est à la fois dans une observation fine des mouvements et de toutes les composantes qui participent à ces mouvements (chaines musculo-squelettique, motricité,...) mais également à la manière dont le sujet va investir son corps. C'est-à-dire l'intention, l'expression qu'il porte par le biais de son corps.

2.2.1. Du Moi corporel au Moi

Issu de la théorie psychanalytique de Sigmund FREUD, le Moi se définit comme étant une « instance à la fois centrale et frontière qui le représente et sépare à la fois de son corps et du monde extérieur, particulièrement de l'objet » (LESOURNE, 2007, p.156). Il

va se développer dans les premiers mois de vie et va être un **organisateur et un régulateur de la vie psychique** du sujet. Son développement est possible grâce à la maturation cérébrale et le soutien apporté par l'environnement.

Dans sa seconde topique, FREUD décrit le Moi comme le « conducteur de l'attelage qui fait avancer le sujet ». Il y ajoutera le Ça, le Surmoi et l'idéal du Moi. Ces notions émanent du Moi.

Le Moi va connaitre une série d'identifications

(que nous ne décrirons pas ici) qui vont venir donner du sens sur les éprouvés de l'enfant et ainsi lui permettre de chercher à se définir et s'identifier. C'est une instance fondatrice de toutes les notions décrites ci-dessus et essentielles à l'émergence de l'identité : sentiment de continuité d'existence, le holding/handling,...

« L'enfant, tout au long de son développement, cherche à se définir pour s'assumer dans son être, dans ce qu'il ressent de son corps, de ses désirs, de ses rapports avec autrui et ses identifications » (LESOURNE, 2007, p.163).

En lien avec le corps propre, Sigmund FREUD ira jusqu'à dire que le premier moi est un **moi corporel (ou moi-corps).** Cela signifie qu'il est issu de toutes les données somato-physiologiques (organisation ostéo-musculaire, développement neurologique, schèmes moteurs,...) et va marquer le début de l'appropriation du corps par le sujet. Une forme de subjectivisation, en lien avec des bases relationnelles solides, est alors en train de prendre place chez le sujet qui va reconnaître son corps comme sien, à la fois semblable et distinct de l'autre.

Le moi-corps sera repris par la psychiatre Geneviève HAAG. Selon elle, pour que le moi-corps soit stable, le sujet doit avoir intégré un **sentiment d'enveloppe contenant** (à partir de 2 ou 3 mois de vie). Il constituera une base stable soutenue par la relation, l'environnement, la sensorialité et le portage physique et psychique. Le moi-corps pourra alors suivre un développement dans la logique neuromotrice citée précédemment (de la tête au pied). Ce développement suivra des étapes en spirale évolutive et permettra à terme au sujet d'intégrer les notions d'individuation et d'identification.

Anne-Marie LATOUR ira même jusqu'à formaliser une hypothèse selon laquelle une structuration précoce du moi-corps se ferait dans une image du corps de type tuyau qui permettrait l'articulation du sentiment d'axe et d'enveloppe. Elle considère alors que le moi-corps est d'abord un **moi-tuyau**.

2.2.2. Tonus et dialogue tonico-émotionnel

Notion fondamentale abordée en psychomotricité, le tonus constitue **la toile de fond du fonctionnement humain dans son ensemble**. Ses fonctions sont multiples et il est la base d'un développement psychomoteur stable et harmonieux. La fonction tonique va maturer, s'intégrer progressivement et participer aux étapes clés du développement. Elle est intimement liée aux postures et aux mouvements du corps. C'est ainsi qu'il va permettre l'avènement de la conscience corporelle et donc de soi, en lien avec le contexte environnemental.

Le tonus va participer directement à ce sentiment d'axe par le biais de la **tonicité axiale**. Celle-ci va être à l'origine de cette sensation d'avoir un axe (repère stable et solide) et d'intégrer l'organisation des différents segments autour de cet axe. Cette tonicité axiale est soutenue par le **portage** à la fois physique et psychique apporté par la personne qui s'occupe de lui. L'enfant accèdera alors progressivement à une conscience corporelle globale et ajustée.

De plus, le tonus a une place prépondérante dans la manière dont un sujet va s'engager dans la relation. Il va être une fonction essentielle dans la communication avec ses pairs. C'est ainsi que Henri WALLON développera la notion de **dialogue tonique** qu'il définit comme étant la capacité d'ajustement tonique entre deux personnes.

Julian DE AJURIAGUERRA approfondira le dialogue tonique en y intégrant une composante essentielle au bon fonctionnement relationnel entre l'enfant et ses pairs : l'état émotionnel. Il le nommera ainsi le **dialogue tonico-émotionnel**. Pour lui, il est à la fois le reflet des états émotionnels de chacun des protagonistes mais également le moyen de transmettre ces états entre l'un et l'autre.

L'enfant n'ayant pas accès au langage dans les premiers temps de sa vie, le dialogue tonico-émotionnel va lui permettre de communiquer ses états toniques à la personne qui s'occupe de lui (en référence à la mère la plupart du temps). La mère quant à elle, va pouvoir utiliser ce dialogue pour communiquer ses états toniques et ainsi aider son enfant à se réguler et s'apaiser. La dialogue tonico-émotionnel va toujours avoir pour fonction de conduire les états toniques et émotionnels entre deux sujets même à l'âge adulte. Cette affirmation est d'autant plus vraie lorsqu'elle est mise en œuvre dans notre pratique psychomotrice. En effet, le dialogue tonico-émotionnel permet de nous

adapter corporellement aux éprouvés du patient. C'est un outil thérapeutique essentiel dans notre pratique psychomotrice où il est possible de proposer de dialogue corporel dans une visée structurante.

Cette composante émotionnelle est également soutenue par André BULLINGER qui considère le corps comme une entité physique en demande d'investissement affectif, en lien avec l'autre. Cet investissement va permettre d'amener le sujet vers un investissement de son corps propre. Cette affirmation est une traduction de l'impact des répercussions fonctionnelles des émotions sur le corps.

2.2.3. La peau, enveloppe physique et psychique

Considérée comme l'organe le plus étendu du corps, la peau portent de nombreuses fonctions et responsabilités. Vecteur de contact, organe du toucher, à la fois la barrière et le lien entre soi et l'autre,... Elle constitue l'apparat physique de notre corps tel qu'il est. En enveloppant le corps dans sa totalité, la peau porte également ce rôle de maintien et de protection de ce dernier.

Didier ANZIEU accordera une part importante de la peau dans l'étayage du développement psychique d'un individu. En effet, pour lui, la construction du Moi est étayée par la peau. Les expériences sensorielles passées, issue des sensations et des perceptions perçues de la période *in utero* aux premiers contacts épidermiques avec la mère constituent les prémices du développement du Moi. Cette construction psychique et ces mécanismes se regroupent dans ce que Didier ANZIEU nommera le **Moi-peau**.

Dans cet étayage des fonctions psychiques, la peau va assurer différentes fonctions telles que expérimenter les limites corporelles, la contenance, la différenciation entre le dedans et le dehors, le Soi et le non-Soi,... Nous ne décrirons pas toutes les fonctions citées par Didier ANZIEU mais nous pouvons retenir le rôle essentiel de cette peau dans l'établissement physique et psychique de l'identité par l'avènement de la construction du Moi, des limites corporelles et la compréhension de ce qui est issu de soi et de l'autre. Ces théories mettent en avant la part du corps proprement dit dans l'identification et le développement psychique d'un sujet.

2.2.4. Vers une unité psychocorporelle

Benoit LESAGE, au travers de son approche psychocorporelle, définit le corps comme un ensemble. Cet ensemble comprend les structures neuroanatomiques ainsi que leur organisation. Mais également « leur intégration dans le mouvement et la relation, ainsi que la représentation et la conscience que chacun en construit » (LESAGE, 2012, p.10).

Pour constituer cette unité corporelle, tous les éléments cités ci-dessus sont nécessaire (la peau, le dialogue tonico-émotionnel, développement du Moi,...). Une dernière notion essentielle est à prendre en compte dans l'avènement de cette unicité du corps et de l'être : l'axe corporel. Cette notion va faire l'objet d'une appropriation dans le développement de l'enfant. En effet, avec la maturation neuroanatomique et les expériences sensori-motrices, l'enfant va peu à peu entrer dans une organisation axiale qui repose d'abord sur le processus de latéralisation. Cette organisation va prendre racine grâce à toutes les expériences motrices, le jeu entre équilibre/déséquilibre, l'exploration de l'espace,... Progressivement, l'enfant va avoir accès à la verticalité et intégrer son centre de gravité. Il prend peu à peu conscience de l'espace qui l'entoure et va ainsi prendre conscience qu'il existe un dedans et un dehors.

Les **limites corporelles et psychiques** vont progressivement guider le sujet dans le processus de différenciation par rapport à l'autre, la séparation (ou dé-fusion) du corps de l'enfant avec le corps de la mère, pouvoir comprendre ce qui tient de Soi et de l'autre,... Tous ces processus vont venir soutenir **l'autonomisation** de l'enfant et son **identification** en tant qu'être à part entière, unique et distinct de l'autre.

Le corps est un ensemble dynamique, malléable et surtout, support de l'identité. Pour lui, au-delà de tout travail corporel, l'être humain doit se construire une unité psychocorporelle basée sur l'étayage mutuel entre corps et psychisme. C'est dans ce prisme que peut s'inscrire la psychomotricité, *nous y reviendrons plus en détail par la suite*.

2.3. Schéma corporel et image du corps

Le **schéma corporel** est une instance qui permet au sujet de connaître la position de son corps dans ses différents segments dans l'espace et la manière dont les utiliser pour réaliser des mouvements. Il constitue donc « *la connaissance objective du corps dans sa réalité* » (POTEL, 2019, p.150).

L'image du corps, quant à elle, est « l'image inconsciente que l'on se fait de soi, et se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres » (POTEL, 2019, p.151). L'image du corps est dynamique et se modifie en fonction des étapes de la vie.

Dans son approche psychanalytique, Françoise DOLTO décrira **l'image du corps** comme constituée à la fois de parties conscientes et inconscientes.

Paul SCHILDER ajoutera que l'image du corps est issue d'un travail psychique qui tend à nous donner une représentation d'unité. Selon lui, une grosse part de la construction de cette unité est attribuée au **vécu corporel** et à l'engagement dans la relation à l'autre. Une part de l'affect et du contexte sont donc à prendre en compte.

Schéma corporel et image du corps, couplés aux sensations, aux perceptions et aux représentations du corps, vont constituer la base de la **conscience corporelle** du sujet. Ils sont totalement liés entre eux. Cette intrication va d'ailleurs constituer l'une des bases essentielle de notre identité psychocorporelle.

Pour résumer cette partie, je prendrais une citation de Benoît LESAGE, qui à mon sens, résume la complexité de l'inscription identitaire dans le corps de chacun :

« La construction du corps et de ses représentations ne peut en aucun cas se désintriquer de celle de l'identité, que la plus élémentaire coordination n'existe jamais que dans un contexte lui assignant une signification, sauf dans le cadre pathologique » (LESAGE, 2019, p.58).

3. Identité, handicap et vieillissement

3.1. L'identité dans le monde du handicap

3.1.1. Une histoire de vocabulaire

Soutenir l'identité d'une personne handicapée commence par la manière dont on désigne cette personne. D'où l'importance d'être attentif au vocabulaire que l'on emploie. A titre d'exemple, dire ou écrire « cette personne est polyhandicapée » n'est pas la même chose que « cette personne est en situation de polyhandicap ». Cette nuance dans le vocabulaire met en avant cette condition de ne pas réduire à la personne à son handicap, de ne pas la citer uniquement par son handicap. Le handicap est une situation, pas une construction.

3.1.2. Evaluer l'identité chez une personne porteuse d'un handicap

L'identité est une notion difficile à évaluer en psychomotricité. En effet, beaucoup de facteurs entrent en jeu. Charlotte PAUMEL a pu se pencher sur la question et nous expose son point de vue (au sein du livre *être psychomotricien* de Catherine POTEL) que je trouve très parlant. Selon elle, l'évaluation des problématiques identitaires questionne. Elle se base sur le paradigme selon lequel l'évaluation psychomotrice est complexe car l'individu, dans son développement et sa personnalité, est éminemment complexe : « l'invariant est le propre de l'autre » (POTEL, 2019, p.282). Le rôle du psychomotricien dans ces problématiques va être de repérer les modalités de structure, de fonctionnement (psychocorporel et relationnel) et les représentations corporelles du sujet. Lorsque nous parlons d'évaluation, de norme,... il s'agit d'une tâche plutôt aisée lorsqu'elle concerne les fonctions psychomotrices (latéralité, régulation tonique,...). Mais l'exercice devient plus difficile lorsque l'on parle de vécu corporel et d'image du corps par exemple. Donc, en soit, tout ce qui touche l'identité.

Charlotte PAUMEL aborde donc l'une des spécificités du psychomotricien qui est de se centrer sur l'identité psychomotrice en abordant deux versants complémentaires :

l'organisation psychomotrice et la structuration psychocorporelle. Ce dernier versant est malheureusement difficile à représenter sous forme d'évaluation. Couplé aux représentations corporelles, il peut être réducteur d'associer ces notions à des normes. Malgré les grilles déjà disponibles, elles ne prennent pas en compte ce qui fait l'une des spécificités du métier de psychomotricien : pouvoir articuler et tisser entre eux différents référentiels tout en accordant une place première à la relation. Cette spécificité peut se résumer en un mot : l'adaptation.

3.2. L'identité au temps du vieillissement

Comme vu précédemment, le vieillissement entraine des modifications corporelles. Ces modifications (ou ces transformations) du corps, de la motricité, de la peau, des capacités cognitives,... vont venir, à un moment donné, modifier le schéma corporel du sujet. Ce dernier va alors avoir une perception modifiée de son corps par rapport à ce qu'il a été. Ces modifications peuvent entrainer un changement dans

l'équilibre psychocorporel. Bouleversé, cet équilibre se traduit lui-même par une désorganisation de l'image que le sujet a de son corps et de ses capacités. Une forme de **deuil du corps idéal** comme décrit par Michel PERSONNE : « la vision intérieure de soi adhère de moins en moins à la vision extérieur » (PERSONNE, 2011, p.39).

Une **crise** se définit comme étant « une manifestation brusque et intense, de durée limitée (d'un état ou un comportement), pouvant entrainer des conséquences néfastes » (CNRTL)

Pour certaines personnes, ces bouleversements peuvent être difficiles à surmonter. Parfois, elles peuvent rester bloquées à ces changements et ne sont pas dans la capacité à pouvoir passer outre, continuer à évoluer. Michel PERSONNE va définir ce moment de vie de **crise**. Pour lui, l'identité doit faire face à ces temps de crise, quelque soit le moment où ils apparaissent.

Pour rappel, chaque personne au cours de sa vie va être confrontée à des traumatismes, des deuils, des vécus douloureux et des remises en question. Ces instants sont normaux et constitutifs du développement du sujet. Ces **crises existentielles** constituent une forme de « rupture » dans la continuité d'existence du sujet. Elles se déroulent généralement en deux temps : d'abord *un « temps de rupture marqué par*

l'angoisse, l'incertitude, l'indécision » (PERSONNE, 2009, p.39). Puis un second temps marqué par la résolution de cette crise. La plus « célèbre » étant le passage de l'enfance à l'adolescence.

En lien avec l'identité, ces crises existentielles participent à un certain remaniement identitaire du sujet. En effet, si ces dernières sont surmontées avec succès, une maturation va être mise en place pour permettre à la personne d'évoluer. Mais parfois ces crises, au lieu d'apporter cet effet maturant (permettant à la personne d'évoluer, de continuer à avancer), peuvent être confrontées au non dépassement de celle-ci et donc à un effet de blocage néfaste pour le sujet. C'est ce dernier aspect qui est parfois retrouvé dans le vieillissement.

Comme évoqué au début du chapitre 1, ces crises peuvent être influencées par les images et stéréotypies véhiculées par la société. Le poids de normes et des représentations sociales souvent négativistes quant au vieillissement peuvent ne pas aider au passage de ces crises.

Pour aller plus loin dans cette réflexion sur l'identité chez la personne handicapée vieillissante, Pierre ANCET (dans *vieillir handicapé* de Yves JEANNE) évoque que certaines de ces personnes, de part les déficiences qu'ils présentent, « *n'ont pas de statut identitaire propre, mais plutôt un ensemble d'éprouvés qui ne sont pas liés à une unité définie comme un "moi" unifié* ». (JEANNE, 2011, p.199).

Ces éprouvés ne s'accordant pas dans une unité psychocorporelle, certains adultes handicapés vieillissants ne sont pas conscients d'entrer dans le vieillissement. Hors le regard et le discours de l'autre (des soignants, des aidants,...) porté sur eux peut venir leur faire prendre conscience des modifications de leur corps, de leur psychisme et de leur identité par la même occasion. Cette prise de conscience peut être parfois déstabilisante, voir violente pour la personne qui n'a jamais eu réellement conscience de posséder une identité propre.

Ces éléments viennent donc interroger la manière dont ces personnes peuvent être prises en charge et accompagnées dans ce processus de vieillissement. Mais également la manière dont le personnel soignant doit pouvoir être formé (sujet qui fait encore débat de nos jours, notamment dans l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD).

3.3. Apports de la psychomotricité

Le psychomotricien va pouvoir apporter son expertise et ses soins lorsque l'identité psychocorporelle est touchée, malmenée. Comme vu précédemment, l'identité se fonde sur de nombreux processus développementaux et psychocorporels. Elle est en lien et dépend de nombreuses fonctions psychomotrices sur lesquelles le psychomotricien va pouvoir agir pour venir soutenir cette identité. Le psychomotricien va pouvoir agir comme une sorte de guide, d'accompagnant de cette identité par le biais de différentes modalités.

• <u>La conscience corporelle :</u>

Le psychomotricien va pouvoir faire des propositions en lien avec la conscience corporelle de la personne en se repérant par rapport aux éprouvés, aux particularités sensorielles (s'il y en a), sa manière d'être dans son corps et dans l'espace, ses mouvements,... le psychomotricien va pouvoir guider la personne dans diverses expérimentations.

Ces expérimentations peuvent être de différent ordre et vont dépendre des capacités du patient. Le psychomotricien se doit avant tout d'être à l'écoute du patient et doit être capable de reformuler les vécus (verbaux ou non-verbaux) du patient. Cette reformulation va être un point d'appui pour le patient pour qu'il puisse avoir accès à son propre vécu corporel et ainsi pouvoir avoir (éventuellement) accès à ses émotions, des représentations,...

La prise de conscience corporelle se base donc sur les compétences sensorielles du patient. Le rôle du psychomotricien dans ce type de travail corporel va être d'accompagner corporellement et verbalement les réactions, les éprouvés, les données sensorielles que nous donnent à voir le patient. Le but thérapeutique dans cette exploration de la conscience corporelle va être de permettre au patient d'être dans une écoute de son corps dans l'Ici et Maintenant et ainsi pouvoir accéder une certaine conscience de lui-même.

• <u>Limites corporelles, le soi et non-soi :</u>

Chez des personnes dont les limites corporelles sont peu ou pas établies du fait d'une carence affective, d'une problématique de dé-fusion dans la relation mère/enfant, une déficience dans les sensations,.... Nombreux sont les aspects qui peuvent entrainer des difficultés dans l'établissement des limites corporelles, dans l'ajustement des distances entre soi et l'autre. Les personnes concernées par cette difficulté de considérer ce qui est de soi et d'autre vont se traduire par des difficultés dans l'ajustement relationnel, les notions de distance, de reconnaissance de soi dans le miroir,... Le psychomotricien va pouvoir alors guider la personne pour l'aider à passer de l'identique au semblable, c'est-à-dire lui permettre de comprendre qui tient de soi et de l'autre.

• Sensorialité et sensori-motricité :

Nous l'avons vu, les personnes en situation de handicap associé à une déficience intellectuelle n'ont parfois pas accès à des modalités d'expressions suffisantes pour que l'on puisse comprendre « le fond du problème ». Bien souvent, ces personnes sont restées dans des états de sensations. C'est-à-dire qu'ils n'ont pas accès à l'élaboration des perceptions, des représentations, le langage,... du fait de leur handicap. On peut observer parfois un défaut majeur d'intégration des perceptions sensori-motrices.

La sensorialité devient alors une porte d'entrée par laquelle le psychomotricien va pouvoir s'insérer pour apporter un soutien à l'identité psychocorporelle. Catherine POTEL met en avant que les expériences sensori-motrices et psychomotrices vont permettre à la personne « d'entrer dans l'espace, de l'investir, d'y trouver sa place, de l'habiter, d'organiser son corps » (POTEL, 2019, p.140).

Ces expériences vont bien sûr s'adapter aux capacités et aux compétences de la personne à un instant T. Nous pouvons partir de jeux très basiques qui constituent les prémices des limites corporelles chez le tout-petit : remplissage, transvasement, empilement, construction,... jusqu'à des modalités plus élaborée comme du toucher thérapeutique (avec ou sans médiateurs), de l'expression corporelle, de la méditation,... Encore une fois les propositions doivent être adaptées aux compétences du sujet. Le but n'est pas de le mettre en échec mais de revenir à des sensations de base pour aller vers des choses plus élaborée, source de (re)découverte du corps, de ses sensations, de ses limites corporelles,...

• L'espace-temps:

Les notions d'espace et de temps constituent une base stable et des repères essentiels pour le sujet pour vivre son corps et ses expériences. Si ces bases ne sont pas établies ou si elles ne sont pas stables, elles peuvent être source d'angoisses et de tensions. Ces comportements anxiogènes peuvent aller jusqu'à bloquer toutes expérimentations et par conséquent bloquer le développement du sujet. La personne peut aller jusqu'à une posture de repliement et peut se couper de toutes stimulations/expérimentations.

Il sera alors possible pour le psychomotricien de proposer de nouveaux repères temporels tels que la mise en place de rituels, d'un rythme de vie stable et organisé,... Ces repères peuvent se matérialiser sous forme de planning par exemple. Dans d'autre cas, c'est le cadre d'une séance de psychomotricité qui peut apporter ces repères. Le psychomotricien devient alors garant de la stabilité de ce cadre dans ces aspects physique (date et heure fixes, rythmicité des séances) et psychique. Dans cette dimension psychique, le cadre va avoir cette fonction de contenant, de limite protectrice et symbolique et de pare-excitation. Il peut contenir de nombreuses fonctions pertinentes dans le but de soutenir l'identité psychocorporelle du sujet.

• La relation :

L'être humain se construit dans la relation. Elle est essentielle au bon développement de chacun. Le psychomotricien, dans le cadre d'une prise en charge psychomotrice, va venir établir cette relation, se définir une attitude et s'impliquer totalement pour porter et permettre au patient d'évoluer. Cette relation comprend un espace physique (distance relationnelle ajustée entre le patient et son thérapeute), une écoute active et une sensibilité quant aux éprouvés du patient et sa manière de les exprimer. La relation va être définie autour d'un cadre, lui-même intégré dans une alliance thérapeutique, symbole de stabilité et confiance mutuelle.

La relation peut alors être un moyen de passage pour soutenir l'identité du sujet. Un moyen d'être soutenant aussi bien corporellement que psychiquement. Le but étant de permettre au patient d'investir cet outil relationnel. Le psychomotricien, quant à lui va pouvoir entamer un travail de lecture, de ressenti et d'adaptation face à ce que lui donne le patient.

Cette liste de modalités n'est pas exhaustive. Elle relève des idées qui me sont apparues dans mes différentes lectures mais également sur des expériences vécues en stage. Les solutions thérapeutiques dans les problématiques identitaires sont très larges et vont dépendre des patients et de leurs besoins. Eric PIREYRE ajoute même que « l'action psychomotrice permet le soulagement de l'angoisse identitaire » (PIREYRE, 2011, p.66). Le tout dans ces propositions de travail psychomoteur est de pouvoir proposer à la personne une prise en charge la plus adaptée et ajustable possible.

Dans le cas d'adultes handicapés avançant dans l'âge, dont la plupart sont porteurs d'une déficience intellectuelle, le travail psychomoteur va pouvoir s'axer autour d'une reconnexion entre la personne et sa sensorialité. D'où l'importance de choisir un médiateur adapté au plus juste des besoins du patient. Ce travail de recherche et d'élaboration se fait au fur et à mesure que la relation s'installe et se confirme.

Synthèse du chapitre 2

J'ai tenté, dans ce chapitre, d'éclairer cette notion complexe et plurielle qu'est l'identité. Sous le prisme de la psychomotricité, l'identité se veut psychocorporelle. Elle prend son ancrage dans différents processus : dans le psychique, les sensations, le corps, l'affect,... L'identité se définit par cette unité psychocorporelle qui fait de chaque individu un être unique et différencié de l'autre. Mais également porteur d'une histoire, d'un contexte, d'un temps, d'un espace,...

Sans oublier le rôle premier de l'autre qui contribue à notre reconnaissance entre tant qu'être à part entière et semblable à lui-même. Préservant ainsi ce sentiment d'identité. L'autre comme point de repère relationnel, affectif, social,... dès notre venue au monde et qui nous guidera jusqu'à la fin de notre vie.

Le psychomotricien s'inscrit dans la prise en charge des troubles liés à l'identité psychocorporelle. Le corps, outil de prédilection du psychomotricien, devient alors un moyen, une porte d'entrée thérapeutique qui va nous permettre d'accéder aux problématiques qui touchent l'identité. Ici nous l'aborderons auprès de personnes handicapées vieillissantes rencontrées sur mon lieu de stage.

A la vue des éléments et questionnements soulevés ci-dessus, nous pouvons désormais nous interroger sur les médiations sur lesquelles le psychomotricien peut s'appuyer pour soutenir l'identité psychocorporelle chez la personne handicapée vieillissante.

Chapitre III

Illustrations cliniques

Dans cet ultime chapitre, je vais présenter dans un premier temps le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) au sein duquel j'ai effectué mon stage. C'est en ce lieu que j'ai eu la chance de pouvoir rencontrer les deux personnes que je vais vous présenter dans la suite de cet écrit : Michel et Cindy.

Ces prises en charge ont chacune leurs spécificités mais elles se rejoignent autour d'une même problématique: Comment accompagner et soutenir des personnes handicapées vieillissantes dans leur identité psychocorporelle? Quelles médiations sont possibles d'utiliser et/ou préconisées? Quelle place la psychomotricité a-t-elle dans ces prises en charge?

1. Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

1.1. Présentation et organisation du FAM

Le FAM à été à ouvert en 1999 à l'initiative d'une association de parents. Cette dernière est détentrice de nombreux établissements médicaux et médico-sociaux et accueille des personnes en situation de handicap intellectuel, psychique ou porteur d'autisme (enfant, adulte, personne vieillissante).

Issu du secteur médico-social, le FAM à une capacité d'accueil de 55 places dont une en accueil temporaire et une en accueil d'urgence. Le FAM accueille des adultes en situation de handicap physique et/ou psychique, inaptes à toute activité professionnelle et nécessitant une présence et une surveillance médicale constante. L'établissement comprend quatre dispositifs d'accueil :

Un accueil de jour : à temps complet ou partiel, ce dispositif permet d'accueillir une dizaine de personnes en situation de handicap sur la journée, de 9h30 à 16h30. L'équipe est composée d'un éducateur Activités Physiques Adaptées (APA) et de deux Aides Médico-Psychologiques (AMP). Ils y proposent différentes activités dans le but de soutenir, favoriser et développer la participation, l'autonomie et la citoyenneté des personnes accompagnées.

- ❖ Deux unités pour l'accompagnement à la vie sociale (n°1 et 2): Ces unités accueillent des personnes en pension complète. Une équipe encadrante les accompagne autour d'activités et de gestes axés sur l'autonomie lors des temps clés de la journée (repas, toilette,...) et des temps de vie sociale au travers d'atelier à thème, de sorties et d'activités inclusives.
- ❖ Deux unités pour l'autonomie et le soin (n°3 et 4): Ces unités quant à elle accueillant des personnes dont les activités quotidiennes et le rythme sont fortement réduits à cause d'une grande fatigabilité et de difficultés motrices. Le but étant de maintenir un niveau d'autonomie dans les gestes du quotidien. Les personnes y sont accueillies de manière permanente.
- ❖ Deux unités TSA (n°5 et 6): Comme leur nom l'indique, ces deux unités accueillent des personnes présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) dont le diagnostic est établi. L'équipe qui les accompagne est formée aux approches comportementales et sensorielles telles que les méthodes ABA ou TEACCH³. Les personnes y sont accueillies de façon permanente. A l'heure actuelle, ces unités sont sur le point d'obtenir la certification HANDEO pour l'accueil des personnes TSA.

Tous les résidents sont accueillis au FAM et accompagnés par les équipes en suivant un parcours composé d'étapes clés. Tout d'abord la personne et sa famille sont accueillies par les équipes afin de discuter et d'éclairer leur demande, leurs besoins et leurs attentes. Par la suite, différents bilans et/ou tests sont effectués pour pouvoir situer la personne dans son autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Puis vient l'élaboration du Projet Personnalisé (PP).

Le PP est un document écrit. On y référence l'identité de la personne accueillie, sa personnalité, un éventuel diagnostic, ses besoins, ses envies et les différentes prises en soins. Mais surtout, on y référence les priorités d'apprentissages et les méthodes pour favoriser l'autonomie établies suite aux différents bilans et rencontres avec la famille et la personne. Ce projet est ensuite mis en œuvre au sein du FAM. Celui-ci fait l'objet d'une réévaluation tous les ans en équipe pluridisciplinaire afin de s'assurer de la justesse et la pertinence des objectifs inscrits pour la personne concernée.

59

³ Ces méthodes sont issues des sciences du comportement. La méthode ABA s'axe l'apprentissage des nouveaux comportements et la méthode TEACCH va plus s'intéressée sur la méthode éducative.

L'hébergement (permanent ou temporaire) des personnes dirigées vers le FAM par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MPDH) est financé par l'assurance maladie et le conseil départemental.

1.2. Les professionnel(le)s du FAM

L'équipe professionnelle du FAM se décompose en trois parties. Nous avons d'un côté la direction et les ressources humaines de l'établissement. Ensuite, il y a les professionnels rattachés à l'encadrement des unités : les AMP et les aides-soignants qui guident et accompagnent les résidents dans leur quotidien. Ce sont eux qui assurent l'organisation des activités et objectifs fixés dans le PP.

Enfin, il y a l'équipe thérapeutique qui regroupe tous les corps de métier médicaux et paramédicaux intervenant (à mi temps ou à temps plein) auprès des résidents du FAM: le médecin généraliste, le médecin psychiatre, les infirmières, la psychologue, l'ergothérapeute et la psychomotricienne.

Des intervenants extérieurs sont également appelés pour compléter l'équipe et interviennent en fonction des besoins des résidents. On retrouve notamment des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des podologues et des arts-thérapeutes.

L'établissement favorise en premier lieu un travail en **équipe pluridisciplinaire**. Pour assurer son bon fonctionnement, plusieurs types de réunions sont organisés :

- Les réunions médicales regroupent le médecin et les coordinateurs afin de faire le point sur la prise en charge médicale des résidents (ordonnance, prise de rdv,...).
- **Les réunions médico-psychologiques** réunissent l'équipe au complet ainsi que les coordinateurs. Elles ont lieu une fois par mois.
- Les Groupes d'Analyse de Pratique (GAP) qui regroupe la psychologue de l'institution avec l'équipe pour discuter et débattre autour d'évènements passés aux seins des unités et répondre à certains questionnements.
- La supervision fait intervenir un professionnel extérieur à l'établissement et vient échanger avec l'équipe autour des conduites de bonnes pratiques

- professionnelles. Ces réunions sont nécessaires pour la certification HANDEO des unités 5 et 6.
- **La régulation** est proposée par un psychologue extérieur à l'institution afin de pousser plus loin l'analyse de pratique. Elle est proposée à toute l'équipe.

1.3. La psychomotricité au sein du FAM

La psychomotricienne fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire. Elle va être engagée dans différentes missions spécifiques telles que l'évaluation psychomotrice. A l'issu de celle-ci, la psychomotricienne va pouvoir transmettre une synthèse qui sera elle-même transmise aux équipes concernées. Tout cela dans le but de pouvoir coordonner les observations, discuter les objectifs et ainsi valider la proposition de prise en soin. Toute indication en psychomotricité est soumise à prescription médicale.

Elle participe aux réunions médico-psychologiques, aux GAP et aux réunions d'équipe. Elle va pouvoir apporter son point de vue et son expertise psychomotrice en fonction des sujets abordés et des résidents concernés. La psychomotricienne va pouvoir apporter des informations sur la manière dont un résident se comporte (en groupe et/ou en individuel), sur sa manière de vivre son corps dans l'espace, les coordinations, la motricité,... Toutes les fonctions psychomotrices peuvent être abordées car porteuses de sens dans le suivi du résident.

Enfin, la psychomotricienne va pouvoir proposer différents types de prises en charge adaptées aux besoins des résidents. Cela comprend de la relaxation, de l'expression corporelle, de la stimulation (mono ou multi) sensorielle avec la salle Snoezelen® et de la balnéothérapie. Cette liste n'est pas exhaustive, elle comprend ce que j'ai eu l'occasion d'observer au sein de l'institution.

2. Michel

2.1. Anamnèse et parcours institutionnel

Michel est né le 24 avril 1962. Il est alors âgé de 58 ans lorsque je le rencontre pour la première fois. Il est le dernier enfant d'une fratrie de trois. Ses parents sont tous les deux décédés aujourd'hui. Il a principalement été élevé par sa mère, qui est décédée en 2018. Sa grand-mère maternelle aura elle aussi été très présente dans sa vie, elle est également décédée en 2015. Michel est toujours en contact avec ses frères et sœurs qui lui rendent visite de temps en temps.

Michel a été diagnostiqué d'une psychose infantile en lien avec une anoxie cérébrale à la naissance. Il présente une déficience intellectuelle moyenne avec une évolution déficitaire et dysharmonique. Michel a de nombreux troubles du comportement qui se traduisent par de l'hétéro-agressivité envers les autres résidents et le personnel encadrant et parfois de l'auto-agressivité.

Michel a connu sa première entrée en institution à l'âge de 5 ans. S'en ait suivit un long parcours institutionnel où il a côtoyé plusieurs institutions médico-sociales :

- 1967 à 1973 : Institut Médico-Psychologique (IMP)
- 1973 à 1982 : Institut Médico-Educatif (IME)
- 1982 à 1991 : Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT)
- 1991 à 1999 : Unité pour Malade Difficile (UMD)
- 1999 à aujourd'hui : Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

Aujourd'hui Michel s'interroge beaucoup sur « la prochaine étape » pour lui. En effet, il a conscience qu'il va avoir prochainement 60 ans. Cette étape marque, selon ses mots, « le départ pour ma retraite ». Il pense déménager dans un « établissement pour personne âgée » (il précise même le nom de l'établissement dans lequel il souhaite aller) lorsqu'il aura atteint cet âge. Cet aspect m'a beaucoup interrogée car c'est un sujet qui revient souvent lors de nos rencontres. Il semble prendre conscience de cette prise d'âge, d'une nouvelle étape qui l'attend. Dans l'organisation collective de notre société, le vieillissement est signe de retraite, fruit d'une certaine récompense après une vie de travail. Michel a probablement assimilé cette idée lors de son séjour en ESAT. Il a pu se saisir de

cette idée de personne vieillissante comme un nouveau départ, dans une nouvelle institution.

Au sein du FAM, Michel est hébergé sur l'unité 2. Il y bénéficie de différentes prises en charge. Il voit un kinésithérapeute deux fois par semaine et bénéficie de séances en extérieur avec un professeur d'Activité et Sport Adapté (APA). Enfin, Michel bénéficie de deux séances de psychomotricité par semaine, en individuel (le mardi et le vendredi). Avant la crise sanitaire, Michel avait également une prise en charge en balnéothérapie et des séances de médiation animale qu'il appréciait beaucoup.

2.2. Profil psychomoteur

Je n'ai pas effectué de bilan standardisé auprès de Michel. Je vais tenter d'établir un profil psychomoteur en me basant sur les informations fournies par les membres de l'équipe encadrante qui suit Michel dans son quotidien, ainsi que sur les observations cliniques que j'ai pu faire depuis le mois de novembre 2020.

• La motricité globale et équilibre :

Une malformation au niveau de ses pieds tend à compliquer la marche. La locomotion est saccadée et les appuis sont instables. Les équilibres statiques et dynamiques sont laborieux. Malgré le port de chaussures orthopédiques, la station debout et la marche sont assujettis à de fortes déséquilibrations. Michel n'hésite pas à solliciter une aide extérieure pour la locomotion (tenir mon bras jusqu'à la salle de psychomotricité par exemple). Michel est assez ralentit dans l'exécution des gestes volontaires. Bien qu'il sache réaliser ses gestes de façon autonome dans son quotidien, cela lui demande beaucoup de temps et d'énergie.

• L'espace et le temps :

Michel à de bonnes compétences spatio-temporelles : il se repère facilement au sein du FAM. Au-delà du foyer, Michel est capable de ne nous parler des villes situées dans la région et notamment des différentes structures aquatiques présentes aux alentours.

Avant le début de la crise de la COVID-19, Michel bénéficiait d'une prise en charge en balnéothérapie au sein du FAM avec les encadrants. Il est conscient de la situation sanitaire actuelle et la comprend plutôt bien. Il comprend également que les séances de balnéothérapie ont été stoppées à cause de la crise. Il évoque souvent la reprise de la balnéothérapie à la fin de celle-ci. C'est une prise en charge qui lui tient particulièrement à cœur, Michel apprécie beaucoup l'eau et surtout se baigner en piscine. Cette appétence pour l'eau a probablement été nourrit par le fait que sa mère l'emmenait tous les étés à la plage, pendant les vacances.

Michel est également bien repéré dans le temps. Il sait lire l'heure, connait la date de jour lorsqu'on lui demande, les dates d'anniversaire de sa famille,... Il tient un planning où sont affichées les différentes prises en charge qui rythment sa semaine.

Lorsque nous arrivons avec seulement quelques minutes de retard, l'équipe nous fait part des difficultés de Michel à patienter. Il crie le nom de la psychomotricienne, marche en continu dans l'unité,... en attendant notre arrivée. L'attente semble être quelque chose de tellement insupportable à gérer pour Michel que cela se manifeste corporellement et sans limitation dans son psychisme. Ça l'envahit.

• Schéma corporel et image du corps :

Michel est capable de nommer les parties de son corps spontanément. Son schéma corporel semble bien intégré. Mais dès que nous nous intéressons à son vécu corporel ou à ses sensations, il semble en décalage avec la réalité. Son investissement sensoriel est assez moindre par rapport à la connaissance anatomique qu'il a de son propre corps. Ces éléments peuvent nous amener à s'interroger sur la manière dont Michel vit son corps, comment il se perçoit de manière plus inconsciente.

• Compétences cognitives :

Michel a accès au langage. Il peut exprimer des demandes simples et se faire comprendre. Il peut tenir des conversations cohérentes sur des sujets d'actualité mais c'est généralement toujours sur les mêmes sujets, notamment sur la crise sanitaire. Des difficultés dans l'articulation font qu'il est parfois difficile de comprendre Michel. Il arrive régulièrement que nous lui demandions de répéter.

Michel a une bonne mémoire. Il est capable d'évoquer des souvenirs de son enfance, ou encore de parler des séances passées. Il est cependant difficile de maintenir son attention. En effet, Michel est assujetti à des hallucinations d'ordre visuel, voire auditive. Il peut être en proie à des boucles cognitives répétitives. Il est parfois difficile de le suivre ou le comprendre dans ces moments là. Il est même parfois impossible de l'interrompre. Ce fonctionnement impacte beaucoup sa relation avec ses pairs, et notamment avec les encadrants.

• Comportement et capacités relationnelles :

Ses troubles du comportement ont une réelle incidence sur la vie au sein de l'unité. Michel exprime régulièrement son mécontentement, ses frustrations et ses émotions par des cris et des conduites hétéro-agressives. « *C'est-à-dire tournées vers le monde extérieur et/ou imposant un dommage à l'autre* » (LAFFARGUE, 2016, p.15). Celles-ci concerne les résidents et parfois les encadrants, voir même des personnes qu'il ne connait pas (passants dans la rue, familles des autres résidents,...).

Cela se traduit de manière physique (coup, griffures,...) et verbale (insultes). Ces troubles du comportement devenant beaucoup trop envahissants, un protocole de retrait en chambre a été mis en place par l'équipe encadrante et des horaires de sortie on été aménagés, le soir, pour que Michel puisse se balader dans l'établissement sans croiser les autres résidents.

Aux dires des soignants et de la psychomotricienne, Michel était très proche de sa mère. Leur relation était très fusionnelle. Son décès semble avoir bousculé de nombreuses choses chez Michel. L'équipe a notamment constaté une régression dans ses capacités cognitives (ses paroles sont de plus en plus incohérentes, elles traitent des mêmes sujets,...) et une augmentation des troubles du comportement. Cette information m'a questionnée sur la manière dont Michel a compris et vécu ce deuil. Ces éléments, en lien avec ceux cités précédemment, m'ont interrogée. Premièrement, Michel, de part le décès de sa mère, serait-il entré dans une forme de crise existentielle dont il ne se serait finalement pas sorti ? Si oui, est ce que cette crise aurait eu un impact sur son identité qui se traduit de manière corporelle ? Deuxièmement, est ce que le décès de sa mère aurait entrainé une dé-fusion/une séparation si violente qu'elle aurait entrainé un accroissement des symptômes présentés ci-dessus ?

Pour résumer, Michel a de nombreuses compétences qu'il sait mettre à profit dans son quotidien. Il est relativement autonome dans les actes de la vie quotidienne. Mais ses troubles du comportement viennent souvent faire irruption, de manière imprévisible la plupart du temps. Tout ceci à un impact sur l'ambiance générale au sein de l'unité qui semble dans une forme d'hypervigilance. Chez les encadrants, cette hypervigilance se traduit par un épuisement professionnel, parfois des mises en arrêt de travail, voir des passages à l'acte. Chez les résidents, cette hypervigilance se traduit part des stratégies d'évitement et des postures de replis face à Michel (hypertonie des membres supérieurs en flexion, abaissement de la tête,...).

Le vieillissement se traduit chez Michel par un ralentissement moteur global ainsi qu'un déclin au niveau cognitif et relationnel. Michel présente une structure psychocorporelle déficitaire qui se reflète par des difficultés identificatoires. Le psychomotricien va pouvoir agir sur ces problématiques identitaires vieillissantes, notamment dans le soutien à son identité psychocorporelle.

2.3. Première rencontre

Je rencontre Michel dès mon premier jour de stage. Comme évoqué précédemment, il bénéficie déjà d'une prise en charge en psychomotricité. J'assiste donc à l'une de ses séances en compagnie de la psychomotricienne de l'établissement (que nous nommerons Marie dans la suite de cet écrit). La séance se déroule en salle Snoezelen® [ANNEXE 4].

Marie me décrit un homme imprévisible quant à ses troubles du comportement et peut se montrer agressif lorsqu'il est confronté au changement ou à l'inconnu. Elle m'indique donc de rester en retrait pour cette première séance et de ne pas entrer en contact avec lui pour l'instant. Marie me présente à Michel, il accepte ma présence. La séance se déroule normalement, Michel semble investir ce moment avec plaisir. Au moment de quitter la salle, Michel nous lance une insulte avant de s'excuser en suivant.

2.4. La prise en charge psychomotrice

Comme précisé plus haut, Michel bénéficie de deux séances de psychomotricité par semaine. Cette prise en charge avait été initiée en Septembre 2019 par la psychomotricienne présente avant la prise de poste de Marie. Elle a fait le choix de poursuivre cette prise en charge au départ de l'ancienne psychomotricienne.

2.4.1. Objectifs de prise en charge et médiations

La prise charge psychomotrice de Michel se base sur différents objectifs adaptés à ses besoins. Un travail autour de son enveloppe corporelle constitue le premier objectif de cette prise en charge. En effet, comme évoqué précédemment, Michel semble présenter des failles dans la construction de son enveloppe. Elle semble fragile, friable, discontinue. Cette particularité de l'enveloppe chez Michel me fait penser au Moi-passoire décrit par Didier ANZIEU.

Le **Moi-passoire** constitue l'une des deux angoisses retrouvées lorsque que l'enveloppe ne tient pas ce rôle de contenant. Le Moipassoire se définit lorsque que l'enveloppe est discontinue, où des angoisses de vidages s'exprime notamment. (PAILLER, 2006, p.89).

Cela se traduit dans le quotidien de Michel par un **sentiment d'insécurité** qui l'oblige à être dans un état de vigilance permanent. Le moindre geste ou parole trop brusque à sa vue entraine de réactions non-adaptées qui se traduisent par de l'agressivité. Accompagner Michel dans la structuration de son enveloppe corporelle, de son vécu, ses ressentis ont pour but de l'aider à investir son corps comme une unité psychocorporelle sécure.

Dans cette prise en charge, un travail au niveau relationnel est aussi envisagé lors des séances de psychomotricité. En effet, les réflexions que j'ai pu soulever dans ce contexte de relation fusionnelle avec sa mère m'ont alors amenée à questionner la construction et la relation d'objet chez Michel. Considère-t-il l'autre, et par la même occasion lui-même, comme un objet à part entière, distinct des autres ?

En prenant en compte ces objectifs, il a été choisi de proposer deux types de médiations dans le cadre de la prise en charge psychomotrice de Michel : le toucher thérapeutique et la méditation pleine conscience. Ces médiations sont organisées en deux temps.

• Le toucher thérapeutique :

Dans un premier temps, la première médiation utilisée est le toucher thérapeutique. Dans le cadre de la prise en charge de Michel, il s'agit plus précisément d'un **toucher-massage** au niveau des membres inférieurs (demi-jambes et pieds). Il se fait en contact direct avec la peau. Une huile de massage à l'arnica est utilisée. Une musique issue d'une application spécialisée, Méditopia®,

Méditopia® est une application payante qui propose des séances de méditation pleine conscience et des musiques de relaxation adaptée par des professionnel(le)s.

accompagne et rythme ce temps de toucher-massage. Il dure une vingtaine de minutes environs.

Le toucher est le premier sens à apparaître (dès la 8ème semaine de gestation) et le dernier à disparaître. Il constitue un acte fondateur dans le développement du sujet. La peau, organe du toucher, va recevoir toutes les afférences issues de ce sens. Ici, le choix de prodiguer un toucher-massage uniquement au niveau des membres inférieurs a été émis d'abord par Michel. Il a plusieurs fois refusé de le compléter avec un toucher-massage sur le reste du corps, dans le but de marquer son unicité corporelle.

Le toucher-massage va avoir plusieurs bienfaits. Il va apporter, entre autre, de la détente, un relâchement musculaire, une diminution du stress,... Du point de vue de la psychomotricité, le toucher-massage va venir accompagner le sujet dans son vécu corporel. Il va permettre de se rendre compte de ses sensations corporelles. Le psychomotricien va avoir pour rôle d'être dans une écoute active de ses sensations par les différentes réactions et attitudes qu'elles peuvent amener chez le patient (hypertonie, hypotonie, spasmes, douleur, apaisement,...), donc dans leur régulation tonico-émotionnelle. Le tout est de pouvoir adapter le contact aux besoins et aux réactions du patient (plus ou moins fort, plus ou moins lent,...).

Ce type de médiation, de part la proximité physique et relationnelle qu'elle implique, demande inévitablement d'être attentif à la **qualité du contact**. En effet, la manière dont il va être donné va venir conditionner la suite de la séance et va impacter directement la relation. Le toucher implique une certaine réciprocité, on ne peut pas toucher sans être touché. Il va créer un lien à la fois physique (palpable) et psychique. Le but étant que ce toucher soit vécu de manière **structurante et organisatrice** pour le patient.

Questionnement en cours de prise en charge : en prenant du recul sur cette prise en charge, il m'est apparu une dissonance quant l'utilisation de la médiation Toucher pour Michel. En effet, sur le long terme, un massage uniquement sur les membres inférieurs, en ne prenant pas en compte le reste du corps ne serait pas bénéfique pour lui. Le but de cette médiation étant de lui apporter un sentiment de réunification de son enveloppe corporelle et donc d'unité psychocorporelle.

Cette médiation ne vient pas seule. Elle va être soutenue par le cadre thérapeutique posé par le psychomotricien.

• La méditation pleine conscience :

Dans un second temps, la psychomotricienne choisit une **méditation pleine conscience** sur l'application citée précédemment. Les méditations proposées sont sur différents thèmes tels que le bonheur, les regrets, les souvenirs, la patience,... Marie lit le petit résumé associé à la méditation du jour puis lance la méditation qui dure entre 10 et 15 minutes. Pendant celle-ci, Marie continue le toucher-massage au niveau des membres inférieurs.

La pleine conscience (*Mindfulness* en anglais) se définit comme étant « *la conscience qui se manifeste lorsque l'on porte attention intentionnellement et de manière non-jugeante sur l'expérience du moment présent* ». Initiée par Jon KABAT-ZINN, la pleine conscience consiste à mettre en avant le sujet comme acteur de son corps et de ses sensations tout en l'aidant à porter son attention sur les différents stimuli présents autour de lui (les sensations corporelles, les pensées, les émotions, les sons issu de l'environnement autour de lui,...). Le sujet expérimente le moment présent et se doit d'être au maximum dans le non-jugement. Tous ces aspects vont pouvoir (éventuellement) amener le sujet vers un lâcher-prise.

La méditation pleine conscience est une médiation utilisée en psychomotricité qui nécessite une pratique personnelle longue avant de pouvoir être proposé en séance. Dans le cas de Michel, et pour des choix personnels de la part de la psychomotricienne, la méditation est menée par l'application car il est compliqué et énergivore d'assurer à la fois l'accompagnement dans la méditation et un toucher-massage de qualité.

2.4.2. Une séance-type

Les séances de psychomotricité durent 45 minutes et se déroulent toujours de la même manière. Tout d'abord la psychomotricienne va chercher Michel sur son unité et prend un temps avec lui avant de partir en direction de la salle Snoezelen®. Il emmène

toujours avec lui son plaid et un mouchoir en tissu qu'il tient fermement dans sa main. Ceci me rappelle la notion d'objet transitionnel théorisé par Donald WINNICOTT, qui viennent renforcer de nouveau les questionnements sur ce manque de sécurité interne chez Michel et d'individuation. La psychomotricienne prend Michel par un bras et il tient le plaid dans l'autre pour ne pas être tenté d'agresser quelqu'un sur son passage.

correspond à objet choisit et utilisé par l'enfant pour faire face aux angoisses de séparation et ainsi lui permettre d'accéder, au cours de son développement

L'objet transitionnel

psychique, à ce sentiment d'unicité. L'objet accompagne cette transition.

Michel ouvre lui-même la salle avec la clé. Il s'installe sur le matelas à eau, enlève ses chaussures puis ses chaussettes et remonte son pantalon jusqu'au niveau des genoux. Les pieds sont en dehors du matelas pour que Marie puisse s'installer à ses pieds pour effectuer le toucher-massage.

Il s'allonge avec beaucoup de raideur au niveau du tronc. Marie lui installe une couverture lestée sur tout le corps, puis son plaid par dessus et couvre son visage. Michel se saisit des fibres optiques allumées qu'il porte au niveau de son visage (elles entourent sa tête) et les maintient avec sa main.

Michel est en proie à des hallucinations visuelles. Il décrit par moment qu'un homme l'observe et est source d'angoisse pour lui. Poser la couverture sur son visage est un moyen de couper ce contact visuel et ainsi permettre de diminuer l'angoisse.

Comme décrit ci-dessus, un premier temps est consacré au toucher-massage accompagné d'une musique. Puis dans un second temps, une méditation pleine conscience lui ait proposée tout en continuant le toucher-massage. Une fois la méditation terminée, la psychomotricienne prend un temps près de Michel pour un état des lieux de ses sensations, ses ressentis et son état du moment. Michel prend un temps pour se relever du fait de sa lenteur psychomotrice. Il effectue des étirements et il remet seul ses chaussettes et ses chaussures avant de quitter la salle pour rejoindre son unité.

2.4.3. Déroulement de la prise en charge

J'ai tenu un rôle d'observateur sur la prise en charge de Michel pendant les premiers mois de mon stage. Cela m'a permis de comprendre la manière dont Marie accueille Michel, s'adapte à lui, l'accompagne dans ses paroles et ses gestes, les techniques et gestes utilisés lors du toucher-massage,... J'ai pu m'imprégner de tous ces détails essentiels. A partir du mois de Janvier, Marie m'a invitée à m'inclure plus concrètement dans la séance en me proposant de prendre en charge le second temps de toucher-massage. Elle a bien évidemment proposé cette idée à Michel qui a accepté.

Le temps que Marie lui lise le résumé de la méditation du jour, je me suis installée au niveau de ses pieds et me suis préparée. J'ai commencé avec une certaine appréhension quant aux réactions de Michel. Etant réticent à tout changement, je craignais des réactions agressives de sa part. Finalement, la séance s'est très bien déroulée. J'ai pris confiance en mes gestes et Michel y était très réceptif. Il m'a même remercié à la fin de la séance.

Dans le déroulé des séances, différents enjeux, questionnements et hypothèses me sont apparu sur la manière dont Michel vit son corps, de se positionner dans la relation et de se considérer lui-même et l'autre comme des êtres à part entière et distincts.

Michel investit bien les propositions faites en séance de psychomotricité. Elles sont sources de détente et d'apaisement pour lui. J'ai pu cependant constater que cette détente n'était pas conduite dans le temps. En effet, dès que la séance se termine, Michel commence de nouveau à s'agiter. Cette agitation se traduit le plus souvent par des

logorrhées. Il ressasse continuellement sur les mêmes sujets et les mêmes phrases. Il donne l'impression d'une tension interne qu'il exprime par ces flots de paroles. Ces réactions m'ont donc amenée à m'interroger sur cette incapacité à faire perdurer les bienfaits de la séance en dehors de celle-ci.

Une **logorrhée** est un trouble du langage caractérisé par un flot de paroles, incoercible et rapide

Michel, de part ses différentes réactions dans le cadre de son quotidien et pendant les séances de psychomotricité m'amène à penser qu'il a un certain manque de sécurité interne. Cette insécurité semble omniprésente dans son quotidien et a conduit Michel à développer des stratégies de défense pour compenser. Cela m'a également questionnée sur la solidité et la fiabilité de son enveloppe corporelle.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce manque de sécurité interne pourrait être dû à un défaut dans la construction de son enveloppe corporelle. Ne remplissant pas sa fonction contenante et de pare-excitation, Michel a dû adapter son comportement pour ne pas se laisser envahir par le monde environnant. Certaines personnes l'expriment par un repli sur soi ou l'isolement. Dans le cas de Michel, cela s'exprime par de l'agressivité. Nous pourrions aller plus loin en évoquant cette relation fusionnelle avec sa mère qui aurait peut être joué un rôle dans ce défaut de séparation. L'absence du père comme tiers séparateur a probablement favorisé ce maintien relationnel. De plus, Michel a vécu dans une famille régit sous un fonctionnement matriarcal. En effet, la figure féminine a pris une place prépondérante dans son éducation. Si la différenciation avec le corps de la mère, au moment où l'enfant commence à ne plus considérer le corps maternel comme une continuité de son propre corps mais plutôt comme un objet entier distinct de lui-même, n'a pas pu s'effectuer. Alors nous pouvons retrouver des problématiques de différenciation, ce qui tient du soi et du non-soi... Et donc, par extension, nous questionner sur d'éventuelles problématiques dans la structuration de son identité psychocorporelle et de sa conscience de soi.

Bien sûr cela reste des hypothèses, mais le fait est qu'aujourd'hui cette insécurité interne perdure et impacte son rapport au monde.

Nous pouvons mettre en avant les apports du cadre thérapeutique proposé en séance de psychomotricité. Ce cadre stable et sécurisant semble compenser ce manque de sécurité interne et ainsi permettre à Michel de baisser ses niveaux de vigilance. Par conséquent, Michel va pouvoir se rendre plus disponible aux propositions faites par la psychomotricienne. Marie joue également ce rôle de figure stable et maternante (en plus d'être une figure féminine). Michel l'identifie comme celle qui prend soin de lui et donc l'associe à l'apaisement, au plaisir et à la détente.

Ici, le toucher-massage va pouvoir apporter une nouvelle façon pour Michel d'éprouver son enveloppe corporelle et ses sensations. Associé à quelque chose d'agréable, Michel peut avoir accès à une forme de vécu corporel qui devient source de plaisir et d'apaisement.

Un aspect m'a particulièrement interpellée, notamment lors de la lecture du projet personnalisé de Michel. En effet, les troubles du comportement ressortent dans chaque aspect de sa vie. Il me semble ne voir que ça de la personnalité de Michel. Ce regard sur lui est venu en contradiction avec l'avis que j'ai pu me faire lors des séances de psychomotricité. Cela me donne l'impression qu'on me décrit deux personnes différentes.

En questionnant Marie et l'équipe, il m'est apparu que le cadre thérapeutique instauré dans les séances de psychomotricité faisait figure d'exception par rapport à la manière dont Michel se comporte dans son quotidien. En effet, j'ai pu voir un homme, certes agité, mais je n'ai jamais constaté d'agressivité de sa part, qu'elle soit exprimée de manière implicite ou explicite. Le cadre thérapeutique proposé et assuré par la psychomotricienne fait office de point de repère pour Michel. En effet, un cadre physique et psychique clair et bien établit apporte une contenance, une nouvelle enveloppe essentielle à Michel. Il semble favoriser ce sentiment de sécurité. Couplé aux médiations, les séances de psychomotricité fournissent une « bulle sensorielle » où Michel semble se retrouver pleinement.

Aujourd'hui, Michel s'est saisi pleinement du cadre. Cela se traduit par une bonne disponibilité dans les propositions faites dans le toucher-massage ou dans les méditations choisies. Michel est capable de totalement se saisir du sujet abordé dans les méditations et d'élaborer des choses autour de ce sujet. Il aime beaucoup raconter des souvenirs que ça lui évoque ou même de faire du lien avec ce qu'il vit sur le FAM. Il lui arrive régulièrement de répéter des mots issus des méditations qu'il a appréciées et qui font sens chez lui.

Lors d'une méditation sur le thème du « rêve », Michel répondait aux questions posées par la femme qui dictait la méditation. Il va même jusqu'à dire : « ça m'empêche de rêver lorsque je tape sur les autres résidents ».

Ces paroles montrent que Michel à une certaine conscience de cette agressivité et des conséquences qu'elles peuvent engendrer aussi bien sur le plan physique que psychologique.

Malheureusement, la permanence de cette détente ne dure pas dans le temps et s'efface dès la fin de la séance de psychomotricité. Michel n'est pas capable de transposer les bienfaits des séances dans le temps ou dans la gestion de son comportement dans sa vie sur le FAM. Les comportements agressifs restent son moyen

de défense face à ce défaut de sécurité interne. Ces aspects constituent une limite dans la prise en charge psychomotrice de Michel.

A une exception, le seul moment où Michel est capable de s'accorder des instants d'apaisement est lorsqu'il est seul dans la chambre en écoutant de la musique classique. On retrouve ici l'aspect contenant et apaisant d'un espace clos et familier et de la musique.

2.5. Conclusion

Le toucher-massage ainsi que la médiation semblent être investi par Michel et sont source d'apaisement pour lui. Bien sûr, la détente n'étant pas le but premier de cette prise en charge psychomotrice, je continue à me questionner sur la suite qu'il serait possible d'envisager pour lui. Dans le but de lui permettre d'accéder ce sentiment d'unicité tout en soutenant sa structuration psychocorporelle. Afin de rassembler ses membres inférieurs au reste du corps, il serait possible de continuer un touchermassage ou alors avec l'utilisation d'un objet médiateur sur le reste du corps. Cette réflexion pourrait être abordée en séance lorsqu'elle sera accessible pour Michel.

Avoir pu être incluse dans la prise en charge psychomotrice de Michel m'a permit d'appréhender pour la première fois la place du psychomotricien auprès d'adulte handicapé vieillissant. La qualité du contact, l'approche adaptée, la relation soignant-soigné, le cadre thérapeutique... forment un ensemble nécessaire au bon fonctionnement de toute médiation. Tout cela demande une pratique personnelle et une qualité de présence et d'écoute importante pour ne pas les négliger.

Pouvoir faire du lien entre la structuration psychocorporelle et l'identité chez Michel à été très enrichissant pour moi. Etablir des liens théorico-cliniques, amener des réflexions, construire des hypothèses,... ont été un formidable exercice clinique, et un riche support pour développer cet écrit.

3. Cindy

3.1. Anamnèse et parcours institutionnel

Cindy est née le 26 mars 1975. Elle est donc âgée de 46 ans. Cindy a été adoptée par sa tante maternelle lorsqu'elle était enfant. Elle la considère comme sa mère. Cindy à deux sœurs plus âgées, dont une qui est aujourd'hui sa tutrice légale. Sa tante étant très âgée, elle n'est plus capable de subvenir aux besoins de Cindy.

Cindy a connu sa première entrée institutionnelle en Institut Médico-Educatif (IME) en 1981. Elle avait alors 6 ans. Elle y restera jusqu'en 1996, puis ira en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de 1996 à 1999. Enfin, elle entrera au FAM dès son ouverture en 1999. Cindy est hébergée au sein de l'unité 1.

Jusqu'en 2019, Cindy rentrait tous les weekends chez sa tante. Avec la crise sanitaire, le nombre de sortie le weekend s'est réduit à deux fois par mois puis elle est entrée en internat complet depuis l'été 2020. Le confinement et la crise sanitaire sont source d'angoisse pour sa tante qui refuse de prendre Cindy en weekend pour ne pas prendre de risque. Depuis ce jour, sa tante appelle l'unité tous les jours. Ces appels devenant trop envahissants pour l'équipe, et ne concernant pas toujours Cindy, un protocole à été mis en place pour répondre à ces appels.

Cindy semble être dans une relation très fusionnelle avec sa tante. Cela peut nous questionner sur les notions de séparation et de différenciation et leur intégration chez Cindy.

Cindy est porteuse d'un plurihandicap. Elle a une déficience intellectuelle modérée associée à des handicaps sensoriels (*nous les décrirons plus loin*). Une scoliose à également été diagnostiquée et est surveillée à l'heure actuelle. Elle bénéficie aujourd'hui d'une prise en charge en kinésithérapie deux fois par semaine.

3.2. Première rencontre

Je rencontre Cindy pour la première fois lorsque je me suis rendue au sein de son unité, en compagnie de Marie, pour discuter avec l'équipe encadrante. Elle s'est dirigée vers moi pour me saluer. Elle m'a prise par le bras et m'a amenée vers la table pour que je m'asseye à ses côtés. Elle me montre les objets qu'elle manipulait et me les donne pour que je puisse les manipuler à mon tour.

Au moment où j'ai rencontré Cindy, j'étais en recherche d'une étude de cas pour compléter ce mémoire. Mon sujet de mémoire abordant les personnes handicapées vieillissantes, le cas de Cindy semblait propice à ce sujet. En questionnant Marie, elle m'indique que Cindy n'a pas de suivi en psychomotricité. Elle me fait part de certaines difficultés que rencontre Cindy sur le plan sensori-moteur, notamment dû aux premiers signes du vieillissement qui se sont manifestés.

Marie m'encourage donc à proposer une évaluation psychomotrice afin d'appréhender les acquis et les difficultés de Cindy. Dans le but éventuel de proposer une prise en charge psychomotrice adaptée à ses besoins, tout en faisant du lien avec mon sujet de mémoire.

3.3. L'évaluation psychomotrice

Un premier bilan psychomoteur avait été effectué en avril 2013 par la psychomotricienne en poste sur l'établissement. Il faisait état de difficultés dans l'acquisition de la marche qui se traduisent par des troubles dans la locomotion, un fort déséquilibre ainsi qu'une défaillance dans son ajustement tonico-émotionnel en lien avec ses handicaps sensoriels.

Avec l'accord de l'équipe encadrante et soutenue par Marie, j'ai proposé d'effectuer une nouvelle évaluation psychomotrice. Elle a débuté d'abord par une matinée d'observation au cours de laquelle j'ai eu l'occasion de suivre Cindy dans son quotidien au sein de son unité. J'ai pu assister à son petit-déjeuner, sa toilette, son habillage, ses activités ainsi que le déjeuner. J'ai également pu questionner l'équipe encadrante sur la manière dont Cindy se comporte, se déplace dans son environnement,

entre en interaction, etc. Pouvoir observer et suivre Cindy sur cette matinée m'a permis de mieux appréhender sa manière de se comporter et de vivre son corps dans son quotidien.

Dans un second temps, j'ai proposé à Cindy de m'accompagner en salle de psychomotricité afin de réaliser différentes activités. Au travers d'un parcours psychomoteur ainsi que des manipulations de différents objets sensoriels, j'ai tenté de faire état des compétences psychomotrices de Cindy. A la suite de cette évaluation et en me basant sur mes observations, j'ai pu faire une synthèse.

• <u>Tonus</u> :

Au repos, je note une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique. Cindy est en cyphose dorsale et le regard est dirigé vers le sol. Les membres supérieurs sont fléchis sur le tronc. Au niveau postural, Cindy présente un clivage entre le haut et le bas de son corps. Elle semble dans une posture de rassemblement.

J'observe également un défaut dans la régulation tonique et tonico-posturale. Lorsque je tiens Cindy d'une seule main, pendant le parcours, elle semble totalement désorganisée. L'activité tonique est très forte. Mais dès lors que qu'elle tient mes deux mains, un accordage tonique se crée entre elle et moi. Cela a pour effet d'occulter cette hypertonie. Ainsi, le haut et le bas du corps se régule de manière plus adaptée.

Ces éléments mettent en évidence un défaut dans la dissociation entre sa droite et sa gauche, mais aussi entre le haut et le bas de son corps. Cette asymétrie posturale implique un soutien physique pour accéder à une régulation tonique adaptée. Ces éléments m'ont également questionnée sur l'intégration de son axe corporel et de son enveloppe corporelle.

• Motricité et équilibre :

Le corps de Cindy me donne l'impression de ne « pas être solide ». Ces fortes réactions toniques semblent nourrir un sentiment d'insécurité. *Nous pouvons nous questionner sur un manque dans le développement sécure de son enveloppe en lien avec une mauvaise intégration de son axe corporel*. Cependant, Cindy a su trouver des stratégies d'adaptation afin de rendre cet axe plus solide lors de certains mouvements comme regrouper ses genoux lorsqu'elle veut s'asseoir.

Cindy se déplace avec un déambulateur à 4 roues, sur l'unité et en extérieur. Mais il semblerait que sur le plan anatomo-locomoteur, Cindy n'ait pas besoin de cette aide lors de la marche. Elle peut tout à fait l'abandonner et se déplacer sans. La marche sans le déambulateur est correcte et adaptée. Elle peut se saisir d'objets tout en marchant dans la salle. Elle peut se pencher en avant sans problème.

Il semblerait que cette aide matérielle lui offre un soutien dans son organisation qui est peu sécure. Elle peut se permettre d'abandonner cette aide matérielle lorsque le soignant lui offre un cadre sécurisant avec un portage et une contenance.

L'équilibre statique est bon chez Cindy. Mais dès lors que cet équilibre est bousculé, la recherche de stabilité est laborieuse et source d'une grande désorganisation pour elle. Son réajustement tonico-postural semble lui faire défaut. Son regard s'horizontalise et elle a tendance à rechercher des appuis sur le côté droit de son corps. Lors du passage d'obstacles, elle recherche ses appuis et son équilibre par tâtonnements avec ses pieds. Encore une fois, Cindy a su trouver des stratégies d'adaptations qui lui permettent de palier à une défaillance dans la construction de son axe et de son unité psychocorporelle.

• Schéma corporel et image du corps :

Cindy est capable de me montrer les parties de son corps lorsque je les nomme. Mais elle n'est pas capable de les nommer elle-même. En ce qui concerne image qu'elle a son corps, cette dernière me questionne quant à l'impact des handicaps sensoriels sur celle-ci. N'investissant que très peu ses sens, je me questionne sur la manière dont Cindy investit ce corps qui est le sien.

• Sensorialité:

Cindy est monophtalme. Elle présente une cécité complète de l'œil gauche avec un risque inflammatoire important qui est surveillé. Son œil droit présente quelques difficultés mais il est fonctionnel. La vision de Cindy est focale, elle peut percevoir son environnement et reconnaitre des visages familiers. Cependant, aucune stimulation de son champ de vision périphérique n'a retenu son attention.

Au niveau auditif, Cindy ne semble pas entravée. Elle répond à son prénom et est sensible aux différents objets sonores que j'ai pu lui présenter. *Il est notifié dans son* dossier qu'elle est sourde. N'ayant pas eu connaissance d'un bilan ORL, je pense qu'il aurait été pertinent d'effectuer un bilan afin de savoir où se situe Cindy par rapport à cette surdité.

J'observe une hypersensibilité au toucher chez Cindy. Les différents objets sensoriels impliquant le sens du tact ne sont pas investi, ou alors très peu (brosse, balle picots,...). Elle ne s'en saisit que quelques secondes puis les jettent. Lorsque je lui repropose ces objets, elle m'exprime son opposition (verbalement et physiquement). Cette sensibilité se retrouve aussi dans sa vie quotidienne par de fortes réactions tonicoposturales. Par exemple, lorsque je lui touche l'épaule sans qu'elle ait forcément eu le temps de voir ma main s'approchée d'elle, une forte réaction tonique se met en place (elle sursaute). Son enveloppe corporelle semble être agressée.

• Espace et temps :

Cindy est bien repérée dans son espace. J'ai pu observer qu'elle marque un temps d'arrêt à chaque passage de seuil (porte, sol, obstacles). Elle les passe avec beaucoup de prudence. Cet aspect vient de nouveau questionner l'intégration de ses limites corporelles et ce qui est de l'ordre du dedans/dehors. Cindy est également bien repérée dans le temps. Elle tient un calendrier et un agenda qu'elle met à jour régulièrement.

• Compétences cognitives :

L'attention de Cindy est labile, elle est facilement happée par des stimulations extérieures. Il est parfois difficile de l'aider à se recentrer. *Cela m'évoque un défaut de pare-excitation*. Cindy à intégrer le lien de cause à effet. Elle l'expérimente corporellement sur le parcours avec le gros ballon (recherche de sensations vestibulaires) mais aussi dans l'exploration des objets (tourner le loquet de la boîte à musique).

• Communication et capacités relationnelles :

Cindy possède de bonnes qualités de communication verbale et non-verbale. Elle sait exprimer une demande et se faire comprendre par des mots simples et des gestes. Elle sait exprimer son opposition. Elle peut dire oui et non distinctement et peut aussi les exprimer corporellement (fait le signe du non avec l'index).

Lorsque que Cindy exprime ses émotions, elle semble constamment prise dans un « trop-plein » émotionnel qui se manifeste le plus souvent par des cris. Elle ne semble pas en capacité d'assimiler ses trop-pleins et donne cette impression d'être intrusée en permanence. Ces trop-pleins semblent l'envahir et me questionnent d'avantage sur la fiabilité de son enveloppe corporelle.

Cindy est en recherche de proximité physique. Cela semble être source de contenance et de réassurance pour elle. Ce besoin de contact physique semble créer un prolongement d'elle-même et une manière de la soutenir corporellement et psychiquement. Ce besoin d'étayage met en lumière chez Cindy un défaut d'unification et donc, par conséquent un défaut dans sa construction identitaire.

Pour conclure sur cette synthèse, Cindy semble présenter des failles dans son développement psychomoteur. Son axe corporel et son enveloppe corporelle ne sont pas intégrés et cela se traduit par un grand sentiment d'insécurité qui touche tous les aspects de sa vie. Bien qu'elle ait réussi à trouver des stratégies d'adaptations (points d'appuis, déambulateur,...) pour palier à ce manque d'intégration, ce sentiment d'insécurité reste présent et impacte la façon dont Cindy vit son corps au quotidien. Les signes du vieillissement chez Cindy se traduisent par un ralentissement moteur global et une altération de ses compétences sensorielles qui se surajoutent à des handicaps sensoriels déjà présents.

Une prise en charge individuelle en psychomotricité serait donc adaptée pour Cindy en lui proposant un étayage dans les activités motrices et sensorielles. Cet étayage lui permettra d'acquérir un sentiment de sécurité interne et la guidera vers plus d'autonomisation.

3.4. La prise en charge psychomotrice

La prise en charge psychomotrice de Cindy débute au mois de mars. Je la vois tous les vendredi matin à 9h15. Cet accompagnement repose sur différents objectifs :

- Accompagner et soutenir Cindy dans la construction de son enveloppe corporelle en privilégiant des contacts contenants. Pour ainsi lui permettre de prendre confiance en elle et renforcer ce sentiment de sécurité interne.
- Permettre à Cindy de porter son attention sur ses sensations, d'investir son corps et sa structuration, en lien avec son schéma corporel et son image du corps.
- Accompagner et étayer Cindy dans une meilleure régulation tonico-émotionnelle par le biais d'expériences motrices et sensori-motrice.

3.4.1. Déroulement de la prise en charge

Ici, je vais décrire le déroulement des séances tel qu'il est au moment où je rédige ce texte. Bien sûr, cet enchaînement a demandé un temps d'adaptation et des ajustements qui sont décrits dans la partie suivante (3.4.2).

J'ai fais le choix de proposer à Cindy un déroulé de séance qui soit fixe dans le temps, sous de forme de rituel. Chaque séance se découpe en quatre temps :

- **1. Un temps d'accueil** : je vais la rejoindre sur son unité, nous échangeons un peu, j'essaye de comprendre son humeur du moment et lui propose ensuite de l'accompagner en salle de psychomotricité.
- **2. Un temps dynamique/moteur** : je lui propose toujours un exercice où le corps est mis en jeu, sous forme de parcours psychomoteur.

L'objectif principal sur le parcours psychomoteur est de permettre à Cindy de travailler son équilibre statique et dynamique, sur ses appuis et dans sa régulation tonico-posturale. J'ai donc intégré différents types d'obstacles (franchissement, enjambement,...) avec des sols de différentes textures (dur, mou,...). La variation de ces obstacles a pour but de permettre à Cindy de prendre confiance en ses appuis, tout en la guidant physiquement (si besoin) et verbalement. En effet, Cindy est très sensible aux encouragements et à la prosodie de ma voix. J'adopte une forme de « théâtralisation » en commentant tout ce qu'elle peut faire. Je décris tout ce qu'il se passe autour d'elle, verbalise les bruits ou les personnes qui peuvent surgir dans le cadre de la séance,... J'ai ce rôle de l'accompagner dans ces moments d'inattention, je lui verbalise pour qu'elle puisse l'identifier rapidement et pouvoir passer à autre chose (il lui arrive souvent de

rester bloqué sur des stimulations sans pouvoir y donner d'image ou de représentation). Ce bain de parole a pour but de lui être contenant et sécurisant.

3. Un temps calme sous forme de relaxation.

La relaxation est un terme plurivoque, c'est-àdire composé de plusieurs sens en fonction du contexte où il est abordé. Elle se définit comme étant une « pratique psychosomatique qui consiste à induire chez le sujet, par différents procédés, un état de relâchement musculaire plus ou moins important et une modification de l'état et du niveau de la conscience plus ou moins

L'approche
psychosomatique aborde
le lien entre les troubles
d'origine physique et les
causes psychiques. En
psychomotricité, cette
approche a notamment été
abordée par SAMI-ALI.

profond » (BASTE, 2020, p.9). La relaxation induit à la fois un relâchement physique et psychique. Il existe différentes méthodes développées par des auteurs comme Edmund JACOBSON avec sa relaxation active, Johannes SCHULTZ avec son training autogène ou encore Michel SAPIR avec sa relaxation par induction verbale.

La psychomotricité va pouvoir s'inspirer de ses méthodes dans le cadre de prises en charge. Bien sûr, il convient d'être informé et formé sur les méthodes utilisées car certaines ont des spécificités et ne vont pas correspondre à tous les publics. Dans le cadre de la psychomotricité, la relaxation va faire office de médiateur thérapeutique. Elle va avoir différents objectifs dont certains m'ont paru cohérents dans la prise en charge de Cindy:

- La relaxation, par l'apaisement et le relâchement qu'elle apporte, va favoriser la régulation tonico-émotionnelle.
- En favorisant son mieux-être psychocorporel, la relaxation va guider la personne dans son vécu corporel et l'aider à porter son attention sur ses sensations. C'est par ce biais que le sujet va pouvoir entrer dans un réinvestissement de son corps.
- La relaxation va apporter une guidance et proposer des sensations corporelles (re)structurantes.

Dans le cas de Cindy, je n'ai pas proposé de méthode en particulier mais plutôt un cadre thérapeutique source d'apaisement. Dans ce cadre, j'ai inclus de la **musique** et du **toucher thérapeutique**. Le toucher étant une modalité sensorielle sensible chez Cindy, je lui ai donc proposé de faire ce toucher sur ses vêtements et également en utilisant un

médiateur matériel (ici un ballon). Ainsi, le contact direct avec la peau est mis de côté afin de pas l'envahir.

4. Un temps de reprise : Elle prend un temps pour se relever. Je prends un moment pour lui demander comme elle va, puis l'accompagne pour le retour sur son unité. Nous convenons de la prochaine séance et j'informe l'équipe encadrante.

Ce programme a pour but de proposer un rituel, source de stabilité et donc, de sécurité. De plus, le passage entre ces différents temps amène Cindy à mieux réguler son tonus, notamment dans le passage du temps dynamique et au temps calme. Bien sûr, les propositions faites sont adaptées à Cindy à l'instant T. Je prends en compte son humeur, sa fatigue, ses envies, ce qu'elle me donne à voir.

3.4.2. Les séances de psychomotricité

Entre le début de la prise en charge et le moment où j'ai rendu cet écrit, il s'est déroulé sept séances dont je vais vous décrire certains aspects qui m'ont parut important de souligner. Je ferais également état des évolutions que j'ai pu constater au cours de ces mêmes séances.

Les deux premières séances ont eu pour but d'installer **l'alliance thérapeutique**. Ce temps était nécessaire pour que nous puissions prendre confiance, qu'un rythme puisse s'instaurer, pour elle comme pour moi.

Tout en respectant son rythme, je lui ai proposé d'effectuer des parcours psychomoteurs. Elle a beaucoup appréciée ces moments où son

L'alliance thérapeutique

constitue ce lien entre le soignant et le soigné. Elle va se baser sur un engagement mutuel et permettre ainsi l'élaboration d'un projet de soin cohérent. C'est une relation de confiance réciproque essentielle au bon fonctionnement de tout travail thérapeutique.

corps est mis en jeu. Je retrouvais ce défaut de régulation tonique que j'avais constaté au moment de l'évaluation psychomotrice. Ainsi que ce besoin de me tenir fermement les mains pour réaliser le parcours. Je la sentais très peu sécure dans ses mouvements et semblait beaucoup se reposer sur mon corps pour pouvoir tenir debout. *Mon corps*

faisait office de point d'ancrage stable, chose qui manquait terriblement chez Cindy pour qu'elle puisse utiliser son propre corps comme appui.

Lors du temps calme au sol, je lui re-propose les objets sensoriels qu'elle avait pu déjà découvrir lors de l'évaluation mais elle les rejette fermement. Je lui propose alors de la musique sur le thème de la mer. Elle devient alors silencieuse, comme « hypnotisée » par la musique. Il ira même jusqu'à s'allonger sur son côté droit, en position fœtale (bras et jambes fléchies sur le tronc) pendant une dizaine de minutes. Ces deux premières séances m'ont permit de mieux cerner les goûts de Cindy et sa manière d'investir la relation et ce que je pouvais lui proposer dans chaque temps.

Plus les séances passaient, plus le dessin du déroulement des séances se précisait. C'est à partir de la cinquième séance que le contenu est devenu stable. Nous avions trouvé un rythme commun qui répondait aux envies et aux besoins de Cindy: un parcours psychomoteur axé sur l'équilibre et les appuis puis un temps de relaxation accompagné de musique, allongé au sol sur un tapis avec un coussin et une couverture [ANNEXE 5]. Le toucher thérapeutique, sur le temps de relaxation, se déroule de la manière suivante :

- Des pressions avec les mains entières tous le long du bras, de bas en haut et de haut en bas pour dessiner cette enveloppe contenante, sentir le volume de ses bras.
- 2. **Un léger pétrissage et des mouvements circulaires** avec mes doigts pour marquer une stimulation des muscles et donc un relâchement de ceux-ci.
- 3. Passage avec un **médiateur**, un ballon lisse un peu dégonflé, encore une fois pour marquer ce sentiment de contenance mais également permettre à Cindy se rendre compte de ses limites corporelles.
- 4. Des **grands éventails** (toucher-glissé) sur toutes la longueur des bras en prenant soin de monter jusqu'à l'épaule pour marquer l'attache de son bras avec le reste de son corps et descendre jusqu'au bout des doigts.

Après le passage sur chaque bras, je les mettais sous la couverture en prenant soin de bien les border, toujours dans le but de favoriser ce sentiment d'enveloppe contenante et donc de sécurité interne. Pour finir, en me servant une nouvelle fois du ballon, je retrace les contours du corps de Cindy, de la tête au pied. Ce dernier geste à pour but de permettre à Cindy de se rendre compte de l'unicité de son corps.

Au début, j'étais beaucoup dans un accompagnement verbal dans tous les gestes que je faisais. Mais je remarquais qu'au fil des séances, Cindy était accrochée par ma voix et ne semblait pas pouvoir accéder à ses sensations corporelles ou à ce que je pouvais lui proposer. Cela se ressentait dans son corps par des tensions musculaires (poings fermés, spasmes musculaires) et son regard était fixé sur moi. Avec le recul, je pense que la superposition de ma voix et de la musique devait probablement provoquer un trop-plein de stimulations chez Cindy qui se traduisait chez elle part des réactions toniques. Lors de la sixième séance, j'ai fais le choix de décrire le déroulement de la relaxation avant de commencer puis je suis restée silencieuse pendant toute la durée de la relaxation. J'ai laissé la musique combler ce silence.

Les deux dernières séances sont celles où j'ai pu constater déjà des évolutions chez Cindy. Tout d'abord, lors du parcours psychomoteur, Cindy a pu lâcher progressivement ce contact physique. En effet, elle a accepté de lâcher ce contact physique d'agrippement au profit du simple contact de ma main posée sur la partie supérieure de son dos. Cette avancée est pour moi le signe que Cindy prend peu à peu confiance en ses capacités et en ses appuis. Cette évolution met en lumière une enveloppe corporelle plus unifiée qu'il y a quelques semaines. Et donc plus solide pour affronter des obstacles. Le sentiment de sécurité interne semble prendre de plus en plus de place.

Lors de la dernière séance, un contexte de nuit agitée en lien avec des altercations entre elle et les résidents ont rendu Cindy très peu disponible lorsque je suis venue la chercher. Malgré tout, elle accepte de m'accompagner. A ma surprise lorsqu'elle investit totalement la séance, notamment le temps de relaxation. En effet, elle a accepté toutes mes propositions et pu s'en saisir. Nous avons pu faire durer ce temps, à tel point que Cindy s'est assoupie. Le retour à l'instant présent s'est fait en douceur. Cindy repart sur son unité calme et apaisée. En consultant les transmissions en début d'après-midi, une encadrante a pu me faire part de l'apaisement de Cindy durant toute la matinée. Cindy a pu se saisir des éléments qui lui ont été fournis durant la séance, elle a pu les poursuivre dans le temps et les investir dans un espace différent de celui de la séance de psychomotricité. Ce qui est très positif.

2.5. Conclusion

Cette prise en charge est un jeu constant d'adaptations avec Cindy. J'ai appris de nombreuses choses sur moi-même, sur ma manière de me positionner en même temps qu'elle évoluait. Cette prise en charge individuelle s'est révélée être très enrichissante, tant sur le plan personnel que professionnel.

Les évolutions déjà constatées à ce jour constituent un premier pas dans l'étayage de son sentiment de sécurité interne. Lui permettre de prendre toujours plus confiance en ses capacités, son équilibre, ses appuis,... Lui permettre également de pouvoir prendre appui sur sa propre enveloppe corporelle comme un point d'ancrage solide et stable est un point majeur dans l'accession à une nouvelle autonomisation et constitue une part essentiel dans l'affirmation de son identité psychocorporelle.

Conclusion

Ce mémoire de fin d'étude constitue le travail et l'aboutissement de trois années de formation en psychomotricité. Cette dernière année aura été formatrice dans ma capacité à mener mes questionnements, mes réflexions et à établir des liens théorico-cliniques. Mais également a pouvoir y trouver des réponses et/ou des solutions (ou pas parfois). Pouvoir devenir progressivement actrice dans les accompagnements psychomoteurs a été très formateur pour moi, notamment dans la manière d'aborder les personnes en situation de handicap.

C'est auprès de cette population que j'ai pu envisager ce processus physiologique qu'est le vieillissement. Encore trop peu évoqué de nos jours dans la lecture scientifique, le vieillissement chez les personnes handicapées m'a donc questionnée sur la manière dont il pouvait s'exprimer, se montrer, se traduire en chaque individu.

L'identité se base sur différents processus développementaux et va être constitutif de notions essentielles à son émergence : le sentiment d'identité, la conscience de soi, l'estime de soi,... Sous le prisme de la psychomotricité, nous abordons l'identité sous un angle psychocorporel. Cet abord de l'identité comprend donc de s'intéresser à ce lien fondamental entre le corps et l'esprit et la manière dont le psychomotricien peut s'y inscrire pour soutenir l'identité. Malheureusement, le vieillissement, de part toutes les modifications physiques et psychiques qu'il impose va venir bouleverser l'équilibre psychocorporel du sujet. Cela se traduit de différentes manières selon les personnes, et peut toucher aussi bien sur le plan physique (ralentissement psychomoteur global, fragilité osseuse, baisse des capacités sensorielles,...) que psychique (failles dans l'enveloppe corporelle, perception modifiée de l'image du corps, crise identitaire,...).

Le processus de vieillissement a donc bien un impact sur l'identité psychocorporelle du sujet handicapé vieillissant. Le psychomotricien va pouvoir, grâce à son expertise et les outils psychomoteurs à sa disposition, venir soutenir cette identité. Dans une approche psychocorporelle de l'identité, le corps constitue l'outil sur lequel le psychomotricien va pouvoir s'appuyer pour soutenir l'identité. Ce corps, socle de l'identité, de la façon de se présenter au monde, support physique d'un être vivant doué de sens, de compétences, de motricité,...

Support clinique très riche pour ce mémoire, j'ai pu, grâce à Michel et Cindy, découvrir et comprendre les enjeux identitaires (parfois complexes) qu'implique le vieillissement sur le handicap. C'est ainsi que j'ai pu expérimenter différentes médiations psychomotrices et ainsi comprendre leur pertinence dans chacun de ces accompagnements. Bien sûr, rien de tout cela n'aurait pu sa faire cette relation qui a pu s'installer et la confiance qu'ils ont acceptés de m'accorder. Le but de tout cela étant de permettre à ces personnes d'accéder de nouveau à leur conscience corporelle. Leur permettre d'être de nouveau en phase avec leurs sensations et la manière de les intégrer dans un schéma contenant au sein de leur corps propre. Devenant alors source de sécurité interne, ce corps est alors un support stable pour l'identité.

Avoir choisit d'aborder ce sujet complexe qu'est l'identité n'est pas le fruit du hasard. Moi-même, je me suis interrogée sur mon identité personnelle mais aussi de (future) professionnelle. Il y a encore quelques mois, lorsqu'à la question de ma directrice de mémoire : *quelle psychomotricienne souhaites-tu devenir ?*, qu'elle ne fut pas ma difficulté à y répondre. En voici donc ma réponse aujourd'hui :

Etre psychomotricienne, c'est être détentrice d'un savoir, d'un savoir être et d'un savoir faire. C'est devoir questionner ses actes, ses réactions, ses gestes, ses pensées... tout en questionnant ceux de la personne en face de nous. Etre psychomotricienne, c'est pouvoir s'adapter, observer, écouter, comprendre, guider, accompagner chaque personne dans ce qu'elle est et ce qu'elle nous donne à voir à un instant T. Etre psychomotricienne, c'est devoir continuer à se former et à apporter des réflexions sur sa pratique. Etre psychomotricienne, c'est être dans l'Ici et Maintenant, c'est être dans l'instant présent, le plus important de tous les temps.

Bibliographie

Albaret, J.-M., & Aubert, E. (2019). *Vieillissement et psychomotricité*. Deboeck supérieur. Pages 11-37

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements er services sociaux et médico-sociaux (2014). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes.

Arrêté du août 2000 relatif à la définition du handicap rare – Légifrance (2000, août 2). Legifrance.

 $https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000765671\#:\%7E:text=\%2D\%20Le\%20\\ handicap\%20rare\%20mentionn\%C3\%A9\%20au, cas\%20pour\%2010\%20000\%20habitants.$

Baste, N. (2020). Sophrologie. Pages 5-9

BLANC Paul (2006). *Rapport « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge »*. Ministère des solidarités et de la santé.

Camberlein, P. (2019). *Politiques et dispositifs du handicap en France*. Dunod.

Carbonnier, M. (2015). Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien, Histoire d'hommes, histoires de schizophrènes : L'identité psychomotrice au service d'une identité pathologique

Sous l'expertise de Carnein, S. et Chauvin, K (2010). Dossier technique, Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes, CNSA.

Chapitre IV : Personnes handicapées. (Articles L114 Ã L114-5) - Légifrance. (2005, 12 février). Legifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006796455/2005-02-12

Comité national Coordination Action Handicap. (s. d.). *Les différents types de handicap*. https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap

Définition du Polyhandicap | G.P.F. (2002, 3 décembre). Groupe Polyhandicap France. https://gpf.asso.fr/le-gpf/definition-du-

polyhandicap/#:%7E:text=Le%20polyhandicap%20est%20une%20situation,et%20de%20la%20construction%20des

IDENTITÉ: Définition de IDENTITÉ. (s. d.). CNRTL https://www.cnrtl.fr/definition/identit%C3%A9

Jeanne, Y. (2011). Vieillir handicapé. Érès éd. Pages 7-16; 197-215

Juhel, J.-C. (2010). *Psychomotricité au service de la personne âgée : Réfléchir, agir et mieux vivre*. Chronique sociale. Pages 5-7

Laffargue P, (2016); Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, L'agressivité : la contenir, la transformer, se construire.

Latour, AM. *Le Moi-tuyau : précurseur du sentiment d'axe et d'enveloppe.* In Thérapie psychomotrice et recherche (n°177). Pages 38-64

Lespinet-Najib, V., & Belio, C. (2013). Classification des handicaps : enjeux et controverses. Hermès, n° 66

Lesage, B. (2015). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*. Pages 1-35 ; 51-57 ; 243-264

Lesourne, O. (2007). *La genèse des addictions : Essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues*. Presses universitaires de France. Pages 143-164.

Médiation pleine conscience. (s. d.). Association Mindfullness. https://www.association-mindfulness.org/quest-ce-que-la-mindfulness.php

Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (1994). Le vieillissement. P.U.F. pages 13-22

Mucchielli, A. (2015). L'identité.

Objectifs de relaxation psychomotrice : http://www.antalvite.fr/pdf/La%20relaxation%20par%20le%20psychomotricien.pdf

Observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale (2012). *Vieillissement des personnes handicapées : la branche face à cet enjeu.* Page 81

Ogilvie, B. (2005). *Lacan, la formation du concept de sujet (1932-1949)*. Presses universitaires de France. Pages 96-11.

Pailler, J.-J., & Papageorgiou, M. (2006). *La peau*. Presses universitaires de France. Pages 83-100

Papon S., Beaumel C. Institut National de la statistique et de l'étude économique (2018). Bilan démographique 2018.

Personne, M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée psychologie et psychomotricité des accompagnements*. Érès.

Personne, M., Vercauteren, R. (2009). *Accompagner les personnes âgées fragiles Formes et sens de l'accompagnement*. ERES. Pages 38-44

Pillet, V. (2007). La théorie de l'attachement: pour le meilleur et pour le pire, in *Attachement et cliniques*. Eres. Pages 7-14.

Pireyre, É. W., & Delion, P. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. Dunod. Pages 7-30 ; 51-66

Potel, C. (2019). Etre psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir. Erès.

Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1*. Solal. Pages 59-76 ; 225

Trincaz, J., Pujalon, B., Humbert, C., (2008). La lutte contre le vieillissement, Gérontologie et société, vol. 31, N°125, pages 23-37.

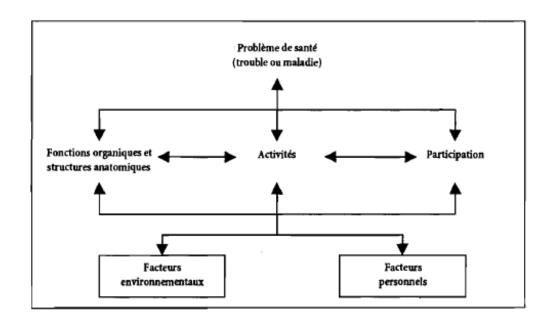
VIEILLESSE: Définition de VIEILLESSE. (s. d.). CNRLT. https://cnrtl.fr/definition/vieillesse

VIEILLIR: Définition de VIEILLIR. (s. d.). CNRTL. https://cnrtl.fr/definition/vieillir

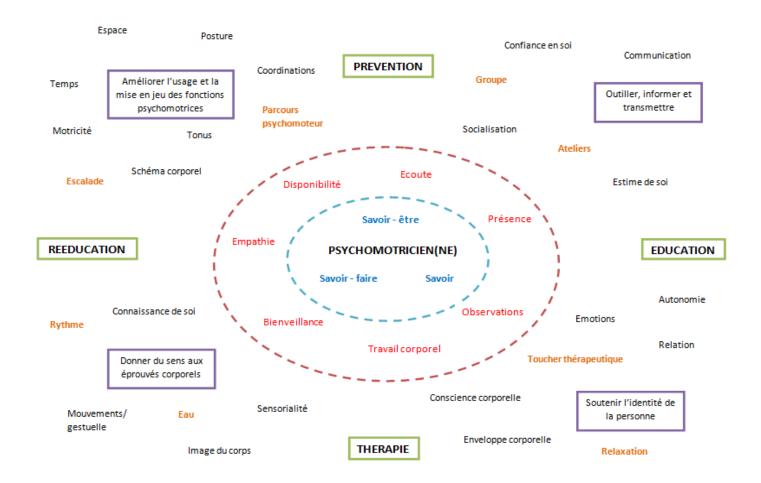
VIEILLISSEMENT : Définition de VIEILLISSEMENT. (s. d.). CNRTL. https://cnrtl.fr/definition/vieillissement

Annexes

Annexe 1: Interaction entre les composantes de la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), OMS, 2001.



Annexe 2 : Les champs de compétence du psychomotricien



Légende:

Bleu : acquis du psychomotricien

Rouge : qualités du psychomotricien

Vert : les grands champs de compétence

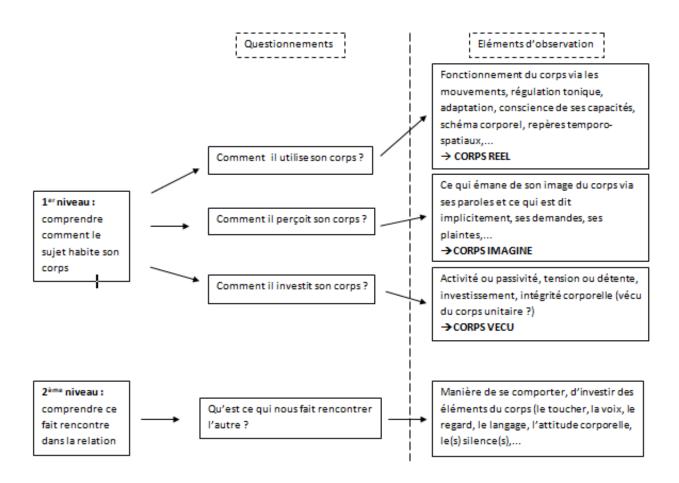
du psychomotricien

Orange: Médiations psychomotrices

Violet: objectifs

Noir : fonctions sur lesquelles le psychomotricien va pouvoir s'appuyer

Annexe 3: Niveaux d'observation psychomotrice



Annexe 4 : Photographie de la salle Snoezelen®.



<u>Annexe 5</u>: Photographie de la partie de la salle utilisée pour le temps de relaxation dans la prise en soin de Cindy.



Table des matières

Remerciements			
Sommaire		3	
Introduction		4	
Chapitre I : V	ieillissement et handicap	7	
1.Au temps d	u vieillissement	8	
1.1. Vie	llir, vieillesse, vieillissement,	8	
1.2. Le v	rieillissement dans notre société actuelle	9	
1.3. Le v	rieillissement dit « normal »	10	
1.3.1.	Une involution ou une évolution ?	10	
1.3.2.	Des évolutions sur tous les plans	11	
1.3.3.	Conséquences sur l'organisation psychomotrice du sujet	11	
2.Le vieillisse	ment dans le monde du handicap	13	
1.2. Défini	tions	13	
1.2.1. Qu	l'est ce qu'une personne handicapée ?	13	
1.2.2. De	es handicaps	14	
2.1.3. M	odèles et classifications du handicap	17	
2.2. La per:	sonne handicapée vieillissante	17	
2.2.1. Qu	l'est ce qu'une personne handicapée vieillissante ?	17	
	nfusion entre personne âgée et personne handicapée vieillissante		
2.3. Un	vieillissement différent ?	19	
3.Regard psy	chomoteur auprès de la personne handicapée vieillissante	20	
3.1. La plac	e du handicap chez la personne handicapée vieillissante	20	
3.1.1. Q	iels risques ?	20	
3.1.2. Qı	uelles prises en charge ?	21	
3.2. La plac	e du psychomotricien auprès de la personne handicapée vieillissante	21	
	bbservation psychomotrice		
	aluation et bilan psychomoteur		
	s accompagnements en psychomotricité		
	ne lecture psychomotrice		

3.2	2.5.	Evaluation et réévaluation	28
Synthès	se du	chapitre 1	29
Chapitr	e II :	L'identité dans le monde du handicap	30
1.Défini	ir l'id	entité	31
1.1.	Un	e notion clé et complexe	31
1.2.	Un	concept psychomoteur	32
1.3.	L'io	dentité est psychocorporelle	33
2.L'iden	ntité d	dans le développement psychomoteur	34
2.1.	Со	nstruction et avènement de l'identité	34
2.1	1.1.	Les bases du développement identitaire	34
2.1	1.2.	Influence de l'environnement et du contexte social	40
2.1	1.3.	Le sentiment d'identité	41
2.2.	Le	corps, support de l'identité	43
2.2	2.1.	Du Moi corporel au Moi	43
2.2	2.2.	Tonus et dialogue tonico-émotionnel	45
2.2	2.3.	La peau, enveloppe physique et psychique	46
2.2	2.4.	Vers une unité psychocorporelle	47
2.3.	Scl	néma corporel et image du corps	48
3.Identi	ité, h	andicap et vieillissement	49
3.1.	L'io	dentité dans le monde du handicap	49
3.1	1.1.	Une histoire de vocabulaire	49
3.1	1.2.	Evaluer l'identité chez une personne porteuse d'un handicap	49
3.2.	L'io	dentité au temps du vieillissement	50
3.3.	Ар	ports de la psychomotricité	52
Synthès	se du	chapitre 2	56
Chapitr	e III :	Illustrations cliniques	57
1.Le Fo	yer d	'Accueil Médicalisé (FAM)	58
1.1.	Pre	ésentation et organisation du FAM	58
1.2.	Les	s professionnel(le)s du FAM	60
1.3.	La	psychomotricité au sein du FAM	61

2.Michel		62		
2.1.	Anamnèse et parcours institutionnel			
2.2.	Profil psychomoteur			
2.3.	Première rencontre	66		
2.4.	La prise en charge psychomotrice	67		
2.4.	1. Objectifs de prise en charge et médiations	67		
2.4.	2. Une séance-type	70		
2.4.	3. Déroulement de la prise en charge	71		
2.5.	Conclusion	74		
3.Cindy		75		
3.1.	Anamnèse et parcours institutionnel	75		
3.2.	Première rencontre	76		
3.3.	L'évaluation psychomotrice	76		
3.4.	La prise en charge psychomotrice	80		
3.4.	1. Déroulement de la prise en charge	81		
3.4.	2. Les séances de psychomotricité	83		
2.5.	Conclusion	86		
Conclusi	on	87		
Bibliogra	phie	89		
Annexes		92		
Table de	s matières	95		