



HAL
open science

”Apprendre à vivre dans ce nouveau corps” quand la relaxation vient aider les personnes atteintes de la maladie de Huntington dans l’exploration de leur corporéité

Loriane Dugarry

► **To cite this version:**

Loriane Dugarry. ”Apprendre à vivre dans ce nouveau corps” quand la relaxation vient aider les personnes atteintes de la maladie de Huntington dans l’exploration de leur corporéité. Sciences de l’Homme et Société. 2021. dumas-03324248

HAL Id: dumas-03324248

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03324248>

Submitted on 23 Aug 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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

« Apprendre à vivre dans ce nouveau corps »

Quand la relaxation vient aider les personnes atteintes
de la maladie de Huntington dans l'exploration de
leur corporéité

DUGARRY Loriane

Née le 20 Avril 1997 à Aire-sur-l'Adour

Nom du directeur de Mémoire : DI DONNA Léa

Juin 2021

REMERCIEMENTS

Un grand merci

A Léa Di Donna, ma maître de stage et maître de mémoire, pour m'avoir accordé du temps et pour m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de l'année,

A Mathilde Laborde, ma maître de stage à l'Hôpital de Jour en psychiatrie, pour ses conseils et son écoute,

A tous mes autres maîtres de stage et à l'ensemble des professionnels avec qui j'ai pu passer ces trois années, qui m'ont permis d'enrichir mon regard de future psychomotricienne,

A tous les patients que j'ai pu rencontrer de près ou de loin, qui m'ont permis d'enrichir ma clinique et mes connaissances,

A l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux et à ses intervenants pour leur présence en toute circonstance et leurs multitudes d'enseignements enrichissants,

A mes camarades de promotion avec qui j'ai pu arriver au bout de ces trois années d'étude grâce à du soutien et de l'entraide,

A mes amies, qui ont su être là dans les moments de doute et qui n'ont jamais douté de mes capacités à y arriver,

A mes tantes et Myriam, amie de longue date, pour leurs relectures du mémoire,

A ma famille, toujours présente et soutenante dans mes choix lors de mon parcours scolaire,

Et à mes parents et mon frère qui n'ont jamais douté de moi et à leur amour qui me porte chaque jour.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : THEORIE	3
Chapitre 1 : D'un corps « normal » à un corps malade	4
I. Concept de corps	4
A. Du corps à la corporéité	4
B. Le concept d'enveloppe : schématisation et corporéité	6
C. L'architecture psychocorporelle comme toile de fond de la corporéité	8
II. L'histoire d'une maladie neurodégénérative	13
A. La maladie de Huntington...une histoire de famille	13
B. Sémiologie	16
C. Le corps dans la maladie	19
Chapitre 2 : La relaxation : une médiation en lien avec la corporéité.....	22
I. Une médiation.....	22
A. Définition	22
B. Des relaxations	23
II. La relaxation en psychomotricité.....	27
A. Les effets de la relaxation	27
B. Une médiation basée sur les sensations	30
PARTIE 2 : CLINIQUE.....	35
I. Un nouveau lieu : l'institution	36
A. L'institution.....	36
B. La médiation en institution	38
II. Une contenance pour mieux accepter la maladie	41
A. Une histoire de vie : Sabine.	41
B. Bilans	42
C. Une prise en charge	43
III. Une ouverture sur le monde	50
A. Une histoire de vie : Cristian.....	50
B. Bilans	51
C. Une prise en charge	53

PARTIE 3 : DISCUSSION.....	60
I. La place du psychomotricien dans le rela(xa)tion auprès des malades Huntington	61
A. L'implication du psychomotricien	61
B. Le cadre et sa fonction contenante	64
C. Une légitimité	68
II. L'enjeu de l'eau dans la corporéité auprès des personnes polyhandicapées en MAS	71
A. Les propriétés psychomotrices de l'eau	71
B. Rejouer les interactions précoces, vecteur de la corporéité	74
C. Emergence d'une corporéité	79
CONCLUSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXES.....	88
TABLE DES MATIERES	106

INTRODUCTION

« *Il est possible de tout perdre sans se perdre* » (D. Quinodoz, 2008, p.127).

Cette phrase illustre bien ce que les personnes atteintes par la maladie de Huntington peuvent ressentir. En effet, le diagnostic, généralement fait entre trente et cinquante ans, provoque une rupture entre la vie avant la maladie et la vie auprès de la maladie dans laquelle les malades doivent apprendre à réorganiser leur quotidien et leur perspective d'avenir.

Malgré les nombreuses modifications, tant physiques que psychiques, qu'entraîne cette maladie, les personnes concernées n'en sont pas pour autant déshumanisées. Il est donc nécessaire qu'ils puissent continuer à habiter leur corps, même face à la maladie. Cette corporéité représente un corps en interaction avec notre environnement externe et interne. Celle-ci se trouve mise à mal lors de l'apparition de la maladie de Huntington et peut se faire ressentir par un désinvestissement global et un repli sur soi. L'intérêt est donc de venir étayer cette corporéité afin de revaloriser la personne en tant qu'être de relation. Mais comment nous, psychomotricien, pouvons-nous venir soutenir et étayer cette corporéité ?

Nous savons déjà que la relaxation est considérée comme une médiation psychocorporelle. Elle est fondée sur des études scientifiques reconnues et fiables montrant des bénéfices, tant au niveau somatique qu'au niveau psychique. Sa pratique est ancestrale et il existe aujourd'hui de nombreuses méthodes qui font parties des ressources du psychomotricien.

En tant que médiation thérapeutique la relaxation permet de faire vivre des expériences psychosomatiques favorisant le sentiment de soi et illustre, dès lors, la notion de corporéité.

De ce fait, **Y aurait-il un intérêt à proposer la médiation relaxation pour renforcer la corporéité chez les personnes touchées par la maladie de Huntington ?**

Dans un premier temps, nous allons présenter de façon théorique la notion de corporéité au travers du développement psychomoteur du nouveau-né. Nous traiterons ensuite une partie spécifique à la maladie de Huntington avant d'évoquer la médiation relaxation, ses effets et son intérêt en psychomotricité.

Dans un second temps, nous entrerons dans le contexte du stage réalisé en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) où nous suivrons la prise en charge de Sabine et de Cristian dans la réappropriation de leur corporéité, soutenue par les séances de relaxation.

Nous clôturerons ce mémoire dans un troisième temps, où nous allons voir l'importance de la psychomotricité dans la réflexion du cadre et dans l'étayage qu'elle peut apporter auprès des personnes malades de Huntington. Ainsi, nous finirons sur la prise en compte de la corporéité chez les personnes polyhandicapées dans le cadre de séance dans l'eau.

PARTIE 1 : THEORIE

Chapitre 1 : D'un corps « normal » à un corps malade

I. Concept de corps

A. Du corps à la corporéité

1. Le corps comme « mécanique sociale »

A travers l'Histoire, le corps, qui définit l'Homme comme appartenant à l'espèce humaine, a été au cœur de multiples courants, amenant l'Homme à modifier sa manière de penser et de vivre son corps.

Platon, philosophe de la Grèce Antique, manifeste que l'âme est trompée par le corps. Selon lui, le corps est un obstacle vers l'âme et la vérité ; « *Je suppose, l'âme raisonne le plus parfaitement quand ne viennent la perturber ni audition, ni vision, ni douleur, ni plaisir ; mais quand au contraire elle se concentre le plus possible en elle-même et envoie poliment promener le corps* » (1991). Dans cette vision, le corps est dénié au profit de l'âme ; cette dichotomie corps-esprit va perpétuer au fil du temps influençant, par conséquent, nos cultures.

A titre d'exemple, on retrouvera plus tard, au XVII^{ème} siècle, Descartes, avec une dichotomie corps-esprit, plus pacifiée mais toujours présente. Il dira « *je fermerai maintenant les yeux, je boucherai mes oreilles, je détournerai tous mes sens, j'effacerai même de ma pensée toutes les images des choses corporelles ou du moins, parce qu'à peine cela se peut-il faire, je les réfuterai [...] je me tâcherai de me rendre peu à peu plus connu et plus familier à moi-même. Je suis une chose qui pense* » (1979, p.64).

Cette dichotomie va principalement être mise en avant avec la naissance de l'anatomie, qui donne au corps un regard plus analytique, mécanique et rationalisé. Dans cette optique, l'Homme façonne son corps de manière à en faire un outil.

2. Le corps comme « être au monde »

Le corps instrumentalisé a été repris et pensé par la phénoménologie. Ce courant de pensée consiste à avoir une réflexion sur l'expérience de la conscience. Husserl, à l'origine de la phénoménologie, pense que le corps se constitue dans le champ des sensations dont nous en faisons l'expérience continuellement. Le corps est conséquemment en interaction perpétuelle avec le monde qui l'entoure.

Merleau-Ponty va s'appuyer sur ses travaux et va employer le mot « corporéité » qui va à l'encontre de la dichotomie corps-esprit. Pour lui, le corps n'est pas qu'un organisme, il est « *le véhicule de l'être au monde* » (1945, p97). La notion de corporéité souligne donc que le corps est considéré comme un tout, ne séparant pas le versant physiologique et le côté psychologique de la « cognition incarnée ». Cette dernière se développe avec l'individu et ses expériences sensori-motrices sur le monde. Autrement dit, les expériences corporelles dynamiques prennent part aux processus de raisonnement.

Merleau-Ponty va inspirer Ajuriaguerra, un des pères de la psychomotricité, qui montrera que « *le déroulement de l'acte implique un fonctionnement physiologique, mais l'acte n'est pas qu'une addition de contractions musculaires, il est aussi appétence de prise de contact [...]. L'action ne se pose pas comme l'activité d'un esprit désincarné...* » (Lapes G. et Joly F., 2008, p.18).

Plus tard, Piaget va s'appuyer sur ces derniers travaux pour parler de l'importance de l'activité motrice de l'enfant sur son développement cognitif. A ce propos, il dira, pour appuyer la relation du corps au monde, que « *l'intelligence, ça n'est pas ce que l'on sait, mais ce que l'on fait quand on ne sait pas* ». D. Anzieu, cité par F. Joly (2012, p.317), expliquera aussi qu'« *il n'est rien dans l'esprit qui ne soit passé dans le sens de la motricité* » mettant, dès lors, le corps à la base de tout. Il faut donc comprendre, qu'en ces termes, le corps est le principal support par lequel nous communiquons, nous exprimons, nous pensons et, en définitive, nous percevons le monde extérieur. Ici, le corps est garant de l'identité car c'est l'exercice de la motricité et de la sensorialité qui va nous proférer une unité corporelle.

En guise d'approfondissement, dans le champ de la psychomotricité, c'est par l'observation du corps que nous pouvons voir l'Être dans sa totalité. Nous allons ainsi nous saisir de ces observations afin de se représenter la corporéité de nos patients afin d'imaginer leur façon d'être au monde et les accompagner au mieux. C. Potel (2009, p.39) ajoute que « *le corps en tant que représentant de l'être, exprime par ses manifestations ce qui fait la singularité et le vivant de chacun* ».

B. Le concept d'enveloppe : schématisation et corporéité

1. De quoi parle-t-on ?

L'enveloppe est définie, d'après Le Robert, comme une « chose qui enveloppe, entoure »¹. En découle le concept de contenance qui est la « quantité de ce qu'un récipient peut contenir » ou une « manière de se tenir, de se présenter »² aux autres. L'enveloppe, de manière générale, peut entièrement entourer et délimiter un objet, un espace, réel ou fantasmé. Elle a une fonction de contenance et épouse plus ou moins les formes de ce qu'elle englobe ce qui permet de créer une interface entre un espace intérieur et un espace extérieur.

Si on applique ce concept d'enveloppe à l'Homme, celle-ci peut se schématiser par l'enveloppe corporelle et par l'enveloppe psychique. Ces deux enveloppes peuvent être pensées comme des membranes qui viennent soutenir et maintenir les différentes parties du corps et envelopper les affects, les représentations, les raisonnements, donnant un sentiment d'unité de soi. Ces dernières se construisent tout au long du développement de l'enfant avec l'appui de l'environnement et le soutien parental.

¹ <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/enveloppe>

² <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/contenance>

2. Les enveloppes corporelle et psychique

M. Gauberti (1993, p.15), explique, au sujet de l'enveloppe corporelle que « *c'est par les yeux, les mots et les caresses de sa mère que le bébé se voit unifié dans son reflet, c'est parce qu'ils ont fait corps ensemble et qu'ils ont accepté la séparation* », que l'enfant peut intégrer son image du corps. L'auteur montre ici que le support maternel, lorsqu'il entre en interaction avec l'enfant, lui permet de construire et de prendre conscience de son enveloppe corporelle, venant étayer sa propre image du corps.

Anzieu aborde le concept du Moi-peau pour parler de l'enveloppe corporelle à la fois physique et psychique. Cette notion va avoir trois fonctions principales :

- Premièrement, elle offre une première délimitation entre l'individu et son environnement
- Deuxièmement, elle permet une délimitation entre le dedans et le dehors
- Troisièmement, elle est la première limite à partir de laquelle ce qui pénètre dedans est filtré et transformé en fonction des spécificités du milieu interne.

Ainsi, il va montrer que « *la qualité de cette peau est dépendante de la qualité des soins maternels* ».

Concernant l'enveloppe psychique, D. Houzel (2010, p.23) montre que « *le psychisme construit lui-même sa propre enveloppe sous l'effet des forces qui l'animent de l'intérieur [...] et au contact de la réalité extérieure et de ses contraintes* ». Cette enveloppe est nécessaire ; en effet, elle permet de faire le lien entre l'extérieur et l'intérieur et protège la psyché d'évènement trop violent. Là aussi cette enveloppe a besoin d'un étayage, d'ailleurs, c'est ce que va montrer Bion avec la capacité de rêverie de la figure maternelle. L'appareil psychique de l'enfant est immature et débordé par de multiples sensations (éléments bêta). La figure maternelle va donc penser les sensations de son enfant et lui transmettre afin qu'il puisse les intégrer (éléments alpha).

Lacan (1949), parle quant à lui, du stade du miroir chez l'enfant vers six à huit mois. Ce stade permet à celui-ci de s'identifier comme un individu unique, indépendant de la figure maternelle, avec ses propres limites corporelles mais également avec son propre Moi psychique.

Par ailleurs, pour ces auteurs, la construction de ces enveloppes dépend aussi de l'extérieur. Celui-ci est notamment représenté par l'étayage corporel et psychique dans le développement du sujet. L'espace psychique et l'espace corporel sont donc intimement liés afin d'aboutir à une autonomisation.

C. L'architecture psychocorporelle comme toile de fond de la corporéité

1. Le berceau utérin, le commencement d'une construction

Le fœtus se développe durant neuf mois dans la cavité utérine de la mère. Cette première enveloppe soutient le fœtus et lui offre un espace contenant et sécurisant. De ce fait, un espace intérieur et extérieur se créent et interagissent avec comme intermédiaire l'enveloppe corporelle. Le fœtus va, petit à petit, entrer en interaction avec le monde extérieur par des mouvements qui répondent à des stimulations tactiles ou sonores. La vie intra-utérine est donc le premier espace interactif qui permet l'amorce d'un dialogue entre deux corps toniques, source d'instance d'émotions et de sensations. Ce dialogue participe à un investissement affectif et fantasmatique de l'enfant chez les parents et favorise ainsi l'élaboration de son enveloppe psychique.

Outre, nous retiendrons que l'enveloppe utérine fournit un espace de contenance physique et psychique. Cependant, la naissance provoque un changement important et brutal. Le nourrisson passe d'un milieu enveloppant et sécurisant représenté par la cavité utérine, à un milieu aérien, sans limites apparentes. Il est soumis à de multiples modifications physiques, psychiques et sensorielles qui vont devoir se reconstruire étape par étape.

2. Le soin maternel

Pour rappel, le nouveau-né naît néoténique, ce qui signifie qu'il a besoin d'aide pour vivre. Cette fonction va être le rôle de la figure maternelle qui va donner au nourrisson une structure enveloppante et contenante afin de le sécuriser.

Selon Anzieu (1995, p.57), « À l'occasion de la tétée et des soins, le bébé [...] est tenu dans les bras, serré contre le corps de la mère dont il sent la chaleur, l'odeur et les mouvements, [il est] porté, manipulé [...] caressé, le tout généralement accompagné d'un bain de paroles... Ces activités conduisent progressivement l'enfant à différencier une surface comportant une face interne et une face externe, c'est-à-dire permettant la distinction du dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigner surface et volume qui lui apportent l'expérience d'un contenant ». Le peau à peau et l'enveloppement de la figure maternelle permettent à l'enfant de se sentir en sécurité face à l'environnement extérieur mais aussi de se sentir soutenu et unifié. Ces nouvelles interactions vont lui permettre de retrouver progressivement les limites de son enveloppe corporelle et de son enveloppe psychique.

Dans cette même optique, Winnicott montre l'importance du rôle de la figure maternelle avant le concept de Holding et de Handling.

- Le Holding représente la fonction de maintien. Elle traduit la façon dont l'enfant est porté, tenu, soutenu, physiquement et psychiquement, par la figure maternelle. D'après Boukobza (2003, p.65), ceci est essentiel pour assurer le sentiment d'existence de l'enfant : « *Les soins maternels sont la continuation des apports physiologiques de la gestation et se remarquent à peine si tout va bien. L'enfant en retire un sentiment de continuité d'être. C'est la base de cette continuité d'être que le potentiel inné de chaque enfant se développe selon sa propre ligne* ».

- Le Handling représente la fonction de maniement. Elle définit « *la manière dont le bébé est traité, manipulé, soigné. Il s'agit de la manière dont la mère s'occupe de son bébé dans les menus détails des soins quotidiens qu'elle lui prodigue* » (Gatecel et al., 2015, p.328). Ces soins prodigués sont essentiels pour la construction de l'individu et participent à l'intégration de la psyché dans le soma. Autrement dit, ces derniers permettent au tout-petit de se sentir rassemblé en un tout.

In fine, le soin maternel est primordial pour que le nouveau-né soit capable de construire ses enveloppes corporelle et psychique. En ce sens, la figure maternelle participe donc au sentiment d'unité psychocorporelle de l'enfant lui conférant ainsi un sentiment d'existence.

3. L'axe corporel : charpente de la corporalité

Le corps humain et ses différents volumes s'organisent symétriquement autour de l'axe anatomique qui représente une ligne virtuelle. Cet axe est primordial dans la mesure où il permet de faire le lien entre le haut du corps et le bas du corps dans le souci de créer une unité corporelle.

De ce fait, l'axe vertébral a une double fonction physique et psychique. En effet il permet à l'individu d'accéder à une verticalité grâce à l'intégration progressive de la colonne vertébrale comme axe. Il étaye ainsi la perception de l'espace qui va pouvoir être investi. Ainsi, l'axe corporel relie les différents espaces gauche/droite, avant/arrière et haut/bas.

Autrement dit, si la colonne joue un rôle dans l'appréhension de l'espace ; elle permet par conséquent à l'individu de s'orienter dans son environnement mais également par rapport à lui-même. Son intégration permet donc à l'individu une certaine autonomie et une individuation. A. Bullinger (2004, p.143) dit de cet axe qu'« *il fera de l'organisme un lieu habité* ».

Par ailleurs, il faut rappeler que l'axe psychomoteur se construit notamment grâce à l'apport maternant. L'enfant a besoin de se sentir soutenu par les bras de la figure maternelle pour intégrer son axe corporel. En effet, la sécurité affective et le bon dialogue tonique favorise cette intégration.

L'apport de différents flux sensoriels est également important afin que l'enfant puisse, grâce à son enveloppe tonique, consolider cet axe et être en interaction avec ce qui l'entoure. Grâce à cette intégration, l'enfant va pouvoir explorer sa motricité ce qui favorise également la construction de son Moi psychique. Le Moi va peu à peu se consolider dans l'espace interne de l'enfant ce qui va lui permettre progressivement de se différencier de la figure maternelle. De cette manière, « *On peut dire que l'axe moteur organise le corps dans les 3 dimensions de l'espace externe. Et l'axe psychique organise la vie psychique dans les 3 dimensions de la vie relationnelle et affective : moi, autrui et le tiers* ». (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015, p.195)

4. La verticalisation : accès à une autonomie

La verticalisation est possible grâce à la maturation tonique dans le sens céphalo-caudale ce qui permet un contrôle du rachis. Elle est également un processus de construction de la verticalité. Cette dernière est spécifique à l'être humain ; elle permet d'accéder à une certaine autonomie dans les déplacements et valorise l'enfant dans ses acquisitions.

Ainsi, la verticalisation fait partie, avec l'enroulement, des fondements de l'organisation motrice d'un individu. Effectivement, le fœtus, dans le ventre de sa mère, est en position enroulé. A la naissance, c'est grâce au soutien de la figure maternelle, grâce à l'étayage fait dans un environnement sécurisant pour le nouveau-né que celui-ci va pouvoir acquérir, au fur-et-à-mesure, une verticalité. Pour J. Sanz (2001, p.80), « *l'enroulement renvoie à la symbiose, au maternage, avec les notions de Holding et de Handling de D. Winnicott et la verticalisation donne la marche, la séparation, la distanciation et l'individuation* ». Selon S. Robert-Ouvray (2002, p.46), « *c'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étayeront* ».

Par surcroît, la verticalité est un processus qui demande l'intégration de la position assise. Avec cette nouvelle acquisition, l'enfant s'autonomise un peu plus de sa figure maternelle dans la mesure où c'est à présent par son propre corps qu'il satisfait la fonction de maintenance. Outre, une fois le bassin bien intégré et investi, il va progressivement accéder à la station debout afin d'aboutir à la marche.

Selon M. Gauberti (1993, p.17), « *l'acquisition de la marche est une étape essentielle, hautement signifiante par la multiplicité de ses effets, tant sur la structuration de l'appareil psychique et de la sphère psychomotrice que sur la dynamique interactionnelle mère-enfant* ». La marche illustre en perspective le processus de différenciation entre l'enfant et sa figure maternelle d'un point de vue physique mais également sur un plan psychique. L'horizontalisation du regard va également suivre dans le but de permettre une exploration plus globale et plus étendue.

Cette autonomie physique et psychique va être la base à nos expériences et plus généralement, elle sera à la source de notre vécu.

5. Le tonus : toile de fond de la motricité et des émotions

Le tonus est la base, la toile de fond à tout mouvement. Il permet au nouveau-né de se développer ; du maintien de la posture jusqu'aux schèmes moteurs plus élaborés. Le tonus se nourrit de toutes les sensations éprouvées et participe donc à la construction de la corporéité de l'individu. De cette façon, l'organisation tonique sera unique et propre à chaque personne.

De plus, le tonus est le support des émotions. Cette fonction est visible dès la naissance entre la figure maternelle et le nouveau-né. Dès le moment où ce dernier éprouve une sensation désagréable, il se met en tension, on parle alors d'hypertonie. A l'inverse, lorsque ses besoins sont satisfaits, le bébé se détend, ce qui traduit une hypotonie. Le tonus participe donc à l'organisation affective et permet une rencontre avec soi-même et avec l'autre. S. Robert-Ouvray (2020, p.56) dit que « *le tonus propose une forme sensorielle de communication à travers une réalité visuelle et tactile. Les attitudes, la forme du corps dans l'espace nous impose d'emblée une vision de l'état tonique de l'autre et nous met dans un état affectif particulier* ».

Quant à lui, B. Lesage (2004, p.13) parle de « *moi-muscle* », pour montrer que le tonus traduit nos émotions à travers notre corps, notamment à travers nos postures, nos attitudes ou encore nos actions. Le tonus musculaire peut donc prendre la fonction de « seconde peau », en particulier lorsqu'il y a la présence de tension musculaire.

Dans ce sens, la tonicité vient soutenir le sentiment d'existence et le rapport au monde de chaque individu. Ainsi, celle-ci joue une fonction essentielle dans la cohésion de l'ensemble du corps et permet une sensation de contenance et une unité psychocorporelle.

Après avoir vu la manière dont se développe la corporéité chez l'enfant, nous allons maintenant traiter du corps malade, à travers la maladie de Huntington. La maladie, quelle qu'elle soit, provoque des modifications chez la personne atteinte. Ces modifications concernent la manière de vivre et de percevoir son corps mais elles concernent aussi ce qui nous entoure, notre environnement.

II. L’histoire d’une maladie neurodégénérative

A. La maladie de Huntington...une histoire de famille

1. Histoire d’une maladie

La maladie de Huntington aussi appelée Chorée de Huntington est une maladie génétique rare et neurodégénérative, qui s’exprime chez les adultes entre trente et cinquante ans. Elle affecte progressivement les fonctions cognitives, psychologiques et motrices jusqu’à provoquer une dépendance plus ou moins totale chez les personnes atteintes.

La maladie a été décrite pour la première fois le 15 Février 1872 par George Huntington. Le nom de la maladie a, initialement, porté le nom d’un de ses symptômes caractéristiques : la chorée. En grec, cela signifie « danse »³ (d’après le CNRTL), en lien avec les mouvements involontaires associés à la maladie.

D’après l’Institut de coproduction du savoir sur la maladie de Huntington (2015, p.4), la prévalence est de 5 à 10 pour 100.000 individus. Concernant le public exposé, elle touche de façon indifférenciée les hommes et les femmes et représente environ 6.000 malades en France. Par ailleurs, il est important de souligner que son évolution et son expression sont différentes d’un individu à l’autre, y compris au sein de la même famille.

a) Une maladie génétique et héréditaire

Le gène responsable de la maladie est un gène dominant. Cela signifie qu’il y a un risque sur deux de le transmettre à sa descendance.

Le gène, a été découvert en 1993 et permet donc un diagnostic de certitude. Le diagnostic est posé suite à une analyse moléculaire. Celle-ci consiste, à partir d’un prélèvement sanguin, à rechercher la mutation responsable de la maladie.

³ <https://www.cnrtl.fr/etymologie/chor%C3%A9e>

Pour préciser, les gènes sont présents dans chaque cellule de notre corps et composent notre matériel génétique. Ils sont présents dans les chromosomes qui sont constitués de 23 paires (donc 46 au total). Un chromosome de chaque paire provient de la mère et l'autre du père. Le gène responsable de la maladie de Huntington est présent sur le chromosome 4. A ce propos, nous savons que ces gènes sont faits d'acide désoxyribonucléiques, ou plus communément ADN. Ces molécules d'ADN sont elles-mêmes constituées de chaînes de quatre bases : Adénine (A), Thymine (T), Guanine (G) et Cytosine (C). L'ordre des enchaînements de ces bases détermine le type de protéine produit par le gène. Dès lors, si un changement se fait sur l'enchaînement initial, il peut arriver un risque de dysfonctionnement de la protéine produite. C'est précisément ce qu'il se passe dans la maladie de Huntington. En effet, dans un gène, on retrouve normalement dix à trente triplets de bases ; or dans la maladie ce triplet se répète plus de quarante fois

Notons à ce propos que la procédure pour effectuer le test génétique doit être soutenu par le conseil génétique. Ce dernier propose un accompagnement de la personne afin qu'elle puisse prendre une décision éclairée. En France, le nombre de personnes porteuses du gène mais ne se déclarant pas encore malade est estimé aujourd'hui à 12.000.

b) Neurophysiologie

La maladie de Huntington est une maladie qui touche le cerveau, dans la mesure où elle se traduit par une perte neuronale progressive. Cette perte se situe essentiellement au niveau du striatum.

Progressivement, nous allons voir une atrophie des structures composant les ganglions de la base. Cette atrophie, conséquence d'une perte neuronale, va perturber l'organisation du circuit moteur au niveau des noyaux gris centraux. De ce fait, les voies excitatrices sont plus représentées, ce qui caractérise les mouvements involontaires choréiques.

De nos jours, précisons que les processus dégénératifs et les mécanismes concernant la maladie de Huntington ne sont pas encore élucidés dans leur totalité.

c) Evolution

Aujourd'hui, il n'existe pas de traitement curatif pour la maladie de Huntington ou permettant de ralentir l'évolution du processus neurodégénératif même si des traitements symptomatiques sont possibles et efficaces.

Concernant l'évolution de la maladie, l'Association Huntington France (2012, p8), relate que le Docteur Shoulson et son équipe ont proposé une progression en cinq stades. Ces stades sont délibérément généraux et souples car, rappelons-le, la maladie s'exprime de façon très hétérogène, même au sein d'une même famille. Par conséquent, ils proposent des stades où nous pouvons voir l'évolution de la personne malade dans son environnement mais, pour autant, ils ne proposent pas une hiérarchisation concernant l'apparition des symptômes. (annexe 1)

De plus, il faut savoir que les premiers symptômes de la maladie sont très subtils. Généralement, elle commence par se manifester par des troubles émotionnels et cognitifs qui paraissent « normaux » et « anodins ». Dès le premier stade donné par Shoulson, l'individu sait qu'il est atteint de la maladie.

Le stade premier montre que la personne atteinte continue à mener sa vie de manière normale. Ensuite, dans le stade intermédiaire, elle continue à exercer mais commence à présenter des difficultés, tout comme dans certaines tâches de la vie quotidienne. A la fin de ce stade, la personne a besoin de beaucoup d'aide et de supervision. En général, elle n'est plus en capacité de travailler. Au début du stade avancé, la personne malade ne peut plus accomplir seule les tâches de la vie quotidienne et a besoin d'assistance (familiale ou fournie par des services d'aide à domicile). Elle peut cependant continuer à vivre à son domicile, ce qui n'est plus possible dans le dernier stade où une équipe de soins est constamment nécessaire.

Ainsi, au fil de ces stades se développent les symptômes de la maladie qui, selon S. Folstein (cité par J. Pollard, 2009, p.9) sont regroupés dans une triade de troubles cliniques : les troubles moteurs, les troubles cognitifs et les troubles de l'humeur. (annexe 2).

B. Sémiologie

1. Des troubles cognitifs

Le cerveau des personnes atteintes de la maladie de Huntington subit de nombreuses modifications progressives qui vont affecter directement les mouvements du corps, la pensée, les perceptions ou encore les sensations.

a) Troubles des fonctions exécutives et bradyphrénie

Il convient de préciser que les fonctions exécutives sont certainement celles qui sont davantage touchées dès le début de la maladie. Celles-ci regroupent la mémoire de travail, la capacité d'initiation et d'inhibition, la flexibilité et la planification.

A ce sujet, les patients ont principalement des difficultés dans les tâches d'attention divisée. Cela signifie qu'ils ne peuvent pas réaliser deux tâches simultanément alors qu'ils sont capables de les effectuer séparément. De surcroît, la personne malade peut réaliser de nombreuses activités mais elle éprouvera néanmoins des difficultés à les initier et à les organiser. Ces difficultés seront majorées si ces activités ne sont pas habituelles ou si elles nécessitent plusieurs étapes intermédiaires.

S'ajoute à ces difficultés, la bradyphrénie, caractéristique de la maladie de Huntington. Elle se définit par un ralentissement du traitement cognitif de l'information et un allongement du temps de réaction en fonction de la complexité de la tâche.

b) Trouble mnésique

A la différence de la maladie d'Alzheimer, dans laquelle la difficulté se trouve dans le stockage des informations, les troubles mnésiques de la maladie de Huntington reposent sur la difficulté dans l'apprentissage de nouvelles informations et dans la récupération des informations acquises. Précisons toutefois que le stockage des souvenirs, des apprentissages, est toujours présent mais il est difficile pour le malade d'y avoir accès.

c) Trouble du langage

Une autre caractéristique de la maladie de Huntington est le trouble du langage. Celui-ci arrive suite à une perte de tonicité au niveau des muscles de la face entraînant une dysarthrie soit des difficultés à articuler correctement et des pauses parfois inappropriées. Cela rend la compréhension difficile pour son interlocuteur.

En effet, la capacité de communication va peu à peu se réduire, la syntaxe va être simplifiée jusqu'à atteindre un mutisme rendant impossible pour le patient de passer par la communication verbale. Cependant la personne atteinte peut préserver une compréhension, même lorsque la maladie est à un stade sévère.

2. Des troubles psychiatriques

a) Irritabilité, agressivité et impulsivité

D'après les données que révèle le Protocole National de Diagnostic de Soins (PNDS) sur la maladie (2015, p.27), l'irritabilité est un symptôme assez fréquent chez les malades (30 à 65%). Ce symptôme se définit comme étant un trouble du caractère fluctuant, caractérisé par une impatience et des réactions excessives. Selon J. Pollard (2013, p.53), l'impatience est expliquée par un déficit neurologique, dû à des lésions de certaines cellules du cerveau.

Ainsi, ces débordements peuvent être favorisés par l'impulsivité. Celle-ci est souvent mesurée dans la maladie et très en lien avec l'irritabilité. A ce titre, le PNDS (2015, p.31) révèle que ces comportements peuvent conduire à des comportements agressifs (40%). En revanche, il est important de savoir que ces comportements sont majorés par un manque de planification des tâches ou des habitudes perturbées.

b) Apathie et anxiété

L'apathie se caractérise par une baisse de motivation, d'intérêt par rapport aux habitudes du patient. L'anxiété, quant à elle, se définit comme un sentiment désagréable face à une peur sans objet ou imprécise. Autrement dit, l'anxiété s'illustre à l'aune d'une crainte d'un danger non défini et un sentiment d'insécurité indéfinissable.

L'anxiété est fréquente dans la maladie de Huntington, tout comme l'apathie qui représente un des symptômes psycho-comportementaux le plus fréquent (70%). Cette dernière peut être le signe que la maladie évolue ou le signe d'une dépression qu'il est nécessaire de dépister.

c) Dépression et taux de suicide

La dépression est un aspect inquiétant de la maladie de Huntington au sens où celle-ci peut se manifester à n'importe quel stade de la maladie, même avant qu'elle ne se déclare, et peut être très fréquente (39 à 53%). Ces événements dépressifs peuvent amener un risque suicidaire. Le passage à l'acte représente entre 3 et 10% des personnes malades. Néanmoins, l'impulsivité présente chez les malades peut pousser à un passage à l'acte, sans qu'une dépression soit identifiée.

3. Des troubles moteurs

a) Des mouvements anormaux

Au premier abord, les troubles moteurs sont souvent visibles chez les patients. Ils se manifestent par des mouvements choréiques et dystoniques. En effet, la maladie de Huntington peut également être appelée chorée de Huntington.

La chorée, élément du diagnostic clinique, se caractérise par des mouvements involontaires, incontrôlables, brusques, de courte durée et non rythmiques. Ils touchent le tronc, la face et les quatre membres. De plus, ils sont amplifiés par les émotions, le stress, la concentration mais tendent cependant à diminuer voire disparaître durant le sommeil. La chorée est le symptôme le plus fréquent dans la mesure où elle est présente dans 90% des cas mais elle ne constitue pas pour autant un facteur de sévérité. L'évolution naturelle tend généralement vers une aggravation ou peut laisser place à une certaine rigidité des membres.

Les dystonies, quant à elles, sont des contractures musculaires parasites qui fixent un membre dans une position donnée. Elles sont présentes à plus de 95%.

Ces mouvements ont un retentissement important sur la vie quotidienne des personnes malades.

b) Des conséquences de cette atteinte

Les mouvements anormaux ont un impact sur plusieurs fonctions. Ceux-ci entraînent, conséquemment, une perturbation générale du corps.

Tout d'abord, ces anomalies favorisent l'apparition des troubles de la marche et de l'équilibre. Les conséquences sont considérables : par ces mouvements incontrôlés vont être provoquées des chutes à répétition avant d'aboutir, avec l'évolution de la maladie, à une perte totale de la marche autonome et de la station debout. La motricité fine est également perturbée, et cela précocement dans l'évolution de la maladie, entraînant des difficultés fonctionnelles dans des tâches de la vie quotidienne. Pour finir, les mouvements anormaux ont un retentissement sur la capacité de déglutition, et donc du transfert du bol alimentaire de la cavité buccale vers l'estomac. Cette dernière est également aggravée par l'impulsivité du patient face à sa prise alimentaire qui donne un aspect de « glotonnerie ». Il convient de préciser que ce trouble est à l'origine de fausses routes qui peuvent être à l'origine d'infections, voire d'arrêt cardio-respiratoire. D'ailleurs, lorsque la déglutition devient trop compliquée et dangereuse, il peut être discuté de la pose d'une gastrostomie.

Face à l'ensemble de ces symptômes, le corps se trouve grandement changé. Dès lors, la personne malade vit son corps différemment et celui-ci n'est plus perçu de la même façon par l'entourage.

C. Le corps dans la maladie

1. Déni et anosognosie

Le déni est la première étape dans le processus de deuil. Il s'agit de faire le deuil de la vie avant la maladie, afin d'accepter la vie auprès de celle-ci. Le déni se traduit par un refus de la réalité. La personne croit à un cauchemar, une illusion et refuse de considérer l'information. Pour approfondir, dans un guide qui permet de comprendre la maladie, l'Association Huntington France (2012, p.27), montre que le déni est souvent dû à un dysfonctionnement du cerveau, notamment à une mort neuronale qui empêche l'information de circuler d'un endroit à un autre.

Par la suite, de nombreuses personnes atteintes de la maladie de Huntington souffrent d'anosognosie. Celle-ci se traduit par une incapacité à se rendre compte, à percevoir leur état actuel. La corporéité de ces personnes est fortement atteinte à tel point que leurs perceptions sont erronées.

2. Dans la relation

La maladie est un grand chamboulement pour la personne atteinte qui, avant qu'elle n'apparaisse, a pu construire une vie. Face à celle-ci et son évolution inexorable, le malade va petit à petit être en incapacité d'effectuer certaines tâches. La vie professionnelle et les relations amicales vont, par conséquent, progressivement s'arrêter et une dépendance à l'autre va naître. Nous pouvons ainsi avancer l'idée selon laquelle la maladie va donc couper les liens sociaux que la personne pouvait entretenir avant qu'elle ne se manifeste.

Dans de nombreux cas, la première personne affectée, après le malade lui-même, est inévitablement son conjoint. En effet, la maladie lui donne une double charge de travail, ce qui peut devenir difficile à gérer avec le temps. La vie de couple est également mise à rude épreuve ; la personne malade peut de moins en moins assumer son rôle de compagnon et peut remettre en cause la certitude d'un futur à deux. Notons que cette difficulté est à double sens : la maladie entraîne une perte de désir chez la personne (dans 63% des cas) et son compagnon peut avoir une perte d'attraction physique et émotionnelle vis-à-vis des symptômes importants que la chorée de Huntington provoque.

3. Le déguisement de Huntington

Par ailleurs, nous pouvons approfondir la réflexion et proposer une analogie avec les masques que portaient les acteurs dans la Grèce Antique. Il est vrai que la personne malade peut laisser parfois paraître certaines choses, qui sont en réalité fausses. Il est donc nécessaire de connaître les caractéristiques de la maladie de Huntington afin de voir derrière ce déguisement.

Tout d'abord, dans ce déguisement nous retrouvons notamment une hypomimie, due à une perte de tonus au niveau du visage ainsi qu'une perte du contact visuel, qui donne l'impression d'un désintérêt. Cette impression est majorée par la bradyphrénie et par une réponse parfois mal adaptée au niveau de la prosodie, liée à une difficulté à coordonner le message à la respiration.

Ensuite, nous retrouvons également souvent un déguisement dépressif. En effet, les aspects cognitifs de la maladie de Huntington sont semblables aux signes d'une dépression (annexe 3).

Enfin, la marche type d'un patient Huntington revêt aussi un déguisement. Pour des personnes étrangères, ce type de marche peut être assimilée à une marche rappelant un état d'ébriété. A ce sujet, J. Pollard (2013, p.63), écrit dans son livre que la société Huntington du Canada a eu pour thème, lors d'une campagne publicitaire de sensibilisation au cours de laquelle le slogan suivant est utilisé : « Il n'est pas ivre. Il est atteint de la MH [maladie de Huntington]. »

Comme nous avons pu le voir, le développement de la corporéité met en exergue la notion de corps. Ce dernier est important en tant que « véhicule de l'être au monde » et permet au sujet d'être un être en relation. Lorsque la maladie de Huntington touche une personne, la corporéité s'en trouve fortement perturbée. C'est alors à nous, psychomotricien, de trouver des outils pour venir soutenir les malades dans l'étayage de leur corporéité.

Chapitre 2 : La relaxation : une médiation en lien avec la corporéité

I. Une médiation...

A. Définition

Le mot relaxation vient du latin « relaxatio » qui signifie le repos, la détente. Cela s'applique aujourd'hui, à la décontraction musculaire que peut amener la relaxation.

Dans le langage populaire, la relaxation est souvent associée à une méthode aidant contre le stress, mais pour les professionnels du domaine paramédical et médical, elle est devenue un outil véritablement important. En effet les méthodes de relaxation offrent une dimension plus complète que le traitement du stress ; elle met en jeu la corporéité des individus, et, elle est un moyen d'expression corporelle et d'harmonisation du corps et de l'esprit. Par illustration, M. Sapir définit comme relaxation « *toute technique s'exerçant sur le tonus musculaire et visant à son relâchement. Il va de soi que toutes réagissent sur la personnalité dans sa totalité, provoquant des positions affectives et libidinales* » (Jacquet C., 2007, p.36).

La relaxation fait partie, en psychomotricité, des médiations corporelles. Ces dernières sont progressivement réapparues au XXème siècle dans le milieu médical, notamment en psychiatrie. Elles viennent aider et soutenir la prise en charge médicamenteuse, qui reste insuffisante chez certains malades. Ainsi, elles permettent de mettre en avant la sensorialité et la perception du corps dans un cadre suffisamment contenant.

B. Des relaxations

1. Les « pères »

a) Schultz

Schultz est considéré comme étant un « père » de la relaxation. Sa méthode a également inspiré un bon nombre d'autres méthodes, dont les deux techniques qui vont suivre. Par ailleurs, il faut préciser que sa pratique est aussi appelée training autogène. Ce dernier est basé sur la suggestion, c'est pour cela que l'objectif de cette méthode est d'obtenir une déconnexion psychique. Pour atteindre cet état, dans les faits, le sujet est passif, assis ou couché, et se laisse guider par le thérapeute.

Plus concrètement, la méthode Schultz est divisée en deux parties : le cycle inférieur et le cycle supérieur.

D'une part, le cycle inférieur concerne la relaxation en elle-même. Celle-ci se compose d'une induction au calme puis d'une réalisation d'exercices (six au total) afin d'aboutir à une reprise tonique. Les six exercices sont les suivants et il convient de les effectuer dans l'ordre précisé :

- Suggestion de lourdeur dans les membres
- Suggestion de chaleur dans les membres
- Perception des battements du cœur
- Suggestion d'une respiration calme
- Suggestion d'une chaleur profonde (au niveau du plexus solaire situé au niveau de l'estomac)
- Suggestion de fraîcheur au niveau du front afin de diminuer la sensation de chaleur induite auparavant sur tout le corps et de revenir à un état plus tonique.

Nous pouvons voir l'impact sur le plan somatique grâce au changement de température observé par Schultz : « *l'établissement d'une sensation de chaleur, d'abord localisée, puis de plus en plus généralisée est susceptible de provoquer un effet calmant que l'on peut comparer au phénomène d'endormissement (...) cette sensation de chaleur s'accompagnait de modifications objectives de la température* » (Schultz J.H, 1987, p.32).

D'autre part, le cycle supérieur, consiste en une psychothérapie. Cette deuxième partie sort du cycle de la relaxation et de la pratique psychomotrice.

b) Jacobson

Cette technique est considérée comme étant un pilier dans la relaxation. En effet beaucoup de techniques vont s'inspirer de ce que propose la méthode Jacobson. Ce dernier définit la relaxation comme l'« *absence de toute contraction musculaire s'exprimant du point de vue électromyographique par un silence électrique absolu [...]* » (Durand de Bousingen, 1992, p28). Sa méthode a donc pour origine la dimension physiologique, afin d'éliminer toutes les tensions résiduelles du corps. Néanmoins, en favorisant la décontraction musculaire, il y a également un impact sur le versant psychologique.

Pour cela, la méthode propose des exercices où il est demandé de mettre certaines parties du corps en tension dans l'objectif de les repérer et de les ressentir, avant de relâcher. Petit à petit, ces actions vont amener à ressentir les tensions de façon moins massive. Par conséquent, cette méthode est donc particulièrement indiquée en médecine de rééducation mais aussi lorsque le patient n'a pas conscience des tensions dans son corps.

Par ailleurs, en guise d'approfondissements, rappelons que la méthode Jacobson se décompose en deux parties : la relaxation générale et la relaxation différentielle.

D'une part, la relaxation générale consiste à mettre en tension un membre, par exemple l'avant-bras sur le bras. Le but est de maintenir cette tension suffisamment longtemps afin que le patient puisse ressentir ses muscles contractés et les éventuelles tensions. Ensuite, le patient pourra relâcher son membre afin qu'il puisse apprécier ces nouvelles sensations. Cet exercice sera réitéré pendant trente minutes. Au fil des séances, le patient pratique ces exercices de contraction/relâchement sur l'ensemble du corps visant à obtenir une relaxation générale.

D'autre part, la relaxation différentielle s'effectue en seconde partie. Elle permet notamment à l'individu d'engager le minimum de contraction musculaire pour exécuter une tâche. Il s'agit dans ce cas d'obtenir un bon niveau tonique, une réponse adaptée au milieu, tout en gardant une sensation de relaxation.

2. Des méthodes qui en découlent

a) La méditation, une relaxation dite classique

Le mot méditation vient du latin « meditatio » qui correspond à une pratique mentale dans laquelle le sujet porte son attention sur un objet de la pensée, un objet extérieur ou sur lui-même. Cette technique est présente dans de nombreuses méthodes de relaxation comme dans le Yoga à titre d'exemple.

Le principe de base de la méditation est qu'il convient de prendre du temps pour soi, pour être mieux au monde, en étant attentif à sa respiration et à la position de son corps.

Méditer, c'est donc s'accorder du temps, se mettre à un autre rythme, et ne plus être dans l'agir mais plutôt dans l'être. Ce temps pour soi permet ainsi d'atteindre un état modifié de la conscience menant à une paix intérieure et à un apaisement physique et psychique. Sa pratique peut se faire à tout instant et en tout endroit (privilégier les endroits calmes dans les débuts). Il s'agit de se détendre en prenant conscience de sa respiration et de la position de son corps. Outre, la particularité de cette méthode est qu'elle se pratique les yeux mi-clos afin d'avoir toujours un lien avec le monde extérieur et d'accepter les pensées sans les juger. La méditation est une des pratiques de relaxation qui a fait l'objet de nombreuses études scientifiques sur ce qu'elle pouvait apporter. On peut aujourd'hui affirmer qu'elle a de réels bienfaits lorsqu'elle est pratiquée de façon régulière.

b) La méthode Sapir, une relaxation hypnotique

Pour finir avec les méthodes de types hypnotiques, nous pouvons citer la méthode de Sapir, également inspirée de Schultz. Sa méthode se base sur le corps, les perceptions, les sensations, le relâchement neuromusculaire. Le thérapeute doit induire un minimum de suggestion afin de laisser une grande liberté de parole au patient. Sa méthode est dite par « inductions variables » dès lors qu'elle peut être, selon les séances, orale, tactile ou silencieuse. Par ailleurs, le thérapeute adapte son induction en fonction du patient et comment il se présente. De ce fait, de part cette personnalisation de la séance, la notion de relation entre considérablement en jeu.

c) **Bergès, une relaxation psychomotrice**

Bergès propose, quant à lui, une méthode qui reprend des techniques proposées par Schultz. Généralement, ce type de relaxation est adaptée pour les enfants et les adolescents mais peut également être réalisée auprès d'adultes. En effet elle s'intéresse aux problèmes scolaires, à l'estime de soi, à la confiance en soi et aux problématiques liés à la séparation. Sa méthode se décompose en différentes phases :

- Rappel d'un bon souvenir
- Conscience du corps : le patient se touche les différentes parties du corps nommées
- Détente neuro-musculaire : ici, c'est le thérapeute qui manipule. Cela permet à la personne de resituer son corps dans l'espace.
- Globalisation des sensations présentes par introspection personnelle
- Temps de récupération et d'intégration

Suite à la présentation et la typologie des techniques de relaxation, nous allons maintenant discuter des effets de la relaxation qui sont applicables à toutes les méthodes précédemment citées ainsi que la place importante que cette médiation corporelle laisse aux sensations.

II. La relaxation en psychomotricité

A. Les effets de la relaxation

1. Les effets d'ordre physiologique

La relaxation amène de nombreuses modifications physiologiques qui permettent un apaisement du métabolisme et des fonctions organiques. Nous pouvons retrouver entre-autres :

- Une modification de la fréquence cardiaque, dans le sens d'une bradycardie
- Une légère baisse de la température centrale, conséquence de l'hypométabolisme (comparable à l'état de sommeil).
- Une augmentation de la température superficielle grâce à une meilleure circulation périphérique
- Souplesse du tube digestif

Nous allons particulièrement analyser deux autres modifications en relation qui peuvent être observables par le sujet lui-même ainsi que par le thérapeute : le tonus musculaire et la respiration. D'après V. De Monjo cité par M. Guiose (2007, p.79), « *les éléments essentiels que doit contenir n'importe quelle technique pour pouvoir être nommée relaxation [sont] le tonus musculaire [et] la respiration.* »

La respiration est un mécanisme essentiel dans le fonctionnement de notre organisme. Elle est automatique et réflexe mais elle peut également être contrôlée consciemment. De plus, elle joue un rôle dans le maintien de l'homéostasie et plus généralement du fonctionnement de notre corps. La respiration participe à instaurer un bien-être physique qui aura des conséquences sur la vie psychique du sujet. En effet, elle est en lien étroit avec le vécu émotionnel de la personne. Il n'est d'ailleurs pas rare d'observer une respiration plus irrégulière et plus saccadée lors d'évènement stressant, angoissant.

De plus, dans la relaxation, le rythme respiratoire est diminué. Souvent, il est demandé, en début de séance, de prendre conscience de cette respiration sans la modifier. Ainsi, elle permet d'ancrer un point de focalisation et de prendre conscience des mouvements qu'elle induit au niveau du thorax, tout en suggérant le calme.

Par cette diminution du rythme respiratoire, le niveau de conscience et le niveau de vigilance se trouvent également diminués, permettant ainsi une meilleure intégration, par le sujet, des suggestion émises par le thérapeute.

2. Les effets d'ordre psychologique

Les effets physiologiques s'entremêlent aux effets psychologiques et les potentialisent. Les effets psychologiques sont surtout visibles dans le discours du patient : dans le langage du corps et dans la verbalisation. Cette dernière permet à la personne de poser des mots sur ce qu'elle a vécu, ce qui va l'aider à intégrer et à se représenter ce qu'il s'est passé durant la relaxation.

Par ailleurs, nous pouvons observer une régression agissant sur plusieurs paramètres. Tout d'abord, la régression est visible au niveau somatique au sens où la personne se met dans un état de passivité pour se focaliser sur les sensations. Il y a ici une intension au relâchement, à la détente, renforcés par l'induction verbale du thérapeute. D'ailleurs, souvent, la position allongée et les yeux fermés, traduisent cette intention de régression et ce souhait de détente. Ensuite, nous pouvons constater une régression temporo-spatiale. Nous retrouvons en l'occurrence ce que Merleau-Ponty a pu évoquer ; cette régression montre que le corps est inscrit dans l'espace et dans le temps et qu'ainsi, le vécu corporel est mémorisé et chaque éprouvé renvoie à un lieu et un moment défini. Par addition, ce type de régression se traduit par le fait que l'individu appréhende son corps différemment après une séance de relaxation mais aussi par une perception du temps faussée. Généralement, la personne a notamment l'impression que la séance n'a pas duré longtemps alors qu'elle a, en réalité, duré le double du temps perçu. Cette perception faussée du temps est notamment due à une double régression sur le niveau de conscience et sur le niveau de vigilance du sujet engendrée par le repos physique du corps et une respiration plus ample. A titre d'illustration, d'après S. Robert-Ouvray (2020, p.83), « *le changement de niveau tonique s'accompagne d'un changement de niveau de conscience qui permet au sujet [...] de revenir à une mémoire plus naturelle et plus archaïque de la capacité interne à se ressentir, à se connaître* ».

En outre, une notion paradoxale à ces régressions vient s'ajouter : l'hyper-conscientisation de soi. Effectivement, malgré ces régressions, le sujet est finalement plus concentré avec un niveau d'attention plus élevé sur ce que suggère le thérapeute. M. Sapir nommé par N. Baste, (2016, p.218), parle « *d'intensification de la présence au monde* ». Cette notion d'hyper-conscientisation fait référence à la phénoménologie et plus particulièrement sur son étude des phénomènes qui se présentent à la conscience sans qu'ils soient jugés, analysés. Dans cette perspective, la relaxation permet donc au corps d'être le premier réceptacle de ces sensations.

3. Les effets d'ordre neurologique

Comme nous l'avons suggéré précédemment, la relaxation entraîne une modification au niveau de la conscience. Ce changement d'état de conscience se traduit par une variation d'un rythme électroencéphalographique (activité électrique des cellules nerveuses). Parmi ces cycles il existe :

- Le rythme Gamma : supérieur à 30 Hertz (Hz) qui représente un état d'hypervigilance, d'excitation, de stress ou d'anxiété
- Le rythme Beta : entre 15 et 30 Hz qui représente un état d'éveil normal
- Le rythme Alpha : entre 8 et 12 Hz qui évoque un état modifié de conscience, un état de relaxation ou de méditation léger
- Le rythme Thêta : compris entre 4 et 8 Hz, provoque les mêmes états que le rythme Alpha mais sont plus profonds
- Le rythme Delta : inférieur à 8 Hz qui représente un état de sommeil ou un état de méditation profond

Notons que ces états sont les mêmes quelles que soient les méthodes de relaxation utilisées. Pour approfondir, dans le même temps, les modifications de l'activité corticale se manifestent par :

- Une baisse de la vigilance
- Un changement au niveau des perceptions sensorielles
- Une majoration de l'activité onirique avec une augmentation des facultés d'imagerie et d'imprégnation cérébrale.

De ce fait, nous pouvons avancer l'idée selon laquelle les séances de relaxation font vivre aux personnes des expériences inhabituelles qui modulent les rapports des individus avec eux-mêmes, avec leur entourage et avec le monde. Les modifications corticales favorisent l'impact des suggestions sur le patient à tel point qu'il est admis, en relaxation, que l'imaginaire prend le dessus. A ce propos, l'imaginaire tout comme les sensations agréables qui en découlent, deviennent réels et se répercutent sur le corps.

B. Une médiation basée sur les sensations

1. Régulation tonico-émotionnelle

Selon J.C Carric (2000, p189), « *Le tonus se définit comme un état de tension permanent des muscles : tension active, involontaire, variable dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui le renforcent ou l'inhibent.* ». Comme nous l'avons vu précédemment dans les effets de la relaxation, toutes les méthodes sont efficaces pour réguler le tonus. En effet, il fait partie d'un des critères directement observables avec la diminution du rythme respiratoire. Nous observons ici une influence entre la détente psychique et la décontraction musculaire, dans un sens comme dans l'autre. Par exemple, les méthodes qui s'inspirent de Schultz partent du repos de l'esprit et ont une influence sur le soma, alors que les méthodes plus physiologiques (du type Jacobson), partent des muscles pour atteindre le versant psychique.

Également, il ne faut pas oublier que le tonus se modifie dans la relation. A ce titre, Wallon parle de dialogue tonique pour illustrer les changements toniques dans la relation mère/enfant. Par exemple « *Si la mère est nerveuse, l'enfant vit des vibrations toniques spécifiques à l'état d'énervement* » (S. Robert-Ouvray, 2020, p.130). S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval (2015, p.175) diront que la tonicité permet la rencontre avec l'autre, avec soi-même, et enfin avec le nouveau-né qui n'a pas acquis le langage parlé. Le dialogue tonique va dès lors participer aux processus d'individuation du sujet.

Ajuriaguerra ajoutera à la notion de dialogue tonique, la dimension émotionnelle. Nous parlerons alors de dialogue tonico-émotionnel. En effet, les variations toniques traduisent corporellement notre état psychologique et émotionnelle. D'après lui, *« l'enfant, dès sa naissance, s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle le corps. Il réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend. »* (N. Baste, 2016, p.260). De ce fait, dès sa naissance, l'enfant expérimente des sensations de tensions/détentes et cela va se poursuivre tout le long de sa vie. J-D. Vincent, cité par N. Baste (2016, p.259), va même montrer le lien entre le tonus et les émotions : *« Le système nerveux central est l'interprète de tout ce qui se passe dans le monde pour adapter le tonus musculaire à cette présence physique au monde, en accord avec le monde dans lequel le corps se situe. N'est-il pas possible de parler de tonus émotionnel dans ces conditions ? En effet, l'émotion au sens large, ou la passion, c'est tout simplement la manière d'être de l'individu au monde. »*

Pour finir, Reich va également parler de la fonction du tonus comme participant à l'élaboration de la personnalité. Selon lui, la personnalité se définit par le caractère mais également par ce qu'il appelle la *« cuirasse musculaire »*. Cette dernière représente tous les événements traumatiques vécus par le sujet et qui restent en tension musculaire. Il s'agit donc d'une sorte de mécanisme de défense afin de préserver le psychisme.

Grâce à la relaxation, le thérapeute va accompagner l'individu à une prise de conscience de son corps, de ses états toniques et de ses émotions et faire du lien entre le psychique et le somatique.

2. Sensation-perception-représentation

Nous allons commencer par définir ces trois termes. Derrière cette triade, il s'agit en réalité d'un cheminement : par exemple le sujet va éprouver une sensation via ses sens provenant de l'extérieur. Cette information va être envoyée au cerveau afin d'établir une perception sur ce qu'il vit pour que celle-ci puisse aboutir à une représentation mentale de la situation vécue.

La sensation est une impression possible grâce à nos sens qui sont le toucher, l'olfaction, l'audition, la vue et le goût. Certains de ces sens se développent dès la période in utero et d'autres s'établissent durant le développement de l'enfant. On peut également parler d'extéroception qui renvoie au traitement des informations provenant de l'extérieur du corps. A l'inverse, il y a aussi l'intéroception qui se réfère quant à elle au traitement des informations sensibles de l'intérieur du corps. Dans ce sens, nous distinguons alors la viscéroception qui traite les informations des organes et la proprioception qui donne des informations sur les différentes positions des parties du corps.

La perception est la façon dont l'individu voit, prend conscience de ce qui l'entoure. Ce concept, comme on a pu le voir, est très représenté dans la phénoménologie où le sujet est amené à ressentir ces perceptions sans les juger.

La représentation permet de mentaliser la perception. Elle se rapporte à un objet, à une situation à laquelle le sujet a été confronté. Elle est donc pour lui, une nouvelle présentation de l'information perçue, une nouvelle image mnésique.

En relaxation ce mécanisme peut être exploré. Le thérapeute propose, à travers ses mobilisations, son contact ou par l'induction verbale, une expérience corporelle dans un registre pas forcément exploré par le patient. Cette nouvelle expérience, via les sensations, va amener de nouvelles informations au soma et au psychisme afin qu'elles puissent être représentées et symbolisées pour ensuite être plus approfondies. La relaxation permet donc de vivre son corps différemment et « [permet] *au sujet d'expérimenter de vraies expériences corporelles [...], il s'agit aussi de l'aider à assimiler, à intégrer, à transformer ses expériences en représentations symboliques, afin qu'elles lui servent à faire d'autres expériences* » (C. Potel, 2010, p.367-368). L'ensemble des perceptions vont pouvoir amener le patient à parler de celles-ci dans une symbolisation « secondaire » de ses ressentis. R. Rousillon dit : « *La symbolisation implique un temps de production représentative « primaire » qui rend possible l'appropriation subjective préalable à son inscription dans la symbolisation langagière* » (2012, p.218). La symbolisation primaire va relier la première inscription de la chose psychique (sa trace mnésique perceptive) à la représentation de choses, tandis que la symbolisation secondaire relie la représentation de chose à la représentation de mot.

Cette dernière inscrit la représentation de chose dans l'appareil de langage. « *On symbolise dans et à partir de l'appareil de langage* » (2012, p.217). La verbalisation, en fin de séance, va donc être un moyen de mettre des mots sur ce qui a été ressenti et va aider à l'intégration des perceptions.

3. Schéma corporel et image du corps

Le psychomotricien joue un rôle majeur dans la prise en charge des troubles concernant le schéma corporel, comme le dicte le Décret de compétence. Pour Piéron, cité par J.C Carric (2000, p.167), le schéma corporel est la « *représentation que chacun se fait de son corps et qui lui sert de repère dans l'espace* ». C'est une connaissance objective que l'on a de son corps, elle se construit dès la plus jeune enfance grâce aux expériences motrices, kinesthésiques et surtout sensorielles. Pour aller plus loin, H. Wallon inscrit le schéma corporel dans le développement de l'enfant et montre l'importance que joue l'environnement dans son élaboration. Il dira que la conscience du corps est l'aboutissement d'un processus qui permet à l'enfant de se voir comme un objet parmi les objets (cité par M. Guiose 2007, p.87). Ainsi, le schéma corporel permet à chaque individu de se différencier des objets qui nous entourent. Autrement dit, le schéma corporel est donc en lien avec les perceptions et se structure au fil du temps. Selon F. Dolto (1984, p.22), le schéma corporel est conscient et « *spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce humaine* ». De fait, il est, en principe, le même pour les individus (selon l'âge, le sexe, la culture etc...).

De plus, l'image du corps d'après P. Schilder, « *c'est l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes* » (cite par M. Guiose, 2007, p.90). Certains auteurs, comme F. Dolto, lui donnent une fonction plus complexe car celle-ci peut être considérée comme inconsciente. Il s'agit donc d'une connaissance du corps plus subjective et propre à chacun. Dès lors, l'image du corps est donc, dans cette optique, reliée à l'histoire de l'individu, elle est « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles.* » (F. Dolto, 1984, p.22).

Finalement, pour cette auteure, l'image corporelle est croisée à notre schéma corporel. Ces deux dernières notions sont intrinsèques, même si la première est consciente et l'autre inconsciente. C'est notamment grâce à cette concomitance que le sujet peut entrer en relation avec son environnement, avec autrui et avec lui-même.

En relaxation, les deux notions sont abordées. En effet, l'objectif de la relaxation n'est pas seulement de détendre le patient mais il consiste aussi de favoriser des éprouvés corporels et cela dans une sensation de plaisir. Selon E. Pireyre (2015, p.26), les notions de schéma corporel et d'image du corps font appel à ce qu'il nomme « *image composite du corps* ». Parmi celles-ci, nous pouvons retrouver la sensibilité somato-viscérale, le tonus ou encore les compétences communicationnelles du corps. En effet, nous avons eu l'occasion de voir précédemment que ces notions entrent en compte dans la relaxation et sont également traitées grâce à ces images composites du corps. M. Guiose (2007, p.81) montre même « *[qu']entre la réalité neurologique du schéma corporel et la réalité psychique de l'image du corps, il y a un va-et-vient nécessaire car il est impossible de rompre artificiellement l'unité du sujet* ».

La relaxation est un outil que peut utiliser le psychomotricien afin de faire le lien entre le corps et l'esprit. Cette médiation vient enrichir le vécu corporel, donc la corporéité. Il est alors intéressant d'observer dans la pratique comment cette dernière vient soutenir la corporéité des patients Huntington.

PARTIE 2 : CLINIQUE

I. Un nouveau lieu : l'institution

A. L'institution

1. Une MAS

Une MAS est une maison d'accueil spécialisée. D'après F. Vergne et G. Médicci (2016, p.15), les MAS sont des établissements ou des services d'accueil et de soin pour personnes handicapées et dépendantes dont l'état nécessite constamment des soins et une surveillance médicale. Généralement, elles accueillent des personnes avec un handicap congénital ou victimes d'accident ou d'affection invalidante. Néanmoins, sont exclues les personnes qui perdent leur autonomie en raison de l'âge qui sont plutôt dirigées vers des Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante (EHPAD).

Il faut savoir que la MAS a avant tout été, depuis 1951, une pouponnière qui accueillait, à l'origine, des nouveaux nés et des enfants polyhandicapés, avant d'évoluer en Institut Médico-Educatif pour ainsi devenir une MAS. Afin de répondre aux besoins actuels, l'établissement propose depuis 2006 trois formules d'accueil :

- Un internat permettant aux résidents de rester au sein de l'établissement tout le long de l'année
- Un accueil de jour pour proposer aux personnes malades de venir en semaine. Cela a aussi pour objectif de soulager l'entourage.
- Un accueil temporaire à temps complet ou partiel dans la durée limite de 90 jours par an.

Concernant son organisation, la structure se divise en pavillons afin de privilégier les prises en charge et les relations entre résidents et entre soignants/soignés. Ces pavillons sont tous équipés de matériels et d'aides techniques pour le personnel et les résidents. En 2012, un bâtiment a été construit afin de permettre aux résidents de différents pavillons, de passer du temps ensemble dans la grande salle commune.

Pour précisions, depuis 2017, la MAS a rejoint le groupe privé Clinipôle qui œuvre dans le secteur sanitaire et médico-social.

2. La population

La population accueillie à la MAS se compose principalement des personnes adultes souffrant de polyhandicap. D'après le Décret du 9 Mai 2017 (cité par le site du Gouvernement français⁴), une personne polyhandicapée est un individu « *présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique* ».

Historiquement, la MAS dans laquelle j'effectue mon stage, est occupée par des personnes atteintes d'un handicap congénital. Depuis une vingtaine d'année, sont accueillies des personnes porteuses de maladies neurodégénératives ou résultant d'un accident de la vie. A ce jour, la structure a une capacité d'accueil de 102 personnes et est spécialisée dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie de Huntington.

3. La psychomotricité au sein du plateau technique

Au sein de la MAS, le psychomotricien exerce auprès d'une équipe administrative, d'une équipe de soin et d'une équipe de thérapeutes à laquelle il fait partie. Aujourd'hui, deux psychomotriciens sont présents dans la structure afin de répondre à la demande, révélant ainsi l'intérêt de la profession auprès de la direction et son intérêt auprès de la population accueillie.

Selon F. Vergne et G. Médiçi (2016, p.101), « *les objectifs généraux en MAS sont, entre autres, la réduction de la souffrance, la réduction de l'isolement, la découverte de l'utilisation de son corps, l'amélioration de la relation à soi, aux autres et à l'environnement* ». Dans la structure, le psychomotricien doit ainsi répondre à plusieurs sollicitations. Principalement, il lui est demandé, une évaluation des capacités psychomotrices, en particulier lorsqu'une personne arrive dans l'établissement. Ce bilan pourra être réitéré l'année suivante afin de voir l'évolution.

⁴ <https://handicap.gouv.fr/grands-dossiers/polyhandicap/article/le-polyhandicap-plan-d-actions-pour-une-meilleure-reconnaissance-des-droits-des>

Ensuite, le psychomotricien doit viser le rassemblement psychocorporel des résidents dans le but d'un mieux-être tant physique que psychique. En effet, il est plutôt recherché un maintien et une stimulation des fonctions motrice, cognitive, affective et psychologique des résidents.

Pour cela, le psychomotricien détient plusieurs points d'appui :

- Favoriser l'enrichissement du répertoire sensoriel
- Proposer des expériences sensorielles génératrices de plaisir de faire
- Contribuer à la prise de conscience de l'enveloppe corporelle pour étayer une unité psychocorporelle
- Permettre l'intégration et l'acceptation de la situation d'handicap et valoriser l'autonomie
- Encourager un ajustement tonico-émotionnel en favorisant une détente psychocorporelle

Par conséquent, le psychomotricien doit se former continuellement dans le but de proposer des prises en charge adaptées aux pathologies de chacun des résidents.

B. La médiation en institution

1. Une place importante

Les médiations prennent une part importante dans le cadre d'une prise en soin auprès de personnes résidant en MAS. En effet, comme nous avons pu le voir, ces personnes, parfois lourdement handicapées, ont besoin de soins médicaux permanents. De ce fait, il est nécessaire de maintenir les capacités déjà existantes et de favoriser le mieux-être. La MAS montre son intérêt vis-à-vis des médiations utilisées dans les prises en charge, à travers la construction d'infrastructure. Dans cette logique, la structure possède une salle de musicothérapie, une salle de balnéothérapie, une salle Snoezelen, un atelier d'équithérapie et une piscine. Notons que le psychomotricien va particulièrement investir ces lieux au sens où ils permettent l'exploration de diverses médiations mettant le corps et le psychisme en action, en mouvement.

2. L'atelier relaxation

L'atelier relaxation fait partie intégrante de la vie de la MAS. Il est pratiqué depuis un certain temps, notamment auprès des personnes atteintes de la maladie de Huntington et suit la demande des projets thérapeutiques des résidents. Dans ces derniers, la médiation relaxation a souvent pour objectif une détente musculaire et psychique afin que la personne ait une meilleure conscience de soi. En effet, comme on a pu le voir précédemment, ces deux versants, physique et psychologique, sont grandement affectés dans la maladie de Huntington. L'atelier peut donc être inclus au projet thérapeutique du résident suite à un bilan effectué par le psychomotricien ou suite à une demande de l'équipe. La prise en charge sera par la suite, validée par le médecin de la structure. De plus, il est important de noter que la prise en charge en psychomotricité s'articule aux autres prises en charge mais procède dans une continuité et une logique de soins en dépit de la variété de ceux-ci.

Il sera également évalué, en fonction des objectifs d'une prise en charge, si cet atelier se fait en groupe ou de façon individuelle. Le cadre thérapeutique devra donc s'adapter à cette condition de prise en charge mais devra rester contenant et sécurisant afin que les personnes bénéficiaires puissent apprécier le moment de relaxation.

Par ailleurs, afin de construire une séance de relaxation, il est nécessaire d'avoir l'accord du patient ; il faut qu'il valide cette prise en charge. En effet, la motivation de la personne est essentielle dans ce type de séance, sinon, les effets seront moindres. Le psychomotricien devra prendre connaissance de l'histoire de vie du résident afin de pouvoir proposer ou pas, certains sujets au cours des séances de relaxation, notamment lors des inductions verbales et des visualisations. Il devra aussi parallèlement remarquer toutes les manifestations du patient et s'adapter en cas de débordement.

En définitive, si la médiation relaxation peut être utilisée par différents professionnels, le psychomotricien se différencie toutefois par sa lecture corporelle de la symptomatologie du patient. Il va porter son attention sur les aspects toniques, émotionnels et corporels de la personne accompagnée.

Dans une même perspective, auprès des patients Huntington de la MAS, les psychomotriciens ont mis en place une cure qui se réalise dans le temps et où sont utilisées des méthodes de relaxation différentes selon l'évolution de la maladie. Cela permet à la personne malade de bénéficier, le plus longtemps possible de cet atelier, de façon adaptée :

- On commence généralement avec la méthode Jacobson. Le patient est encore en capacité d'avoir une action directe sur ses muscles. Cela va lui permettre de prendre conscience de ses tensions et de son enveloppe musculaire sur laquelle il peut encore agir malgré les mouvements choréiques. Cette méthode est réalisée au début de la maladie.
- Vient ensuite avec de la visualisation. A ce moment, le patient voit sa maladie progresser ce qui influence fortement sa façon d'être dans son environnement. La visualisation peut se baser sur des éléments de l'histoire de vie du patient ou sur quelque chose de plus général, abstrait, mais toujours de manière positive et véhiculant un message. La visualisation permet notamment de palier au stress qu'apporte la maladie.
- Pour finir, lorsque la maladie est à un stade très avancée et que la personne atteinte n'a plus l'acquisition de la marche, la capacité de communiquer via le langage oral et qu'une rigidité musculaire s'installe, il est proposé des méthodes de relaxation dirigées sur les vibrations (type relaxation coréenne) ou le toucher. Cette approche est un moyen pour le patient d'apprécier une détente et de ressentir son enveloppe corporelle.

Au cours de ces séances, peu importe la méthode employée, il est d'abord demandé au patient de prendre conscience des appuis de son corps sur le matelas et de prendre conscience de sa respiration. Durant la séance de relaxation, un moment de calme est proposé afin que la personne puisse ressentir son corps à cet instant. A la fin, une verbalisation est possible, adaptée aux capacités du patient, mais non imposée.

II. Une contenance pour mieux accepter la maladie

A. Une histoire de vie : Sabine.

1. Anamnèse

Sabine est une femme âgée de 57 ans, diagnostiquée malade de Huntington depuis 2011 à l'âge de 48 ans. Elle est issue d'une famille de dix enfants dont deux sont décédés peu après leur naissance. Parmi ses huit frères et sœurs, deux seulement n'ont pas la maladie. Elle a également une sœur jumelle, atteinte par la maladie. Cette dernière a été transmise par le père.

2. Situation familiale

Elle est mariée et à trois enfants (deux garçons et une fille) qui ont tous une situation professionnelle. Sabine, n'habitant pas loin de la MAS, rentre tous les dimanches afin de partager un repas avec son mari et parfois ses enfants ou membres de sa famille. Elle apprécie particulièrement ses moments qui lui permettent d'échanger avec ses proches.

3. Parcours

Avant l'annonce de la maladie, Sabine exerçait en tant que secrétaire médicale. Depuis le diagnostic de la maladie en 2011, Sabine fait des courts séjours en institution et elle est accueillie à l'accueil de jour à la MAS. Fin 2019, le maintien à domicile devient trop compliqué. Avant d'entrer définitivement à la MAS début 2020, elle fait un court séjour en psychiatrie adulte.

4. Prise en charge

Sabine a été suivie, dans ses débuts dans l'institution, par la psychologue afin de lui faire évoquer les peurs et les angoisses qu'elle pouvait avoir autour de la maladie, notamment vis-à-vis de ses enfants et la possibilité de leur avoir transmis le gène. Désormais, elle peut bénéficier de ce suivi lorsque qu'elle en ressent le besoin. En psychomotricité, l'objectif est principalement l'acceptation de la maladie et, conséquemment, la régulation tonique pour maintenir la marche le plus longtemps possible.

B. Bilans

1. Son profil psychomoteur

Au regard des différentes observations cliniques au moment de la passation du bilan, il est possible de dresser un profil psychomoteur de Sabine. Je vais donc exposer le bilan de réévaluation effectué en Septembre 2020 et mettre en avant les différences qui sont ressorties par rapport à son bilan d'entrée réalisé début 2020 (annexe 4 et 5). Précisons que le bilan de réévaluation a été réalisé suite à la demande générale de l'équipe vis-à-vis d'un déclin visible chez Sabine.

Durant la passation du bilan de réévaluation, Sabine possède une bonne compréhension des consignes et participe volontiers. C'est une femme avenante qui est capable de créer du lien et est présente dans l'échange avec des émotions exprimées et adaptées. De plus, son versant hypertonique est toujours présent avec une persistance des paratonies et une impossibilité de résolution musculaire. De ce fait, les mouvements de Sabine manquent de fluidité et sont entravés par son hypertonie et les mouvements choréiques.

Depuis les observations lors du bilan d'entrée, Sabine a un langage oral cohérent mais la dysarthrie est de plus en plus présente. Ensuite, elle présente une grande fatigabilité avec une attention et une vigilance très labile durant la passation du bilan. Sa sphère cognitive, qui présentait déjà quelques difficultés lors de son entrée, est plus affectée avec des difficultés au niveau des repères temporels et mnésiques persistants malgré des indications importantes. Ses difficultés mnésique et attentionnelle entraînent corrélativement un déficit au niveau de son organisation spatiale.

Par suite logique, sur le versant moteur, l'équilibre de Sabine est de plus en plus précaire ; les chutes sont très présentes, quasi quotidiennes. Pour cette raison, elle utilise un fauteuil avec une contention pelvienne ou un casque lorsqu'elle souhaite marcher. Ce dernier est utilisé afin d'éviter les impacts au niveau de la tête, qui sont fréquents lors de ses chutes. De plus, ces dernières sont majorées par un déficit oculomoteur. En effet, son regard est de plus en plus fixe avec une perte de la poursuite oculaire au niveau périphérique, ce qui l'empêche de voir les obstacles au sol. Pour finir, les mouvements demandant une dissociation, un déliement digital ou une manipulation fine, sont désormais impossibles à réaliser.

2. Le projet thérapeutique

Suite au bilan, plusieurs axes de travail ont été établis pour une prise en charge en psychomotricité :

- Maintenir les acquis de la marche
- Améliorer la régulation tonique
- Amener des échanges sociaux
- Stimuler la sphère cognitive

La médiation relaxation est un moyen mis en œuvre notamment pour améliorer la régulation tonique chez Sabine et ainsi favoriser le maintien de la marche.

3. La séance type de Sabine

De manière générale, les séances avec Sabine se déroulent tous les jeudis matin durant une heure. Celles-ci sont structurées en trois parties :

- Un moment où on laisse place à la conversation
- Un moment où on fait un parcours moteur
- Un moment de détente

C. Une prise en charge

1. Première rencontre

Je rencontre Sabine dès mon premier jour de stage, en Septembre 2020. Ce jour-là, j'étais alors auprès de la psychomotricienne qui venait la chercher dans la grande salle pour sa séance habituelle du jeudi matin. J'apercevais alors une femme élancée et fine, portant des lunettes, qui marchait d'une façon particulière. La psychomotricienne m'avait déjà prévenue que Sabine était atteinte de la maladie de Huntington et m'avait expliqué dans les grandes lignes les manifestations de cette maladie. Cependant je n'avais jamais été confrontée à celle-ci. Le premier symptôme visible fut les mouvements choréiques.

En effet, Sabine, dans sa marche, illustre bien la phrase de sensibilisation à la maladie citée précédemment « *Il n'est pas ivre. Il est atteint de la MH [maladie de Huntington].* » (Société Huntington du Canada cité par J. Pollard 2013, p.63). Chaque pas qu'elle faisait mettait tout son corps en mouvement, à tel point qu'elle donnait l'impression de perdre l'équilibre.

Une fois présentée, Sabine ne semblait pas opposée ou gênée par ma présence en séance. Elle fut même curieuse et me posa plusieurs questions.

2. Parler pour se sentir exister

Sabine aime commencer les séances par un moment de parole. Ce moment est devenu un rituel que l'on maintient au fil du temps. Ce rituel permet de faire une transition entre le moment avant la séance et la séance elle-même. Il permet d'inclure ce moment dans un espace-temps défini. Elle apprécie particulièrement parler avec le personnel et le manifeste souvent par un « écoute moi ! » afin qu'on lui porte attention. Notons que ses conversations sont relativement centrées, dans le sens où elles tournent beaucoup autour de ses enfants et de son mari.

Les moments de détente, où la méthode Jacobson est appliquée, sont compliqués pour elle, qui souhaite parler et qui se trouve parasitée par les mouvements choréiques. De plus, Sabine arrive à suivre nos indications mais sa capacité attentionnelle est très réduite ce qui ne permet pas de faire les exercices plus de cinq minutes.

Suite à ces séances où sa capacité à se détendre est resté limité, on a pu donner une fonction au langage qui est très utilisé par Sabine. Celui-ci est peut-être un moyen pour elle de combler le vide qui l'entoure et de créer une enveloppe sonore qui la contient, qui fait résonance dans son corps parasité par les mouvements choréiques lui permettant, aussi, de rester en relation avec autrui.

3. Agir « comme avant »

Au fil des séances, je me suis rendue compte que Sabine parle tout le temps des autres mais jamais d'elle. En effet, elle a pu nous dire à maintes reprises qu'elle aimait s'occuper des autres. En revanche, lorsque nous lui demandons comment elle se sent, il est parfois difficile d'obtenir une vraie réponse. Elle rejette notamment ces questions, comme si elle rejetait, par ce biais, aussi la maladie et son état.

Ce vraisemblable déni face à la maladie se manifeste aussi à travers certaines activités que Sabine avait l'habitude de faire avant que les symptômes soient trop présents. En effet, en guise d'exemple, elle souhaitait coudre mais, la machine à coudre présente trop de dangers face à ces mouvements choréiques. Elle a toutefois, pu réaliser l'activité avec des outils adaptés afin qu'elle ne puisse pas se blesser. Cependant cette médiation couture, plus adaptée à la situation, n'a pas permis de combler Sabine dont le souhait est de coudre « comme avant ». Durant les séances, on prend donc un moment pour lui expliquer que certaines choses ne sont plus possibles car cela peut la mettre en danger.

Pour pallier à ce manque, on a proposé à Sabine des activités sécurisantes mais vectrices d'autonomie. A ce titre, nous lui avons suggéré d'aider le personnel à plier le linge. Notons que cette activité faisait aussi partie des tâches qu'elle avait l'habitude de faire chez elle et qu'elle appréciait. Sabine mettait du cœur à l'entretien de sa maison et aux tâches ménagères afin de permettre à son mari et à ses enfants de vivre dans un lieu agréable. Cette activité était donc une opportunité de revivre des moments vécus avant la maladie -ce qui la rassurer-, de mettre en avant ses capacités et ainsi lui montrer qu'elle est encore capable de faire certaines choses, de s'occuper en dépit de la maladie.

4. Bouger comme moyen d'être au monde

Malgré les nombreuses chutes, Sabine apprécie de marcher et ne présente pas d'appréhension. Lors des séances, elle marche en effectuant un parcours qui présente différentes textures de sol et différents niveaux afin de travailler l'équilibre, la proprioception, l'investissement de l'espace ou encore la coordination.

Comme a pu le révéler le bilan de réévaluation, il est de plus en plus compliqué pour Sabine de réaliser le parcours sans danger. Il est vrai que, son regard étant fixe, le balayage visuel devient difficile ce qui l'empêche d'anticiper et d'adapter son mouvement face aux obstacles. Par surcroît, le changement de texture du sol, comme par exemple passer sur un

tapis en mousse, déséquilibre fortement Sabine qui a des difficultés à se rééquilibrer lors d'action dynamique. Dans sa posture, Sabine présente ainsi une inclinaison du buste sur la gauche et en avant. Cela déplace son centre de gravité ce qui, dans ses déplacements, amène une précipitation vers l'avant et majore à nouveau le risque de perte d'équilibre.

Lors des moments de relaxation, Sabine se trouve en difficulté dans le maintien de la position allongée. Malgré son souci de vouloir bien faire, elle ne peut s'empêcher de se lever et de marcher. Le fait de laisser son corps immobile et inactif semble être mal vécu par Sabine. La marche lui permet de rester et de se sentir active dans la relation avec les autres. De plus, cette marche semble être utilisée comme mécanisme de défense face à la progression de la maladie. In fine, elle contribue avec le langage, à un sentiment d'identité chez Sabine qui peut ainsi se sentir « vivante ».

5. Une séance pas comme les autres

Lors d'une séance où Sabine n'était pas dans de bonne disposition psychologique suite à un évènement survenu dans la semaine, il a été plus facile pour elle d'accepter le moment de détente. Cette fois-ci nous lui avons proposé de s'allonger et d'écouter de la musique afin de lui apporter une contenance et une enveloppe sonore différente au langage. Cette dernière s'avérait être le bruit de la mer, ce qu'elle appréciait. Son corps était moins parasité par les mouvements choréïques dont leurs manifestations dépendent de l'état émotionnel de la personne et donc du tonus. J'ai aussi choisi de faire la séance à l'aide d'une balle à picot. J'ai passé cette balle sur son corps afin de donner une sensation d'unité corporelle en lui proposant une visualisation sur la mer afin de renforcer la contenance avec ma voix. Cette séance fut particulière dans le sens où Sabine a su se saisir de ce moment et s'est réellement laissée aller, sans intervenir verbalement. Elle n'a pas été interrompue par ses mouvements et a accepté la balle sur son corps. A la fin, elle a su me dire qu'elle avait apprécié ce moment.

Suite à cette séance et aux observations cliniques précédentes, il a été convenu d'essayer des séances en piscine, dont dispose la structure. On pourra y travailler l'élément moteur mais nous pourrions particulièrement amener plus de contenance grâce à l'eau dont une des fonctions psychomotrices est justement d'être contenante.

6. L'eau comme nouveau médiateur

Sabine accepte volontiers de poursuivre les séances dans l'eau. Au cours de ces dernières, elle ne présente pas d'appréhension dans la mesure où elle avait pour habitude de se baigner chez sa sœur jumelle.

A titre d'informations, la prise en charge dans l'eau a commencé fin janvier 2021. Cette dernière se fait toujours sur la même plage horaire du jeudi matin afin de ne pas perturber les habitudes de Sabine.

Nous allons la chercher dans la salle commune où nous l'installons dans son fauteuil roulant. Le déplacement en fauteuil est plus sécurisant pour Sabine, notamment lors du retour où elle se trouve plus faible suite à la séance dans l'eau. En effet, la température de l'eau est entre 33° et 37°, ce qui se rapproche de la température corporelle. Les échanges entre le milieu extérieur et le milieu intérieur s'effectuent afin que le corps puisse s'adapter à son environnement. Cela se traduit par une action sédative et décontractante des muscles.

Lorsque nous arrivons à la piscine pour qu'elle puisse se changer, Sabine est impatiente et se lève pour se déshabiller. Cette impatience est difficile à canaliser, et nous demande une disponibilité afin de ne pas provoquer de l'irritabilité mais aussi pour assurer la sécurité de Sabine et éviter les chutes dues à son équilibre précaire.

Sabine entre dans l'eau sans appréhension auprès de la psychomotricienne et moi-même. Une fois son corps immergé et n'ayant que la tête hors de l'eau, Sabine marche dans le bassin. La résistance de l'eau sur le corps de Sabine lui permet de s'ajuster et de se rééquilibrer, ce qui se traduit par un redressement du tronc. De cette façon, elle est moins en situation de déséquilibre et sa verticalisation est plus efficace. De plus elle ne présente plus de mouvements choréiques au niveau de ses membres. Cela est notamment provoqué par l'état d'apesanteur défini par le principe d'Archimède que permet l'eau. Cet état se traduit par une baisse de la charge musculaire et par une mobilité plus efficace. Sabine est conséquemment plus attentive à ce qui l'entoure et à la relation ce qui renforce positivement son état psychologique général.

Lors des moments de détente corporelle, nous installons Sabine en flottaison dorsale, à la surface de l'eau afin qu'elle puisse ressentir son corps léger, en apesanteur. Avec un maintien au niveau du cou et au niveau du bassin, des mouvements de bercement sont réalisés. Il est également possible de prendre Sabine sous les aisselles alors qu'elle est de dos à la psychomotricienne. Cette dernière se déplace en marche arrière afin que l'eau glisse sur le corps, la peau de Sabine et lui donner « *l'impression d'aller dans le sens de l'eau, d'être soutenu par elle, porté par les bras d'eau* » (C. Potel, 2009, p.53). Lors de ces moments, Sabine se laisse ainsi aller plus longtemps en comparaison aux séances de relaxation en salle de psychomotricité. Ce constat est notamment visible par l'absence des mouvements choréiques et un besoin moins présent de parler. Sabine est davantage disponible au moment de part la contenance et l'enveloppe qu'apporte l'eau mais aussi par rapport à la relation de confiance avec la psychomotricienne. De plus, lorsque nous lui posons des questions, notamment sur la maladie, elle sait se confier et nous dire qu'elle sent ses jambes la lâcher, qui ne la soutiennent plus alors qu'il était difficile, auparavant, d'avoir une réponse à nos questions la concernant.

7. Etat des lieux : mars 2021

Le 11 Mars 2021 (annexe 6), j'ai pu faire passer un bilan à Sabine après accord de sa part. Celui-ci était un moyen de considérer l'évolution éventuelle de la maladie.

Globalement, nous pouvons remarquer qu'il n'y a pas d'évolution majeures chez Sabine depuis le dernier bilan réalisé et évoqué précédemment, datant du 2 Septembre 2020. Nous pouvons ainsi souligner à nouveau, un équilibre précaire de part l'absence totale de rééquilibration, une fatigabilité et la présence intensifiée des mouvements choréiques. De surcroît, l'organisation corporelle devient une vraie difficulté chez Sabine, renforcée par une proprioception peu efficiente. Cela amène donc inévitablement une confusion au niveau de sa motricité. Par ailleurs, à propos des capacités langagières, la communication orale est de moins en moins cohérente et difficilement compréhensible. En effet, Sabine présente une hypersalivation et une hypotonie des muscles de la face qui intensifient la dysarthrie. Ainsi, il lui arrive d'avoir des moments « d'absence » dans la relation à l'autre. Ses repères temporels sont également perturbés malgré une aide importante.

Dans une autre perspective, il s'agit de conclure que, durant ces quelques mois, Sabine a pu apprécier la détente dans l'eau, qui offre une capacité de contenance. La relaxation dans l'eau a permis de mettre deux corps en relation, notamment par le toucher. Cela a contribué à mettre en avant chez Sabine un laisser-aller, une confiance envers le psychomotricien. Elle a pu expérimenter un mode de communication (dialogue tonico-émotionnel) différent de celui qu'elle utilise habituellement ; le langage. Au fil des séances, le besoin de parler pour se sentir soutenue et existante s'est ainsi peu à peu atténué.

En d'autres termes, cette façon qui lui permettait de se sentir contenue a sans doute été remplacée par la prise en charge dans l'eau qui permet de renforcer l'enveloppe et le soutien corporel. De plus, son redressement, et sa capacité à marcher de manière plus stable en milieu aquatique, ont constitué des points d'appui pour davantage être en relation avec ce qui l'entourait. In fine, elle qui a été très active avant que la maladie ne devienne trop invalidante, a su apprécier ces moments de détente au cours desquels les mouvements choréiques ne prennent plus le dessus.

Par conséquent, la prise en charge dans l'eau va se poursuivre dans un double objectif d'aider Sabine à marcher tout en étayant sa verticalité. Cela lui permet d'être plus présente dans la relation à l'autre, soutenu par l'eau qui fait tiers entre Sabine, la psychomotricienne et moi-même.

III. Une ouverture sur le monde

A. Une histoire de vie : Cristian

1. Anamnèse

Cristian est un homme âgé de 42 ans, diagnostiqué de la maladie de Huntington en pré-symptomatique au cours de l'année 2005. Les premiers symptômes sont apparus en 2009 avec comme prédominance, des mouvements choréïques et des pertes d'équilibre. La maladie lui a été transmise par sa mère, décédée à ce jour. Il est fils unique et était au courant qu'il pouvait potentiellement être malade. Durant une partie de sa vie, il a été champion de BMX (sport extrême en bicross).

2. Situation familiale

Il est divorcé et père de deux jeunes enfants (une fille et un garçon). Il est toujours en lien avec eux et son ex-femme est toujours présente. Ses proches n'habitent pas à proximité de la MAS mais viennent dès qu'ils le peuvent. Durant la période où les visites n'étaient pas possibles à cause de la crise sanitaire, les appels vidéos étaient notamment très importants pour Cristian et ses enfants.

3. Parcours

Depuis le diagnostic de la maladie en 2005, Cristian a pu rester à domicile jusqu'en 2018. Durant cette période, il a bénéficié d'aide à domicile et a effectué quelque court séjour en hôpital. Il est finalement définitivement entré à la MAS en début d'année 2018.

4. Prise en charge

Actuellement, Cristian bénéficie d'une prise en charge auprès de la psychologue de la structure afin de faire le lien avec ses enfants, en particulier durant la situation sanitaire qui a rendu les rencontres impossibles.

En psychomotricité la prise en charge se centre davantage sur l'amélioration de la régulation tonique et sur les échanges sociaux. En effet, Cristian ne souhaite pas aller dans la salle commune ou alors y reste que très peu de temps. De ce fait, il reste souvent seul dans sa chambre.

B. Bilans

1. Son profil psychomoteur

Suivant les observations cliniques et la passation du bilan, un profil psychomoteur de Cristian s'est construit. Je vais mettre en avant ici le bilan de réévaluation réalisé en Juin 2020 afin de montrer les différences par rapport à son bilan d'entrée effectué début 2018 (annexe 7 et 8).

Durant la passation du bilan de réévaluation, Cristian est décrit comme une personne calme et souriante qui participe aux activités proposées et qui comprend bien les consignes. Il maintient une bonne attention, une bonne vigilance et présente peu de fatigabilité malgré une certaine lenteur dans l'exécution des tâches. Concernant l'organisation spatio-temporelle, Cristian sait se situer dans l'année, même si la date du jour n'est pas connue, et sait se repérer et s'orienter facilement dans l'espace. De plus, il est capable d'être présent dans l'échange avec des émotions adaptées.

Depuis ce qui a été observé lors du bilan d'entrée, Cristian est en capacité de se faire comprendre par l'équipe grâce au langage oral mais celui-ci devient de plus en plus compliqué, notamment à cause d'une hypersalivation. Ensuite, son tonus d'action sur le versant hypotonique ainsi que son tonus de fond sur le versant hypertonique, entraînent de grandes difficultés lors de la marche, avec une régulation tonique compliquée. Sur le versant moteur, l'équilibre est fortement affecté et les chutes sont récurrentes à cause d'une absence de rééquilibration et d'une poursuite oculaire saccadée. Par conséquent, la marche ne devient plus possible sans qu'il y ait une surveillance en permanence à ses côtés. Également, les mouvements choréiques, de plus en plus présents, entravent une motricité efficiente. Pour les raisons précédemment énumérées, Cristian a accepté de se déplacer en fauteuil roulant.

Pour finir, précisons que les mouvements fins manquent de fluidité à cause des mouvements choréïques. Les actions de motricité fine demandent donc de l'énergie à Cristian et cet excès se manifeste par une augmentation du tonus.

2. Le projet thérapeutique

Suite au bilan, plusieurs axes de travail ont été établis pour une prise en charge en psychomotricité :

- Maintenir les acquis de la marche
- Améliorer la régulation tonique
- Amener des échanges sociaux
- Stimuler la sphère cognitive

La médiation relaxation en groupe est un moyen mis en œuvre notamment pour améliorer la régulation tonique chez Cristian afin de favoriser le maintien de la marche. Cette médiation lui permettra aussi de lui procurer un moment d'apaisement et d'être entouré d'autres personnes atteintes de la maladie de Huntington

3. Une séance type de Cristian

De manière générale, les séances avec Cristian se déroulent tous les jeudis après-midi durant une heure. Elles se déroulent sur un temps de relaxation à l'aide de la verbalisation sur l'acceptation de la maladie mais aussi sur des « invitations au voyage » mettant les sens en avant. Sa prise en charge s'effectue essentiellement en groupe afin de favoriser la sphère sociale et ne pas rester uniquement dans une relation duelle avec un professionnel.

C. Une prise en charge

1. Première rencontre

Je rencontre Cristian dans les débuts de mon stage à la MAS. La psychomotricienne et moi-même faisons une visite de courtoisie afin que je puisse me présenter et communiquer avec les résidents. Je rencontre donc Cristian dans sa chambre qu'il occupe avec un autre homme également touché par la maladie. Lors de ce moment, Cristian est seul dans sa chambre, il est assis sur sa chaise à côté de son lit et regarde la télé. Sa position est avachie. Celle-ci est la conséquence des mouvements choréiques au niveau des membres inférieurs qui amènent le bassin vers l'avant. Cette position est renforcée par un tonus de posture hypotonique. Il présente également de légers mouvements de la tête ainsi que de la sphère bucco-faciale qui sont en réalité des mouvements choréiques.

Notre entrée dans sa chambre après avoir frappé sur la porte déjà ouverte, requière chez Cristian une augmentation tonique qui se manifeste par un redressement du tronc, et le positionnement de ses mains sur les accoudoirs comme s'il souhaitait prendre un appui pour se lever. Un fois le regard posé en notre direction, cette tension tonique se dissipe instantanément et Cristian revient à sa position initiale, avachie dans sa chaise, les coudes reposant sur les accoudoirs et ses mains réunies en son centre, au niveau du ventre.

Je me présentai à lui et il me tendit la main pour me saluer. Nous ne sommes pas restées longtemps, seulement un court instant pour savoir comment il allait. En effet, Cristian nous a dit qu'il allait « bien » mais ensuite, malgré les tentatives de la psychomotricienne, il n'est pas entré en contact avec nous, son regard était fixé sur l'écran. Cristian paraissait ainsi « dans sa bulle », détaché du monde extérieur, dans un isolement social. Dans ce sens, il n'y avait pas de contact visuel et très peu de communication verbale.

2. Un moment à part

Depuis son entrée dans l'institution en 2018, Cristian apprécie les moments seul. Il est souvent dans sa chambre et ne vient que rarement dans la salle commune avec les autres résidents du pavillon dont la plupart sont porteurs de la maladie. Cet enfermement est peut-être dû à une certaine appréhension envers la maladie ; comme si Cristian s'identifiait aux autres personnes touchées par la maladie de Huntington et que cela induisait à un rejet et un

enfermement sur lui-même. Le fait de ne pas aller dans la salle l'aide ainsi à « se protéger » de la réalité, à ne pas être confronté aux autres personnes atteintes de la maladie de Huntington à des stades plus sévères.

Les séances de relaxations font dès lors, parties des rares moments au cours desquels Cristian est en compagnie d'autres personnes également touchées par la maladie de Huntington. Cette médiation constitue donc un rare moment où il est impliqué dans la vie de l'institution et où il prend plaisir à venir et où il trouve le calme.

3. Vers un équilibre psychosomatique

Au fil des séances, Cristian ne présente aucune difficulté à entrer dans un état de relaxation. Cette implication montre une réelle envie de vivre un moment agréable ce qui se traduit presque instantanément lorsqu'il est en position allongé et qu'il ferme les yeux. Cela lui permet de se couper des stimuli visuels et d'apporter une attention particulière à ses sensations internes. Ses mouvements choréiques, très présents au niveau de la face, s'estompent pour laisser se détendre les muscles. Ce moment l'autorise à se couper du monde réel, de vivre et de ressentir des choses auxquelles il n'était plus sensible en vivant dans l'institution.

Par ailleurs, durant les séances, sa respiration s'apaise. De plus, il prend réellement conscience de celle-ci lorsque je l'évoque. En effet, je verbalise le fait qu'il est important de respirer profondément, afin de faire rentrer l'oxygène que je compare à de « bonne chose » qui se propage dans tout le corps et l'esprit. Le dioxyde de carbone ou « mauvaise chose » est expulsé du corps. Lors de ce moment, Cristian joint ses mains au niveau de son abdomen afin de ressentir sa respiration à travers le contact tactile. Cette action renforce alors les métaphores précédemment verbalisées. En effet, la respiration participe à instaurer un bien-être physique qui aura des conséquences sur la vie psychique. Elle est également en lien étroit avec les émotions et donc avec le tonus. Corrélativement, elle renforce l'ancrage du corps de Cristian dans le matelas. Sa respiration ample et régulière est aussi un moyen efficace de rétablir un équilibre au niveau de l'homéostasie grâce à la stimulation du système sympathique et parasympathique au fil des inspirations et des expirations.

Le cadre général posé lors des séances de relaxation permet également à Cristian de vivre cet équilibre psychosomatique. Il renvoie notamment un aspect contenant et sécurisant afin qu'il puisse se laisser aller.

4. Le groupe porteur

Cristian suit les séances de relaxation avec d'autres personnes porteuses de la maladie. L'intérêt de ces séances communes est d'amener Cristian dans une activité vécue par plusieurs personnes en même temps et qui ont la même maladie -chose difficilement acceptable pour lui-.

En outre, même si la plupart des malades ne communiquent pas par le langage, le groupe créait à lui seul une atmosphère et vient ajouter une composante au cadre thérapeutique. Le groupe à lui seul apporte effectivement une interaction même si la communication verbale est absente ; la communication non-verbale est alors le principal outil. Ainsi, il convient d'entendre qu'une telle séance vient donc renforcer chez Cristian l'aspect social et son sentiment d'identité et d'appartenance à un groupe.

Concernant la nature du groupe, détaillons que ce dernier a pu varier au cours de deux séances dû à l'indisponibilité de certains résidents. En fonction du groupe et des personnes qui le constituent, j'ai pu observer certaines variations. En effet, au cours de quelques séances, certaines personnes ont eu des difficultés à se détendre. Les mouvements choréiques pouvaient en l'occurrence faire irruption et venir perturber le calme de ce moment. Ainsi, ces personnes me demandaient alors une attention particulière, généralement une présence par le toucher. De ce fait, lorsque ces moments arrivaient, Cristian pouvait être perturbé dans son état de détente. J'ai pu notamment remarquer une sortie brutale de l'état de relaxation et une ouverture des yeux. Cela provoquait, dès lors, un recrutement tonique et une réapparition des mouvements choréiques. De facto, Cristian ne se sentait alors plus suffisamment en sécurité et contenu par le cadre.

En revanche, lorsque les séances se passaient dans le calme et que tous les participants adhéraient au moment de relaxation, Cristian était suffisamment sécurisé et porté par le groupe pour vivre ce moment d'apaisement. Le groupe a ici un rôle d'apprentissage. Il permet de mettre en relation des personnes ayant la même maladie que Cristian, qui peut alors voir les comportements de chacun.

Cette variation montre que le groupe thérapeutique à médiation corporelle va mettre en avant la communication à travers l'expression du corps que C. Potel appelle « la parole corporelle ». J'ai donc pu voir que selon les groupes, la dynamique et la façon d'échanger sont différentes. Chaque personne constitue un rôle important dans le groupe de part leurs personnalités et vient enrichir celui-ci.

5. Une ouverture

Ces moments de relaxation ont allié deux domaines : la détente psychocorporelle et la relation avec les autres résidents. Cristian a pu partager des expériences avec des personnes touchées par la même maladie que lui. Malgré le fait que l'évolution de cette dernière ne soit pas au même niveau pour tous les participants, il a pu voir qu'il était toujours possible de relaxer un corps parasité par les mouvements choréiques. Les séances lui ont permis, au fur et à mesure, de mieux vivre la maladie.

Cette acceptation s'est également faite ressentir lors des retours de séance. En effet, je proposais toujours à Cristian s'il voulait aller dans sa chambre ou dans la grande salle. Au début, je le ramenaient dans sa chambre jusqu'au jour où nous l'avons amené dans la grande salle avec tous les autres résidents du pavillon alors qu'une activité était en cours de réalisation. Je suis restée avec lui afin d'apporter un étayage et ne pas le laisser seul dans un environnement qu'il n'avait pas encore bien investi. L'équipe soignante qui animait l'après-midi l'a également inclus dans l'activité ce qui lui a permis d'interagir avec plusieurs personnes. L'équipe a joué le rôle de caregiver pour Cristian afin qu'il puisse se sentir en sécurité et suffisamment à l'aise dans cet environnement qui réunissait du monde, du mouvement, de la vie.

Suite à cet événement, lorsque les séances se terminaient et que nous lui demandions où il souhaitait aller, la salle commune ressortait souvent, notamment lorsqu'il y avait une activité ou une animation.

6. Une corporéité perturbée

D'une part, au fil des semaines, une évolution positive a été perceptible : Cristian s'est ainsi ouvert au monde et aux autres. Il a également appris à accepter la maladie comme faisant partie de son quotidien et à « vivre son corps ». Cela l'a aidé à sortir de son isolement social. De plus, cette ouverture sur son environnement lui a permis de maintenir la fonction motrice qui joue un rôle important dans la relation à l'autre et dans la reconnaissance de son identité.

D'une autre part, une détérioration de son état physique s'est également illustré : mi-février, l'équipe médicale a pris la décision de poser une gastrostomie à Cristian suite à ses nombreuses fausses routes. Les prises alimentaires ne permettaient plus d'apporter une valeur nutritive suffisante au corps de Cristian. Cette décision prend également en compte les directives anticipées qui ont été récoltées dès son arrivée dans l'institution où il a donné son accord pour ce mode d'alimentation. Cette pose nécessite une intervention chirurgicale où le chirurgien fait une incision au niveau de l'abdomen afin d'aboucher l'estomac à la peau. Cette intervention a pour but de mettre en place une sonde qui permettra d'introduire l'alimentation directement dans l'estomac afin d'assurer un apport nutritif suffisant.

Depuis cette intervention, Cristian semble affaibli physiquement et sa corporéité semble affectée. En effet, il refuse de marcher donc ses déplacements se font exclusivement en fauteuil roulant. Également, il est de plus en plus fatigable ce qui ne lui permet plus d'interagir avec son environnement comme il pouvait le faire avant. Cependant, il ne s'est pas enfermé pour autant sur lui-même suite à cette intervention ; il est toujours amené dans la grande salle avec les autres résidents. Cela lui permet d'être dans un environnement vivant, avec du mouvement malgré sa passivité et une dysarthrie présente.

7. Etats des lieux

Le 23 Mars 2021 (annexe 9), j'ai pu réaliser un bilan afin de réévaluer Cristian. Ce constat était nécessaire pour considérer les différents domaines psychomoteurs dans lesquels la maladie a évolué récemment.

En comparaison au dernier bilan vu précédemment, réalisé en Juin 2020, nous pouvons observer un véritable déclin au niveau moteur. En effet, Cristian présente une fatigabilité lors de ce type d'exercice, notamment au niveau de la marche pour laquelle il utilise une respiration

pneumatique afin de compenser son manque de rééquilibration. Cela lui permet de se redresser et de garder un maximum l'équilibre, ce qui lui demande néanmoins de l'énergie. De plus il présente des difficultés au niveau de son organisation corporelle lors de la mise en mouvement de son corps. Concernant la motricité fine, les mouvements fins comme l'écriture ne sont plus réalisables pour Cristian qui se trouve doublement perturbé par ses mouvements choréiques et un tonus faible lors de la réalisation de la tâche. En revanche, les fonctions cognitives sont encore efficaces en dépit d'une organisation temporelle compliquée.

La communication via le langage oral devient très difficile pour Cristian. Les mouvements choréiques au niveau de la sphère buccale sont présents ainsi qu'une dysarthrie. A ce sujet, durant la passation du bilan, la communication n'a pu être effective que par étayage dans la mesure où elle s'est effectuée grâce au dialogue tonique et grâce au pointage pour certains items.

Outre, depuis l'intervention chirurgicale qui a permis la gastrostomie, Cristian semble avoir désinvesti son corps : il n'est plus autonome dans ses déplacements en fauteuil. Pour cette précédente raison, il lui a été demandé de réaliser un dessin du bonhomme. Ce dernier ne présente que la tête et les yeux, révélant une perturbation de l'image du corps et une perte d'intérêt pour un corps global permettant d'entrer en relation.

Dans une autre optique, il convient de conclure qu'au fil de l'année, la relaxation en salle a été une médiation qui a été l'occasion pour Cristian de se retrouver dans un corps plus apaisé. De manière générale, le moment est pour lui une parenthèse dans la maladie où les mouvements choréiques sont prononcés. Face à la sensation de détente, de relâchement musculaire et grâce aux visualisations que j'ai pu amener durant les séances, Cristian a pu ressentir certaines émotions qu'il a su verbaliser avec quelques mots. Nous pouvons donc faire l'hypothèse selon laquelle que ces moments de relaxation et de verbalisation, même succincte, lui ont permis de prendre confiance en lui et en ses capacités malgré la maladie. In fine, par cet intermédiaire, nous avons trouvé une façon de lui montrer qu'il n'est pas seul et que l'équipe soignante est à son écoute.

Néanmoins, pour rappel, suite à la pose de la gastrostomie, Cristian a connu une perturbation au niveau de son image du corps. Celle-ci a pu être fortement touchée suite à cette intervention qui ne permet plus d'être nourri par voie orale mais seulement par sonde. La question d'une perte de l'intégrité corporelle peut également se poser suite à cet orifice créé dans l'abdomen.

Dès lors, compte tenu du précédent questionnement, les séances de relaxation prennent davantage sens et il est prévu qu'elles se poursuivent régulièrement afin d'étayer l'image du corps de Cristian. De plus, les séances mettant en avant l'aspect cognitif vont lui être proposées en individuel. Ainsi, des pictogrammes vont être mis en place afin de faciliter la communication entre Cristian et le reste de l'équipe.

Comme nous avons pu le voir, la relaxation a permis de travailler la notion de corporéité chez les patients. Sabine a pu découvrir une autre manière de se sentir contenue et donc de rentrer en relation avec autrui. Cristian, quant à lui, a pu redécouvrir une façon d'être en lien avec les autres malgré une maladie de plus en plus présente au fil des mois.

Comment nous, psychomotricien, venons étayer ce type de prise en charge ?

PARTIE 3 : DISCUSSION

I. La place du psychomotricien dans le rela(xa)tion auprès des malades Huntington

A. L'implication du psychomotricien

1. La communication

La communication est un champ important de la psychomotricité. Celle-ci ne passe pas seulement par le langage oral. En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, lors de la naissance, le nourrisson communique principalement grâce à son corps, par l'intermédiaire du tonus. Ce dernier va donner des informations à la figure maternelle qui va par la suite, adapter une réponse à la demande. Ainsi, d'après JF. Roustang (2003, p27), « *la communication humaine ne se fait pas d'abord par le langage [...] les mots servent de voile à cette investigation silencieuse qui scrute les moindres mouvements du corps.* ». Le langage peut donc passer par toutes les manifestations du corps, notre « *véhicule de l'être au monde* » (Merleau-Ponty, 1945, p97). Ces manifestations corporelles sont qualifiées de non-verbales. Pour J. Corraze (2014, p15-16) il s'agit de « *l'ensemble des moyens de communication existants entre les individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds muets, etc...)* ». De ce fait, nous pouvons retrouver, en plus de la dimension tonique : les gestes, la posture, les mimiques, l'orientation du corps etc....

Auprès des patients ayant la maladie de Huntington, la communication par voie orale est souvent très compliquée voire impossible pour eux, du fait d'une hypersalivation et une dysarthrie. De plus, la communication non-verbale peut être également difficile à observer car les mouvements choréiques viennent biaiser l'analyse. Néanmoins, les personnes malades sont toujours en capacité de comprendre ce que leurs interlocuteurs disent, même si le stade est avancé. Donc, la communication par le langage oral est exploitée lorsque la personne en a encore les capacités (même minime), mais lorsque celle-ci n'est plus possible, il est important de prendre le temps pour connaître la personne et d'observer la façon dont elle peut communiquer autrement que par le langage. Pour cette raison, il est nécessaire d'anticiper cette perte de parole par l'apprentissage d'autres moyens de communication alternatifs tels que les pictogrammes, la gestuelle simplifiée autour du oui et du non, le pointage etc...

Nathalie est touchée par la maladie de Huntington depuis plusieurs années. Ses capacités sont aujourd'hui très réduites. En effet, elle n'est plus en capacité de marcher ni de parler et a une gastrostomie. Pour communiquer avec elle, l'équipe soignante passe par le tonus. Des questions fermées lui sont posées oralement et lorsqu'elle souhaite répondre « oui », elle serre la main de son interlocuteur.

Steven, également porteur de la maladie, poursuit ses prises en charge en psychomotricité afin de travailler la discrimination et le pointage. A travers le jeu, les images des pictogrammes sont intégrées ainsi que les questions fermées. Cela permet de considérer le support de communication est le plus adapté pour Steven et ainsi anticiper l'avancée de la maladie et la dysarthrie.

2. Le regard comme soutien

Le regard est également impliqué dans la communication et peut être abordé comme une compétence gestuelle. Il joue un rôle prépondérant dans les relations interpersonnelles, l'équilibre émotionnel et la découverte de l'environnement. Il participe ainsi à l'élaboration des contenus de la pensée, de l'organisation cognitive et des représentations de soi et d'autrui. Le regard constitue un élément présent dès la naissance de l'enfant, notamment auprès de la figure maternelle. Il est vrai que la mère, dès lors qu'elle pose son regard sur l'enfant, va permettre un soutien psychique de ce dernier. Ce regard va être empreint d'affects, d'émotions, de désirs conscients et inconscients où se mêlent projection et réflexivité. Par conséquent, le regard détient ici une fonction de miroir. Il permet de véhiculer un message, notamment une émotion. D'après C. Potel (2015, p.122), « *Il en est du regard comme le toucher. Il faut sentir. Les yeux ne sont pas seulement des yeux qui voient. Ce sont des détecteurs de l'âme* ». L'expérience visuelle est donc importante dans l'expérience de chacun. Si des carences visuelles sont présentes, malgré l'investissement des autres sens, cela peut provoquer un retentissement sur la perception du corps, l'organisation dans l'espace. Cette fonction de miroir est également présente entre le thérapeute et son patient. Le regard est présent dès la première rencontre et permet donc de soutenir, de valoriser, de contenir et de sécuriser le patient.

J'ai notamment pu remarquer cela lors des séances de relaxation auprès de Jean, atteint par la maladie de Huntington. En effet, lors de privation d'expression spontanée, notamment le langage, la compréhension de l'expression par le regard prend une valeur essentielle et celui-ci peut être porteur de message. Ainsi, Jean cherche continuellement le regard de la psychomotricienne. Ce regard qu'elle pose sur lui, a pour fonction de le contenir et de le rassurer. Grâce à ce moyen de communication, il peut effectuer une séance de relaxation dans le calme. Si ce contact visuel est trop longtemps absent, il apparaît alors de nombreux mouvements qui le désorganisent et le mettent dans un état de tension.

3. Un temps à part

Il est important de dire que la psychomotricité ne s'exerce pas dans l'urgence. Cette profession met le patient au cœur de sa prise en charge ; il est lui-même acteur. En effet, dès sa naissance, l'enfant va se développer et va acquérir de nouvelles capacités. Ces acquisitions ne se font pas au même rythme chez tout être humain ; chaque personne évolue à son propre rythme. Cette notion de « laisser le temps » est reprise en psychomotricité et permet à la personne de faire des expériences afin qu'elles puissent être intégrées. Nous retrouvons ici la notion de sensation-perception-représentation vu précédemment. Pour cela le psychomotricien va s'appuyer sur ses connaissances concernant le développement de l'enfant et sur l'importance qu'apporte l'étayage de la figure maternelle et de l'entourage.

Dans la structure où j'effectue mon stage, la direction accepte ce paramètre qui fait partie de la profession ; « elle nous donne le temps de prendre du temps ». Autoriser ce temps permet également au patient de « sortir » de l'espace de soin (comme le moment de la toilette), dans lequel il est continuellement. En effet, ces soins sont souvent délivrés dans une contrainte de temps. Dans cette visée, en pratique, l'emploi du temps du psychomotricien n'est pas figé, il varie et s'adapte à l'aune de la demande de l'équipe, des patients etc...

B. Le cadre et sa fonction contenante

1. Le cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique est au centre de la thérapie psychomotrice et lui donne une particularité vis-à-vis des autres spécialités. Ce dernier prend en compte tous les éléments matériels qui entrent dans la composition de l'organisation de l'espace et du temps dans une séance de psychomotricité. Il se constitue également grâce à la nature de la relation engagée par le psychomotricien et le type de dynamique engagé dans les activités. En effet, ce cadre doit être réfléchi, pensé et ajusté afin d'accueillir au mieux le patient. De ce fait, il va venir étayer le projet thérapeutique. D'après C. Potel (2010, p.388), le cadre laisse une place privilégiée qui permet l'expression psychocorporelle. Celle-ci est permise par une mise en jeu corporelle et sensorielle, participant donc à des symbolisations, nécessaires pour la construction psychique. Il a donc un rôle à jouer dans la contenance et la sécurité physique et psychique que pourra ressentir le patient. Dès lors, le psychomotricien va veiller au maintien de ce cadre, dont les limites peuvent être testées par le patient. De ce fait, il va contenir *« ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques. Cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique. »* (C. Potel, 2010, p324).

Ce cadre doit d'autant plus être respecté auprès des personnes atteintes de la maladie de Huntington. En effet, une certaine routine doit s'établir dans le but d'éviter tout comportement d'irritabilité et d'impulsivité. A titre d'exemples, Sabine sait qu'elle est en séance tous les jeudis matin de 11h30 à 12h30 et Cristian tous les jeudis après-midi de 15h à 15h45.

Valérie, atteinte par la maladie de Huntington, a fait son entrée dans l'institution durant l'été 2020 ; d'abord en accueil de jour puis de façon permanente en fin d'année. L'annonce de son entrée dans l'institution de façon permanente a renforcé son côté dépressif. En effet, Valérie a déjà été sujette à la dépression avant l'annonce de sa maladie.

Comme nous l'avons établi précédemment, la dépression doit être prise en compte afin qu'elle n'amène pas à des idées suicidaires. De ce fait, l'équipe soignante est très présente autour de Valérie. Elle est régulièrement suivie par la psychologue et la psychomotricienne de la structure et l'équipe l'incite à participer aux activités. Tout cela est affiché dans sa chambre, sous la forme d'un planning, afin d'installer une routine et qu'elle ne soit pas prise au dépourvu.

2. La musique

Au niveau cérébral, la musique active des zones du cerveau impliquées dans l'éveil mais également le circuit de récompense et de plaisir. Ce dernier va inhiber l'activité des neurones induisant de l'excitation ce qui donne une composition tranquillisante et antalgique à la musique. Il convient de préciser qu'une musique est construite sur un certain rythme grâce à différents accords. Les rythmes internes, biologiques, comme le rythme cardiaque, la respiration etc..., vont s'adapter aux rythmes externes. Ainsi, le rythme de la musique va jouer sur notre état tonique et donc sur nos émotions. La musique avec un rythme inférieur aux rythmes internes de notre corps va provoquer un ralentissement de ces derniers afin de laisser place à une certaine détente. Par ailleurs, les accords (assemblage de notes), ont aussi leur rôle. Certaines suites de notes induisent le calme et la stabilité. De ce fait, même si la musique n'est pas associée au chant, elle peut provoquer une certaine émotion chez l'individu. Autrement dit, même sans qu'elle ne contienne de message, la musique est dépendante de l'imagination et de l'humeur et offrira des sensations chez la personne. Il ne faut pas perdre de vue que l'ensemble de ces émotions, amenées par la musique, vont retentir dans l'ensemble du sujet et ainsi influencer sur son état tonique.

Ainsi, la musique a une fonction enveloppante et est un élément constitutif du Moi-Peau où elle joue un rôle dans son organisation. Par cette fonction, elle va permettre au sujet de se sentir en sécurité, notamment pour expérimenter et être attentif à ses sensations. La musique contient mais nous pouvons également avancer qu'elle soutient ; elle soutient le sujet dans sa prise de conscience de lui-même. Dans l'idée, lors des séances de relaxation, la musique utilisée influence les ondes cérébrales (vues précédemment). Les pulsations sonores induisent un ralentissement des ondes cérébrales dans la perspective d'amener la personne vers une détente psychique et somatique.

En séance, la musique est déjà présente à l'entrée du patient dans la salle et est toujours là lors de sa sortie. Elle permet de maintenir un environnement calme et évite de produire des silences trop pesants durant les séances. La musique traduit ainsi un certain mouvement dans la salle afin que la personne ne se sente pas vulnérable de part sa position allongée et passive.

3. La voix

La voix a comme principale fonction, la communication. Elle favorise donc la socialisation et est fortement impliquée dans la relation thérapeutique. La voix peut refléter l'état émotionnel de la personne. Pour cela, le psychomotricien doit être attentif à ce qu'il manifeste dans sa voix, elle doit être adaptée selon la prosodie, le rythme etc.... Elle fait donc partie intégrante de la prise en charge en psychomotricité ; elle pose un cadre et apporte une contenance.

Dans le cadre de la relaxation, la voix doit alors être « posée », c'est-à-dire que le psychomotricien doit être disponible dans sa globalité physique et psychique afin d'induire le calme et la détente. Sa fonction est de contenir et de créer une enveloppe sonore afin de renforcer l'idée d'un environnement sécurisé pour la personne. Outre, il est important de noter que les moments de silence dans les séances de relaxation sont également importants. En effet, ces temps autorisent au patient de s'approprier les sensations vécues, de les intégrer.

Lors des séances avec Sabine et Cristian, je m'exprime doucement et calmement à partir du moment où je vais les chercher. Ce paramètre permet d'emblée d'établir le cadre de la séance et d'induire un certain calme. Tout au long de la séance, je porte une attention particulière à ma voix dans la mesure où il est nécessaire qu'elle soit audible mais douce à la fois. Ce n'est qu'au moment de la reprise où j'hausse légèrement le ton afin de les ramener à l'instant présent et dans la salle de psychomotricité.

Néanmoins, il m'est arrivé de ne pas toujours être disponible au moment de l'atelier, ce qui a pu s'entendre à travers ma voix. De part cette non disponibilité, j'ai eu du mal à poser ma voix de manière calme et basse, ce qui n'a pas permis de soutenir convenablement la séance, laissant de longs moments de latence. Ce manque s'est fait ressentir et les résidents n'ont pas pu maintenir longtemps un état de détente. In fine, ce défaut d'étayage de ma part a provoqué un décrochage plus rapide et une efficacité moindre des bienfaits de la relaxation.

Dans une autre idée, nous avons aussi eu l'occasion d'expérimenter des séances de relaxation au cours desquelles les résidents ont été laissés en autonomie (avec une surveillance). Celle-ci se déroule par l'intermédiaire d'une box de méditation qui contient plus de deux cents combinaisons de séances (annexe 10). Nous y retrouvons des séances de méditation, de cohérence cardiaque ou encore de visualisation. Ce support propose également des sons de la nature. Les séances durent huit ou vingt minutes et la voix peut être soit masculine, soit féminine.

Pour ma part, j'ai pu assister à une séance de cette forme avec trois résidents. Nous les avons installés confortablement sur les matelas en leur expliquant la séance et en leur montrant l'outil. Nous leur avons précisé que la séance n'allait pas être guidée par notre voix et notre présence.

La séance s'est déroulée dans le calme. Nous sommes revenues une fois qu'elle fut terminée afin de leur demander leur ressenti face à cette nouvelle expérience. Elise et Pierre, tous deux atteints de la maladie de Huntington et encore en capacité de s'exprimer oralement, ont relevé ne pas avoir apprécié cette séance de la même façon qu'avec une personne comme guide. En effet, ils ont trouvé la voix très automatique, « comme un robot », qui ne laisse entendre aucune variation. Cela montre que la voix renvoie à une identité et à des émotions qui permettent de nous différencier des automates. En revanche Simon, porteur de trouble du spectre de l'autisme a pu trouver une détente corporelle et psychique grâce à cet outil. En effet, les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme ont peu d'appétence envers le langage verbal et l'autre en tant qu'Homme. Ainsi, les relations peuvent être parfois compliquées à établir. Ici, étant donné que la voix est « robotisée » et objectivée, la perception n'est pas la même qu'avec une voix réelle ce qui permet un meilleur intérêt pour Sébastien.

4. La salle

La salle où se déroule la relaxation est également un point à penser dans le cadre thérapeutique. En effet, le lieu participe aussi à une suggestion de détente. Selon M. Thiveaud (1997), « *la cohérence du cadre en général est l'élément indispensable à la bonne évolution du patient. Ce dernier y trouvera toute la permanence et la sécurité dont il a besoin pour évoluer dans un sens positif* ». La salle instaure concrètement une délimitation. Elle fait le lien entre le dedans et le dehors et se doit d'être sécurisante pour le patient.

La suggestion de la détente se réfléchit aussi avec l'environnement sonore et lumineux. En effet, un environnement bruyant ainsi qu'une lumière trop présente constituent des conditions qui n'induisent pas aisément une atmosphère de calme et de relâchement tonique.

Lors du stage, nous avons dû changer de salle. Nous sommes passés d'une salle de 30m² à une salle de plus de 50m². Cette dernière ne permet pas d'être autant contenante que la précédente et laisse beaucoup d'espace vide. Pour cela, nous avons mis en place des paravents afin de réduire le volume de la pièce et de retrouver cet espace plus petit, plus rassurant et contenant, d'autant plus que lors des séances de relaxation, les résidents sont dans une position allongée qui peut être ressentie comme une position de vulnérabilité.

Ainsi, comme le dit M. Guiose (2007, p.78), « *En relaxation, il est tout aussi important de penser le cadre de la séance dans ses aspects matériels [...] que l'attitude psychocorporelle que l'on donne à voir à la personne. En un mot, tout influence, tout suggère.* »

C. Une légitimité

1. La maladie de Huntington, une maladie psychomotrice

Comme nous avons pu le voir dans la symptomatologie, la maladie touche à la fois les facultés motrices, les facultés cognitives et le psychisme des personnes atteintes. Nous retrouvons donc une atteinte globale chez le sujet, mettant à mal son sentiment d'identité. Ainsi, elle provoque un changement important autant au niveau du corps et au niveau de ses perceptions. Il existe donc une rupture somatopsychique. Ce cercle vicieux a également un fort incident sur la vie sociale et familiale de la personne touchée par la maladie entraînant des difficultés relationnelles.

2. L'apport de la psychomotricité

La psychomotricité joue un rôle dans le maintien de l'équilibre psychocorporel afin que l'engagement dans l'environnement se fasse de manière adaptée. Pour cela, le psychomotricien peut s'aider de médiations qui s'adaptent au projet thérapeutique de chaque patient, permettant ainsi de faire le lien entre le corps et la vie psychique de ce dernier. Par conséquent, il ne travaille pas seulement que sur le corps.

Le professionnel s'aide de celui-ci pour avoir une approche globale de l'individu. De ce fait, le psychomotricien s'intéresse à l'histoire de vie de ses patients et cherche d'abord à assembler le plus d'informations possibles. D'ailleurs, une des bases de la prise en charge psychomotrice est de favoriser un vécu corporel positif, rassurant, étayant pour consolider les assises narcissiques de la personnalité. A partir de ces intégrations positives, la personne se construit une confiance qui influence la manière dont elle se représente.

Auprès des personnes touchées par la maladie de Huntington, le psychomotricien peut intervenir sur différentes notions en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Le travail se dirige ici, principalement sur la valorisation des capacités et l'estime de soi. Le but sera de maintenir le plus longtemps une autonomie et d'apporter un vécu corporel nouveau et agréable. Dès lors, les expériences en psychomotricité permettront aux patients de se réapproprier leurs corps dans la maladie afin de confirmer leurs identités et d'éprouver une continuité de l'être.

Durant mon stage, le symptôme de la maladie m'ayant le plus marqué a été les mouvements choréiques, montrant un tonus fortement perturbé. Cette perturbation est due à un dysfonctionnement qui se localise dans le système nerveux. De ce fait, le psychomotricien ne peut avoir aucune action sur ce dysfonctionnement. En revanche, il va pouvoir agir sur le dialogue tonico-émotionnel d'où le choix de la méditation relaxation qui peut le mettre en avant.

Dans la structure, en plus du travail autour du dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien a également recours à différentes approches auprès des personnes malade de Huntington. Il est par exemple possible de réaliser des séances dirigées vers des activités cognitives à l'aide de jeux. En effet, la sphère cognitive est généralement plus conservée que l'intégration corporelle dans l'évolution de la maladie de Huntington. De plus, les parcours moteurs sont exploités afin de travailler le maintien de la marche. Cette fonction est aussi importante à maintenir le plus longtemps possible car elle permet à la personne d'être engagé dans l'environnement qui l'entoure. En effet, à travers la marche, il reste une part d'autonomie chez le sujet. L'eau également, est un facteur qui favorise la marche, comme nous avons pu le voir avec Sabine.

Suite à mon expérience dans l'eau, je me suis intéressée à cette médiation chez les personnes polyhandicapées. L'eau peut venir renforcer l'état de relaxation par ses propriétés mais peut également venir soutenir la corporéité tout en mettant en jeu d'autres éléments psychomoteurs. Ces personnes sont lourdement touchées physiquement et psychologiquement ; elles ont un corps très médicalisé tout le long de leur vie. Ainsi, ces personnes peuvent parfois être oubliées en tant qu'êtres de relation.

II. L'enjeu de l'eau dans la corporéité auprès des personnes polyhandicapées en MAS

A. Les propriétés psychomotrices de l'eau

1. Médium malléable

Les médiations utilisant l'eau comme élément, ont une qualité de médium malléable. Cela signifie que la médiation apporte des éléments particuliers qui favorisent la rencontre et la symbolisation. D'après R. Roussillon, cité par C. Potel (2009, p.56) il est nécessaire que la médiation comprenne quelques critères afin de jouer le rôle de médium malléable :

- La disponibilité
- L'indestructibilité
- Transformabilité
- Prévisibilité
- Sensibilité et réceptivité

Nous pouvons nous accorder sur l'idée selon laquelle l'eau remplit ces qualités données par R. Roussillon. Elle est présente, manipulable et transformable sans pouvoir être détruite par l'individu. Il peut donc la manipuler à l'infini et faire différentes expériences. Ainsi, chez la personne polyhandicapée, l'eau permet de se découvrir. De part sa sensibilité, elle l'accompagne également dans la découverte de l'autre ainsi que dans l'expérience sensorimotrice.

Aurore, atteinte d'une malformation congénitale de l'encéphale, apprécie les moments passés dans l'eau. Celle-ci peut devenir un élément de communication par le jeu. En effet, Aurore frappe l'eau afin de créer des ondulations afin de me toucher, même si je suis loin d'elle. Je refais le mouvement de frapper l'eau afin de pouvoir également la toucher à distance et entrer en interaction avec elle. De ce fait, l'eau a permis de soutenir une relation dans le jeu tout en maintenant une certaine distance.

2. L'eau subjective

En dépit de sa qualité de médium malléable, l'eau est un élément appréhendé par chaque individu. L'aspect subjectif de la personne joue donc un rôle dans la qualité de la rencontre avec cette matière. En effet, la particularité de l'eau et que celle-ci va avoir la fonction de miroir concernant l'expression des émotions.

D'après Potel (2009, p.28) « *Les propriétés de l'eau vont avoir des effets sur le corps, les sensations, les émotions, les affects* ». Il convient toutefois de préciser que l'aspect subjectif concernant l'eau n'est pas figé ; il est remanié en fonction du vécu de chacun. De plus, l'eau projette une certaine ambivalence : elle peut être source de vie mais évoque également la mort. Ainsi, lorsque les limites d'un dedans et d'un dehors sont construites, l'eau peut devenir source de plaisir, de jeu et de communication. En revanche elle peut aussi faire surgir des angoisses de mort par des images de liquéfaction, d'étouffement, d'engloutissement.

Jules a subi un traumatisme crânien grave entraînant une hémiplégie du côté droit à l'âge de ses neuf ans, suite à un accident de la route. De ce fait, l'image du corps est déconstruite. De plus, Jules est un résident avec une histoire de vie compliqué, un procès est en cours pour des faits de maltraitance maternelle. C'est donc un jeune homme avec beaucoup d'anxiété et des angoisses encore bien présentes qui l'accompagnent dans l'eau. Lorsqu'il est dans le bassin, il a besoin, en plus du soutien de la psychomotricienne, de flotteurs afin de se sentir en sécurité dans cette eau qu'il ne sait maîtriser. Cette position de vulnérabilité face à l'environnement qui l'entoure peut supposer une peur de l'abandon. Nous pouvons nous poser la question : si la psychomotricienne le lâche, comment va-t'il faire pour s'en sortir ?

Néanmoins, malgré cette relative angoisse, Jules accepte l'immersion dans l'eau. A ce titre, bien que source de réminiscence de ses angoisses, l'eau lui offre une possibilité de liberté et de motricité libre exceptionnelle. Il arrive ainsi à dépasser ses angoisses ce qui renforce l'estime de soi de Jules. De plus, la répétition des séances, la présence constante du soignant, avec la bonne distance thérapeutique, permet à Jules de recréer un schéma plus sain autour de la relation avec autrui.

3. La régression

La régression se définit comme étant un retour à un moment vécu auparavant. Ce phénomène est favorisé par la capacité enveloppante et contenante de l'eau qui apporte une certaine sécurité à la personne. Dans l'eau, ce retour inconscient peut se vivre jusqu'au milieu maternel représenté par le liquide amniotique. Cet élément est évocateur de nos premiers instants de vie. L'élément aqueux est toujours présent et prend une place importante lors des premiers mois de vie notamment par les soins maternels, comme les bains ou encore les tétées (représentant la première nourriture, liquide, donnée au nourrisson).

Touchée par le syndrome de Wolf-Horschorn, Laure est prise en charge en psychomotricité pour lui faire vivre un moment de bercement et de maternage. Durant la séance dans l'eau, elle est dans les bras de la psychomotricienne qui la berce. Le plus souvent, Laura s'endort, ce qui se manifeste par un relâchement tonique et une baisse de la vigilance. A ce sujet, nous avons observé de temps en temps, des mouvements autour de la bouche, rappelant la succion chez le nourrisson et l'investissement de la sphère orale.

4. L'eau enveloppante et contenante

Grâce à ses propriétés, l'eau se module pour créer une enveloppe autour du corps. Elle octroie au sujet de percevoir les limites de son corps, entre le dehors et le dedans et de lui faire ressentir, grâce à cet enveloppement et à sa capacité de contenance, une unité corporelle. Ainsi, par son enveloppement et la démarcation entre un intérieur et un extérieur, l'eau joue la fonction de seconde peau. Elle va venir stimuler la peau et enrichir le vécu corporel et psychique.

Nous pouvons donc rapporter cette fonction de l'eau à la fonction de la peau qui a également un rapport avec les fonctions du Moi. Ainsi D. Anzieu établit huit fonctions du Moi-peau, dont certaines ont un intérêt particulier chez les personnes polyhandicapées et qui peuvent être imitées par l'eau.

- Fonction de maintenance du psychisme notamment grâce à l'intégration du holding permettant l'édification d'un corps unifié.
- Fonction de contenance exercée par le handling afin de procurer une continuité d'existence.

- Fonction de pare-excitation qui joue un rôle de protection face aux agressions extérieures
- Fonction d'intersensorialité qui, par la sensation tactile, fait ressortir des sensations de nature diverse. De ce fait l'eau va amener une inscription des traces sensorielles.
- Fonction de soutien à l'excitation sexuelle. L'eau peut venir renforcer l'investissement libidinal

Ici, la peau et l'eau apportent donc une contenance du corps. L'eau vient renforcer la perception d'un corps unifié chez la personne polyhandicapée qui va se construire une identité psychocorporelle et qui va faciliter la relation à soi et à l'autre.

Jérémy, porteur d'un syndrome poly-malformatif présente de l'auto et de l'hétéro-agressivité où il peut lui arriver de mordre ou d'agripper l'autre. La prise en charge dans l'eau lui permet de diminuer ces comportements agressifs. Cet environnement fait conséquemment ressentir à Jérémy ses limites corporelles et permet de le contenir et ainsi diminuer ses moments d'agressivité.

B. Rejouer les interactions précoces, vecteur de la corporéité

1. Rôle d'une mère « suffisamment bonne » : entre portage et regard

Auprès des personnes polyhandicapées dans l'eau, la proximité est présente. En effet, la plupart n'ont pas la capacité de marcher et ont besoin d'un soutien. Avec les personnes atteintes d'une maladie congénitale notamment une encéphalopathie, l'objectif premier en psychomotricité est de leur apporter du maternage, favorisé par l'eau. Le psychomotricien joue donc le rôle d'une mère « suffisamment bonne » en proposant un portage dans l'eau. Celle-ci favorise un effet d'enveloppement et les mouvements de bercement réalisés par le psychomotricien renforcent la perception du schéma corporel et de l'image du corps. Ces notions se trouvent ainsi valorisées par le holding que propose le professionnel au patient. Ce holding est appuyé par la présence du regard. Ce dernier joue un rôle important dans la vie d'un individu. Il a une double fonction de miroir et d'étayage qui montre une attention envers la personne vers qui il est dirigé.

La mise en mots, les mimiques et la prosodie participent également à cette qualité attentionnelle. Le regard permet de renforcer le Moi et soutient la dimension de sujet.

Rappelons que le portage est plus naturel et plus simple à réaliser dans l'eau. L'eau autorise donc une relation qui s'apparente ici à un échange mère-enfant engageant le toucher, le peau à peau. En effet le portage amène le toucher, et porter signifie toucher et être touché. La relation passe aussi par un ajustement tonico-émotionnel du psychomotricien. Sa présence physique et psychique lui permet d'être disponible afin de transmettre au mieux une détente à la personne portée.

Par exemple, Jules entre dans l'eau en position allongée grâce au lève-personne. Afin de maintenir sa flottaison, nous installons des flotteurs au niveau de sa nuque et au niveau de ses jambes. Les mains de la psychomotricienne viennent également soutenir le haut de son dos et son bassin. Cette position mime un enroulement rassurant chez le nourrisson. La psychomotricienne joue donc le rôle de caregiver afin de rassurer et sécuriser Jules dans l'eau afin qu'il puisse par la suite explorer cet environnement. En effet, Winnicott (cité par C. Potel 2009, p.56) a montré que « *lorsque nous offrons une piscine et les agencements qui l'accompagnent, il y a là un rapport direct avec les soins de la mère qui donne le bain à son nourrisson* ».

2. La relation par le toucher

a) La relation, point fort de la psychomotricité

La relation est un élément essentiel à prendre en compte en psychomotricité. En effet, dans ses fondements, il y a un lien indissociable entre le soma et la psyché. De plus, le psychomotricien possède comme outil de travail, diverses médiations thérapeutiques qui mettent en jeu le corps du patient et son propre corps. De ce fait, une relation s'établit dès lors que le psychomotricien se retrouve autant engagé que le patient, permettant de renforcer l'alliance thérapeutique.

L'eau favorise, soutient la relation, elle permet de faire tiers entre le psychomotricien et la personne pris en soin. Pour une personne polyhandicapée, évoluer dans cet élément nécessite généralement la présence et l'aide d'une autre personne. La proximité est donc généralement plus marquée, ce qui peut renvoyer à quelque chose d'archaïque où le patient peut revivre des moments de soins procurés par la figure maternelle.

b) La peau, véhicule du toucher

L'être humain est un être de relation. Cette dernière est notamment possible grâce à la communication. Celle-ci peut s'établir dès notre plus jeune âge, dans un premier temps de manière non-verbale. En effet, la première façon de communiquer pour un enfant passe par la peau. Il s'agit notamment du premier organe qui se met en place durant la période in-utéro (vers huit semaines environ). Il est vrai que le fœtus, par la peau en contact avec la paroi utérine, entre dès lors en communication avec sa mère. Elle permet une intégrité corporelle chez l'individu et fait barrière entre le dedans et le dehors. De ce fait elle est aussi un moyen de s'identifier comme sujet ayant un Moi. D. Anzieu (1995, p.119) définit le Moi-peau comme étant « *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de son expérience à la surface du corps.* ». Dans cette optique, la peau donne donc un support au toucher.

Chez la personne polyhandicapée, la peau est souvent très investie. Elle fait preuve de soins d'hygiène, de soins de surveillance, notamment face aux escarres et des soins médicaux. C'est donc une peau fragilisée, douloureuse et médicalisée qui sert d'interface entre eux et le monde. En temps normal, ses multiples récepteurs permettent de percevoir des sensations et donc de construire des représentations psychiques. Or, dans le cas de patients polyhandicapés, les représentations psychiques sont souvent "mal construites" ou inexistantes. Dans l'eau, nous sommes tous en maillot, ce qui révèle un peu plus de peau et permet le fameux "peau à peau" avec la personne polyhandicapée. Ce toucher est l'occasion de redonner une fonction plus sociale et de bien-être à la peau. En faisant vivre un moment de Plaisir grâce à cette interface nous favorisons, peut-être, la création d'une ébauche des fonctions contenante, sécuritaire et sociale de la peau.

c) Un toucher porteur de sens

Il est important de savoir qu'un toucher n'est jamais neutre. Il engage la personne qui touche et la personne qui est touchée. M. Thiveaud (2000, p.6) dit qu'« *on ne peut toucher autrui sans être touché soi-même* ». De ce fait, il permet d'établir un dialogue tonico-émotionnel. En effet, toucher peut provoquer des réactions toniques, et on sait que le tonus est en lien avec les émotions. L'eau vient favoriser ce dialogue tonique, cet échange.

Pour cela, le psychomotricien se doit d'être attentif à ce langage corporel, chez la personne mais également chez lui. Ce dialogue va amener à un accordage tonique et ainsi apporter un vécu commun. Cette relation par le toucher va permettre à l'individu de renouer avec son intégrité psychocorporelle lui donnant une place de sujet, une identité. Avec cette action de toucher, le psychomotricien va verbaliser ses actions et ce qu'il ressent, ce qui va apporter une valeur au toucher et qui va venir renforcer le maternage dans l'eau.

Lors des séances dans l'eau avec Jules, la psychomotricienne verbalise les actions, notamment lorsqu'elle entre en contact avec lui par le toucher. Cela permet de prévenir Jules afin qu'il n'ait pas de surprise et de réaction tonico-musculaire non prévisible. Le fait de lui parler lui donne l'opportunité de ressentir un sentiment d'intégrité mais aussi de se sentir dans la relation avec la psychomotricienne. Ce moment se poursuit par une détente corporelle des deux partenaires.

Par ailleurs, il faut préciser que certaines personnes peuvent bénéficier d'une séance de bain thérapeutique. Ce temps permet à ces personnes de vivre les soins du corps plus calmement. En effet, la psychomotricienne procure une toilette corporelle en prenant le temps. Elle verbalise ce qu'elle fait, elle entre en contact avec la personne polyhandicapée par le regard et un toucher bienveillant. Ce moment est vécu différemment en comparaison du moment de toilette réalisé au lit ; il apporte de la détente physique et psychique et une perception plus globale du corps. Dans ce cadre, nous comprenons bien que la psychomotricité est une profession qui peut prendre le temps. Les toilettes habituelles se font généralement sur une période de temps défini et pour plusieurs personnes. Ainsi, il est nécessaire pour les professionnels de faire ce soin efficacement et rapidement, ce qui ne permet pas forcément d'entrer dans une vraie relation avec la personne qui bénéficie de ce soin. Les échanges peuvent être plus brefs et plus vifs tout comme le toucher qui est plus ferme et moins enveloppant.

3. Les stimulations sensorielles et développement sensori-moteur

Chez les personnes polyhandicapées, les stimulations sensori-motrices sont relativement pauvres. Cet appauvrissement sensori-moteur peut impacter l'unité corporelle. En effet, cette dernière est mise à mal de part la position quotidienne, assise ou allongée, des personnes polyhandicapées, ce qui engendre peu de mouvement. La sphère relationnelle et la sphère affective se trouvent également affectées. L'eau va venir renforcer cette sphère relationnelle et affective mais elle va aussi enrichir les expériences corporelles grâce aux différentes stimulations qu'elle offre.

L'eau met en jeu les sens qui vont ainsi venir enrichir ces expériences sensorielles. En effet, l'eau vient toucher, jouer la fonction de miroir qui fait intervenir la vision et elle peut aussi produire des sons perceptibles par l'ouïe. Elle enrichit également les sensations vibratoires et vestibulaires qui ont un effet sur l'équilibre.

De plus, l'eau va permettre à la personne polyhandicapée de retrouver un corps plaisir. Cela est notamment dû à la sensation de légèreté, provoquée par ce que nous appelons la poussée d'Archimède, et à la résistance hydrodynamique qu'apporte l'eau. Il va vivre son corps différemment uniquement lorsqu'il est en milieu terrestre, soumis à la pesanteur et à son propre poids.

Toutes ces qualités viennent étayer l'image du corps et renforcer l'intégration du schéma corporel. En effet, par son action sur le corps, l'eau vient renforcer les limites corporelles et par ses propriétés, la personne polyhandicapée va pouvoir vivre dans un espace-temps donné, un corps vécu source d'affect. Autrement dit, son corps va se rassembler et la redistribution tonique va ainsi permettre une meilleure liberté dans le mouvement voire le déplacement.

C. Emergence d'une corporéité

1. Le mouvement

Le mouvement est ce qui permet d'entrer en relation avec soi, avec autrui et avec son environnement. D'après M. Merleau-Ponty (2009, p.160), « *La conscience de l'être est la chose par l'intermédiaire du corps* ». Ce postulat montre bien que le corps, et notamment le corps en mouvement, facilite les relations et la perception de soi.

Cette fonction sociale peut se retrouver affaiblie chez la personne polyhandicapée. Dans l'eau, le mouvement va être facilité, grâce aux propriétés de celle-ci. Le mouvement est plus léger, parfois plus ample, et devient une source de plaisir. Ces éléments viennent jouer un rôle dans l'estime de soi de la personne polyhandicapée et participe ainsi à une renarcissisation. De surcroît, l'eau nous donne l'occasion de percevoir nos mouvements de façon sensorielle, ce qui aide aussi à prendre conscience de notre corps et de notre état tonique.

Noémie, atteinte d'un syndrome cérébelleux avec hypoplasie du corps calleux est installée quotidiennement en fauteuil roulant. Dans la semaine, le kinésithérapeute lui permet de marcher à l'aide d'un lève personne sur rail afin qu'elle puisse retrouver une tonicité au niveau des muscles des membres inférieurs et ainsi réintégrer ses jambes à son image du corps. Cependant, ses déplacements sont limités sur la longueur du rail qui ne fait que quelques mètres ; elle présente vite une fatigabilité face à la faiblesse musculaire de ses membres inférieurs qui ne peuvent soutenir son poids. Dans ces cas, elle se laisse maintenir par la sangle au niveau de son bassin.

En psychomotricité, Noémie est prise en charge en piscine au niveau du petit bassin dans le but de travailler avec elle les niveaux d'évolution motrice (NEM) et ainsi lui permettre de se déplacer librement et retrouver une certaine motricité. Elle se déplace et explore le bassin dans la position du quatre pattes sans danger et avec plaisir. Son regard balaye plus largement le lieu contrairement aux moments où elle est installée dans son fauteuil. De plus, elle fait fonctionner les muscles de ses jambes dans un mouvement de plaisir, qui est acquis. Une relation dans le mouvement est donc possible et un moment de jeu s'instaure.

Cette sensation de plaisir devient moteur de cet engagement corporel qui permet aux personnes dont la capacité motrice est réduite, de se sentir en relation. Le corps par le mouvement, devient un « véhicule de l'être au monde » et constitue ainsi un moyen au service de la communication et de l'expression.

2. La verticalité

La verticalité et la verticalisation chez l'enfant montre une étape importante dans son développement et vis-à-vis de l'entourage. Ces acquisitions vont lui permettre d'explorer le monde différemment et apporte une certaine valorisation, une assurance en tant qu'individu à part entière ce qui amène une nouvelle dimension sociale. Chez les personnes polyhandicapées, la sensation de verticalité est parfois inconnue ou très peu expérimentée.

Le milieu aquatique propose un espace-temps où il est possible d'expérimenter cette verticalisation. La pesanteur étant diminuée dans l'eau, le redressement est plus efficace. En effet, l'eau permet de se déplacer dans une position verticale sans que les pieds soient forcément en contact avec le sol. Cette situation n'est pas possible dans un milieu aérien où le contact avec le sol est à l'origine d'un redressement du corps et d'un maintien d'une posture bipodale. L'apport d'un maintien est cependant nécessaire à la personne dans le cas où le contact au sol peut être difficile à maintenir. Par conséquent, l'équilibre dans le déplacement est précaire.

Jules est en capacité de retrouver cette verticalisation. En milieu aérien, il est installé dans un déambulateur qui a la forme d'un trotteur. Cet appareillage le soutient au niveau des bras et au niveau de l'entre-jambe. L'objectif est de pouvoir lui faire retrouver cette sensation de verticalité. Il est en capacité de marché grâce à cet outil mais il présente une fatigabilité rapide qui se manifeste par une augmentation du tonus et des tremblements au niveau de ses membres inférieurs. Dans l'eau, Jules se verticalise et marche entre deux barres parallèles sur lesquels il prend appui avec son bras non touché par l'hémiplégie. Il réussit à adapter son tonus à cet environnement et peut se déplacer le long des barres plus longtemps. Par ce biais, il expérimente la sensation d'un corps vertical et léger ce qui vient renforcer l'estime de soi elle-même enrichie par les encouragements de la psychomotricienne.

CONCLUSION

Dans ce mémoire j'ai choisi de parler du corps ; d'un corps sein qui devient subitement malade. Un corps touché par la maladie de Huntington subit alors de nombreuses modifications entraînant un impact sur la corporéité.

La question de la relaxation a donc été soulevée afin de voir si celle-ci pouvait avoir un réel intérêt dans une restauration de la corporéité afin de mieux vivre son corps. Cette médiation est un moyen de jouer sur le tonus qui fait partie des éléments le plus atteint dans la maladie de Huntington. Ce dernier étant très en lien avec les émotions, la relaxation permet donc de mettre en avant un vécu psychocorporel qui se veut positif pour les personnes qui la pratiquent. Par conséquent, cette pratique s'apparente à une auxiliaire importante dans l'accompagnement thérapeutique pour le psychomotricien.

Dans une autre mesure, cette médiation a également permis de créer une zone de rencontre entre soi et l'autre, dans laquelle le patient et le professionnel sont communément engagés et à l'écoute. La relaxation favorise effectivement une écoute du corps dans un cadre favorisant le lâcher prise tout en restant sécurisant. Ce cadre doit d'autant plus être pérennisant et enveloppant pour ces personnes malades qui présentent des troubles au niveau de la régulation tonique et au niveau du langage. Par ce biais, ce corps décrit comme parasité par les mouvements choréiques va alors pouvoir s'apaiser tout en gardant une contenance.

A ce propos, vous avez pu notamment suivre Sabine et Cristian dans la découverte de leurs corporéités à travers la relaxation. La relaxation en salle comme en milieu aquatique a permis de valoriser le vécu psychocorporel et de consolider les bases narcissiques. Ainsi, une ouverture au monde a pu se réaliser malgré la maladie.

La rencontre avec le sujet porteur d'une maladie neurodégénérative telle la maladie de Huntington ne semble pas évidente. Face à ces manifestations, nous nous retrouvons souvent devant des murs d'incompréhensions. Cette confusion nous pousse donc à l'approfondissement de notre réflexion amenant parfois à des ajustements suivant l'évolution de la maladie. Accompagner quelqu'un dans la « redécouverte » de sa corporéité fait donc

partie intégrante du domaine de la psychomotricité. Le psychomotricien va prendre en charge le sujet dans sa globalité sans pour autant oublier les particularités de la maladie.

Cette corporéité peut également être explorée par d'autres médiations telle que l'eau. Auprès des personnes polyhandicapées, l'eau va amener une découverte de nouvelles sensations, à travers laquelle de nouvelles expériences sont possibles. En effet, ces personnes peuvent être gravement touchées au niveau de la sphère physique, cognitive et psychique. Ce handicap sévère peut ainsi amener à une dépersonnalisation du corps. Le psychomotricien va, par conséquent, s'appuyer sur l'eau pour faire tiers dans la relation. Cette matière a la particularité de mettre en avant les sens et grâce à sa composante archaïque, subjective et psychomotrice, l'eau va accompagner les personnes handicapées dans la structuration de leur corporéité.

En définitive, nous retiendrons que la médiation par l'eau est un véritable atout pour le psychomotricien. Par ses propriétés physiques et psychomotrices, l'eau peut être utilisée à tout âge de la vie pour « aider » tout en portant attention à l'appréhension que porte la personne prise en charge vis-à-vis de celle-ci.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA J., CAHEN M. (1960). *Tonus corporel et relation avec autrui, l'expérience tonique au cours de la relaxation*, Revue de Médecine Psychosomatique.

ANZIEU D. (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod

Association Huntington France (2012), *Comprendre la maladie de Huntington, guide à l'intention des familles*, Paris

Association Huntington France (1998), *Matière à réflexion : informations publiées par les groupes d'entraide de la maladie de Huntington sur le diagnostic prédictif au moyen de la génétique moléculaire*, Paris

BASTE Nathalie (2016), *Méthodes de relaxation*, Dunod

BOUKOBZA, C. (2003), *La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott (p.65)*. Le Coq-héron, n° 173.

BULLINGER A. (2004), *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, in Le développement sensori-moteur et ses avatars (p.143), Ramonville Saint-Agnes, Erès.

BRUCHON M. (2004), *Quand elle me prend dans ses bras... ou la fonction contenance en thérapie psychomotrice*, Thérapie Psychomotrice et Recherches, n°138.

Carric J-C. (2000), *Lexique du psychomotricien*, Paris, Vermazobres-Grego

Centre de Référence National sur la maladie de Huntington au CHU Henri Mondor (2009) *Prise en charge médico-sociale de la maladie de Huntington*, colloque

CHAULET S. (2003), *Les déterminants suicidaires dans la chorée de Huntington : place de l'environnement*, Mémoire de Psychiatrie, Bordeaux

CHARPENTIER E. (2013), *Toucher thérapeutique et psychomotricité : soutien de l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*, Mémoire de Psychomotricité, Université de Bordeaux

COEMAN A., RAULIER H De FRAHAN M. (2004), *De la Naissance à la Marche – Les Etapes du Développement Psychomoteur de l'Enfant*, Etoile d'herbe, Bruxelles

CONNEN DE KERILLIS N. (2013), *Hypnose, relaxation et toucher thérapeutique : pour une pratique psychomotrice intégrative auprès de patients adultes*, Mémoire d'Hypnose Médicale et Clinique, Université de la Réunion

CONTAT C. (2014) *Rela(xa)tion en psychomotricité : intérêt de la relaxation auprès de personnes atteintes de la maladie de Parkinson ou de syndromes apparentés ?* Mémoire de Psychomotricité, Université de Bordeaux

CORRAZE, J. (2014). *Les communications non-verbales* (p. 1-26). Presses universitaires de France.

CUSA M. (2001) *Une expérience de relaxation dans un service de psychiatrie adulte*, Mémoire de Psychomotricité, Université Pierre Et Marie Curie Paris IV

DESCARTES R. (1979), *Méditations métaphysiques* (p.64), GF, Paris.

DEFOSSEZ S. (1997), *Mise en place d'un projet thérapeutique en relaxation psychomotrice*, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111

DELION P. (2009) Extrait dans son intervention « *Enjeux cliniques autour de la grande bifurcation du musculaire et du langage* », journées annuelles du SNUP

DI DONNA L. (2019), « *Jetons nous à l'eau* » quand l'eau vient aider le patient TSA dans la découverte de sa corporéité, Mémoire de psychomotricité, ISRP de Marseille

Institut de coproduction de savoir sur la maladie de Huntington (2015) *Composer avec Huntington. La maladie de Huntington au soin de ses usagers – une recherche exploratoire – rapport qualitatif*

DURAND DE BOUSINGEN R. (1980), *La relaxation* (p.28-30), collection « que sais-je ? », sixième édition, Paris, P.U.F.

DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps* (p.22), éd du Seuil

European Huntington's Disease Network (E.H.D.N) (2012) *Maladie de Huntington Kinésithérapie Ergothérapie*, extraits du Guide de l'E.H.D.N

FAGET M. (2015), *Quand le corps n'en fait qu'à sa tête*, Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux

FONTANIER D. (1996), *Maladie de Huntington et démence : état actuel des connaissances*, Thèse, Université de Limoges

GATECEL. A. (2009) *Psychosomatique relationnelle, nouvelles perspectives* (p.328), 2015 Paris : Heures de Frances

GAUBERTI M. (1993), *Mère-enfant : à corps et à vie, Analyse et thérapie psychomotrice des interactions précoces* (p.15-17), Paris, Masson.

GAUCHET A. (2016), *Donner du corps au corps : maladie de Huntington et flamenco, une histoire de psychomotricité*, Mémoire de Psychomotricité, Université de Bordeaux

GAUCHER-HAMOUDI, GUIOSE M. (2007), *Soins palliatifs et psychomotricité*, Editions Hdf, Paris

GEISMAN et DURAND DE BOUSINGEN (1968), *Les Méthodes de Relaxation*, Dessart, Bruxelles

QUINODOZ Danielle. « Chapitre 7. Tout perdre sans se perdre », *Vieillir. Une découverte*. Presses Universitaires de France, 2008, pp. 117-140.

GUIOSE M. (2007), *Relaxations thérapeutiques*, 2ème édition revue et augmentée, Paris, Edition Heures de France

GUIOSE M. (2003), *Relaxation psychomotrice*, Université Pierre et Marie Curie

HERMANT, É., PIHET, V. & SOLHDJU, K. (2018). Huntington : cultiver les possibles contre les probables : Quand les usagers déstabilisent le savoir sur leur maladie. Dans : Emmanuel Hirsch éd., *Traité de bioéthique: IV - Les nouveaux territoires de la bioéthique* (pp. 227-236). Toulouse, France

HOUZEL D. (2010), *Le concept d'enveloppe psychique* (p.23), collection Concept-psy, Ed. In Press

JACQUET, C. (2007). *Mon corps ?... un nouveau monde : Une expérience de relaxation-massage* (p.35-40). VST - Vie sociale et traitements, 4(4).

JACOBSON E. (1929), *Progressive relaxation*, University of Chicago Press

JOLY, F. (2012). Le corps et l'inconscient chez l'enfant: Prolégomènes à une métapsychologie du lien corps/psyché. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1(1), 285-321.

LABES G., JOLY F.(2008), *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, Volume 1 : Corps, tonus et psychomotricité* (p.18), Editions du Papyrus, Montreuil,

LASAGE B. (2004), *Itinéraire pour un dialogue corporel structurant : quel corps, quel engagement, pour quelles structures de travail et avec quels outils ?* (p.13) Thérapie psychomotrice et recherches, Hors-série.

MARTIN L. (2019), *Comme un poisson dans l'eau : l'approche de l'eau en psychomotricité auprès d'enfants polyhandicapés*, Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux

MERLEAU-PONTY, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris, p.97/160.

MOTAY D. (2015), *La relaxation en psychiatrie adulte : quelles spécificités en psychomotricité ?*, Mémoire de Psychomotricité, Université de Bordeaux.

PINEAU C. (2016), *La distance dans la relation en psychomotricité: rencontre avec l'autre en relaxation*, Mémoire de Psychomotricité, Université de Bordeaux

PIREYRE, Éric W. (2015). *Clinique de l'image du corps: Du vécu au concept* (p.26-27). Paris: Dunod.

PLATON, *Phédon*, GF, 1991

POLLARD J. (2013) *Dépêche toi...et attends !* traduit en français par la Société Huntington de Québec, manuel pour les aidants

POTEL, C. (2015). *Du contre-transfert corporel: Une clinique psychothérapique du corps* (p.122). Toulouse, France: ERES.

POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien*, Editions Erès,

POTEL C. (2009), *Le corps et l'eau*, Toulouse, Edition Erès

Protocole National de Diagnostic de soins (PNDS) (2015), *Maladie de Huntington*

ROBERT-OUVRAY S. (2002), *Le contre transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice*, in *Thérapie psychomotrice et Recherches* (p.46), n°132.

ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A. (2015), *Le tonus et la tonicité*, sous la direction de ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., *Le Manuel d'Enseignement de la psychomotricité*, Paris, De Boeck-Solal

ROBERT-OUVRAY S. (2020) *Psychomotricité du bébé: La construction des liens corps-esprit* (p.56, 83, 130), Paris, Desclée de Brouwer

ROUSSILLON R. (2012), *Agonie, Clivage et symbolization* (p.217-218), Quadrige

ROUSTANG, JF., (2003). *Il suffit d'un geste* (p.25-27). Paris: Odile Jacob

SANZ J. (2001), *Du mal au corps à l'être en devenir*, in *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, n°127, p76-83.

SCHULTZ, J. (2013). *Le training autogène: Méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative. Essai pratique et clinique*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France, p20-40.

THIVEAUD M. (1997), *Relaxation Psychomotrice, Thérapie Psychomotrice et Recherches* no 111

TOUKDAOUI N (2019), *Troubles cognitifs et émotionnels dans la maladie de Huntington : étude chez les patients symptomatiques et présymptomatiques et chez les rats transgéniques, modèles de la maladie de Huntington*, Thèse, Université Paris-Saclay

VERGNE, F., MEDICI, G. (2016). *La vie en MAS : quel accompagnement: Expériences croisées d'une psychologue et d'un psychomotricien*. Toulouse, France: ERES

VINCENTE DE MONJO P. (1987). Neurobiologie et relaxation. In : Hissard M-J. (Eds). *Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui*. Paris : L'Harmattan/I.F.E.R.T., Tome II.

VINCENT J-D. (1986), *La Biologie des passions*, Paris, Odile Jacob

VITTOZ R. (1992), *Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral*, Paris, Desclée de Brower

ANNEXES

ANNEXE 1: stades de la maladie selon Shoulson et Fahn

Tableau 2 : grille d'évaluation des conséquences fonctionnelles de la maladie de Huntington (d'après Shoulson et Fahn, 1979)

	application à ses réalisations (travail, loisirs)	capacité à gérer son budget	capacité à entretenir la maison	capacité à accomplir les gestes quotidiens	aide éventuelle, besoin de soins
stade I	à son niveau habituel	intacte	intacte	intacte	à domicile
stade II	à un niveau plus faible	besoin d'aide	intacte	intacte	à domicile
stade III	perte importante de capacité, ne travaille plus	besoin d'aide importante	diminuée	diminuée	à domicile
stade IV	incapacité totale	incapacité totale	incapacité totale	très diminuée	reste difficilement possible à domicile
stade V	incapacité totale	incapacité totale	incapacité totale	incapacité totale	à l'hôpital, nécessite une prise en charge totale

FONTANIER D. (1996), Maladie de Huntington et démence : état actuel des connaissances, Thèse, Université de Limoges, p.48

ANNEXE 2 : signes cliniques en fonction de l'évolution

Tableau 1 : Progression des signes cliniques de la maladie de Huntington en fonction de la durée d'évolution :

	début	milieu	fin
mouvement choréique	++	+++	+
mouvement dystonique	+	++	+++
rigidité	+	++	++
bradykinésie	+	++	+++
troubles oculo-moteurs	+++	++	++
troubles de la marche	+	++	+++
troubles de la parole	+	++	+++
baisse de la force musculaire	+	++	+++
troubles de la déglutition	+	++	+++
affaiblissement intellectuel	+	++	+++
troubles du caractère et du comportement	+++	++	+
apathie et indifférence	+	++	+++
manifestations dépressives et suicidaires	+++	++	+
troubles psychotiques	+++	++	+
cachexie	+	++	+++

Légende : + symptôme peu important

++ symptôme important

+++ symptôme très important

FONTANIER D. (1996), Maladie de Huntington et démence : état actuel des connaissances, Thèse, Université de Limoges, p.47

ANNEXE 3 : le déguisement dépressif

Signe possible de dépression	Aspect de la MH
Modification des habitudes de sommeil	Fatigue
Perte d'intérêt	Apathie et réponse à retardement
Manque de concentration	Difficulté à organiser l'information
Changement dans l'appétit	Perte de poids
Manque d'initiative	Difficulté à initier
Irritabilité	Impatience
Manque d'énergie	Faiblesse et fatigue
Humeur triste	Hypomimie

POLLARD J. (2013) Dépêche-toi...et attends ! traduit en français par la Société Huntington de Québec, manuel pour les aidants, p.112

ANNEXE 4 : bilan d'entrée de Sabine (Début 2020)

CONCLUSIONS DU BILAN PSYCHOMOTEUR

S. est une résidente avenante, qui s'exprime par un langage oral cohérent et adapté. Elle est capable de créer du lien, d'être présente dans l'échange avec des émotions exprimées adaptées.

Elle possède une bonne compréhension des consignes et participe volontiers. Elle montre une bonne attention, une bonne vigilance et peu de fatigabilité durant la passation du bilan. Sa sphère cognitive présente quelques difficultés (repères temporels, mémoire de travail...) qui nécessite un support de ses réponses par indiçage.

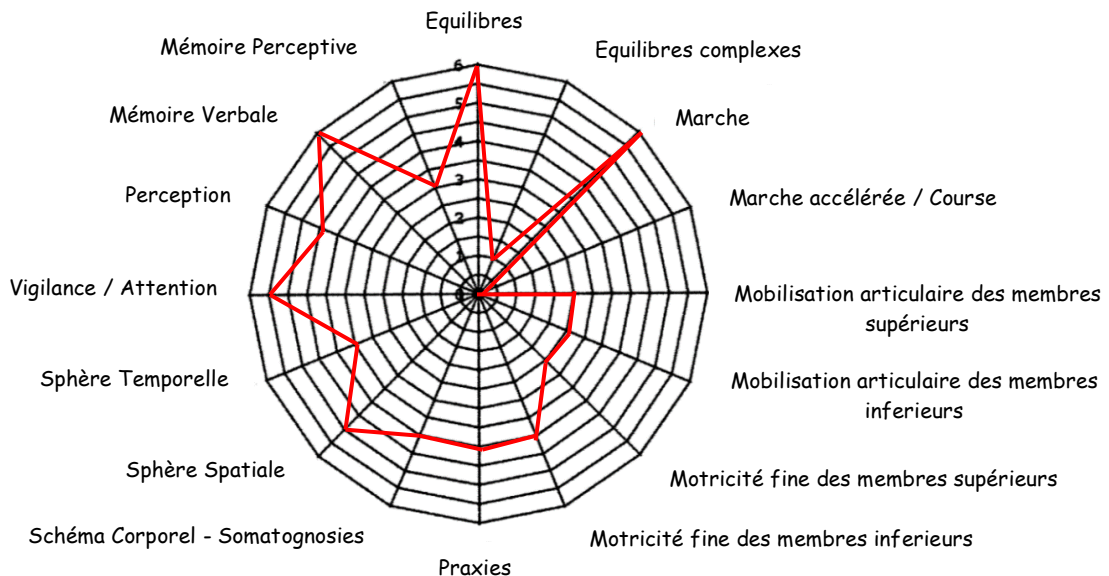
S. possède une bonne somatognosie. Sa latéralité est à droite, et on peut observer des difficultés dans l'imitation qui évoque un début de désorganisation corporelle

S. est sur un versant hypertonique avec des paratonies qui persistent avec une impossibilité de résolution musculaire. On observe des augmentations toniques dans tout le corps lors de la réalisation de gestes ou de la prise de parole.

L'équilibre de S. est très précaire. Les chutes lors de la marche ou de la station debout ont augmentée. Les mouvements fins de S. manquent de fluidité et sont entravés par les mouvements choréiques. Bien que la préhension soit efficiente et qu'elle puisse coordonner ses gestes, les dissociations et le déliement digital sont sources de difficultés. La motricité fine quant à elle commence à être déficitaire.

Un suivie en psychomotricité est envisagé.

Etoile de synthèse



ANNEXE 5 : bilan de réévaluation de Sabine (09/2020)

CONCLUSIONS DU BILAN PSYCHOMOTEUR

S. est une résidente avenante, qui s'exprime par un langage oral cohérent et adapté, bien qu'une dysarthrie et de plus en plus présente. Elle est capable de créer du lien, d'être présente dans l'échange avec des émotions exprimées adaptées.

Elle possède une bonne compréhension des consignes et participe volontiers. Cependant, elle est très fatigable avec une attention et une vigilance très labile durant la passation du bilan qui s'est déroulé en trois séances.

Sa sphère cognitive présente des difficultés notamment au niveau des repères temporels et mnésique qui persistent malgré un indiçage important. Il existe des difficultés au niveau de son organisation spatiale en raison de ses difficultés d'ordre mnésique et attentionnelle.

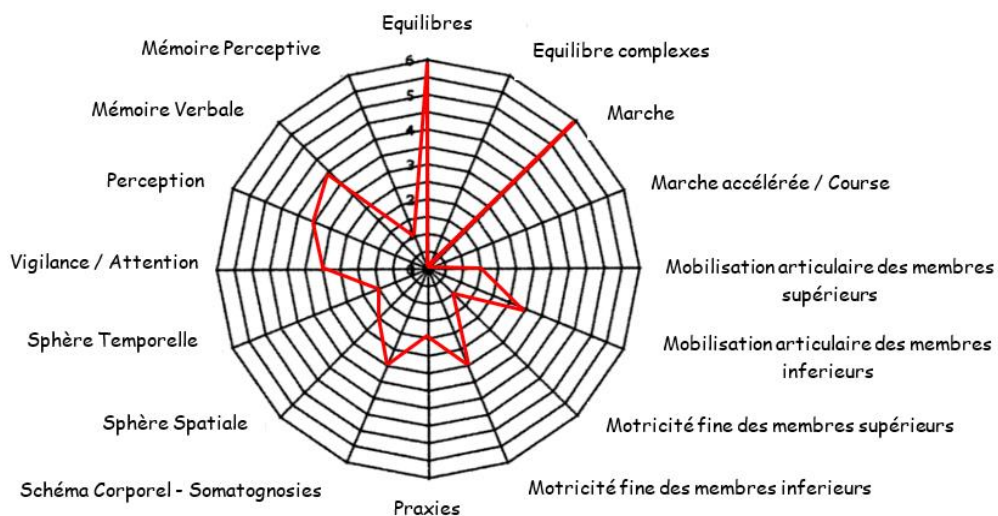
S. possède une bonne somatognosie. Sa latéralité est à droite, et on peut observer une désorganisation corporelle.

S. est sur un versant hypertonique avec une impossibilité de résolution musculaire au niveau de ses membres supérieurs et inférieurs. On observe des augmentations toniques dans tout le corps lors de la réalisation de gestes ou de la prise de parole.

L'équilibre de S. est de plus en plus précaire. Les chutes lors de la marche ou de la station debout sont quasi quotidiennes. Elle utilise un fauteuil avec une contention ou un casque lorsqu'elle marche dans le service. Les mouvements fins de S. manquent de fluidité et sont entravés par des mouvements choréiques de plus en plus présents. Bien que la préhension soit toujours efficiente et qu'elle puisse coordonner ses gestes (avec un temps de latence), les dissociations, le déliement digital et les manipulations fines sont impossible à réaliser. Au niveau oculomoteur, son regard est de plus en plus fixe avec une perte de poursuite oculaire au niveau périphérique qui est compensé par un mouvement de tête non suppressif.

Le suivi en psychomotricité est à continuer.

Etoile de synthèse



ANNEXE 6 : bilan de réévaluation de Sabine (03/2021)

BILAN PSYCHOMOTEUR

NOM : [REDACTED]
Prénom : S [REDACTED]
Née : 27/11/1963

Age : 57 ans

Diagnostique : Maladie de Huntington
Prescription : Bilan en vue d'une ré-évaluation

CONCLUSIONS DU BILAN PSYCHOMOTEUR

S. est une résidente avenante, qui s'exprime par un langage oral de moins en moins cohérent et adapté, à cause qu'une dysarthrie de plus en plus prononcée. Elle est capable de créer du lien et d'être présente dans l'échange avec des émotions exprimées adaptées. Des moments d'« absences » sont de plus en plus présents ce qui vient limiter ses contacts avec autrui.

Elle possède une bonne compréhension des consignes et participe volontiers. Cependant, elle est très fatigable avec une attention et une vigilance assez labile durant la passation du bilan qui s'est déroulé en deux séances. Sa sphère cognitive présente de plus en plus de difficultés notamment au niveau des repères temporels et mnésiques qui persistent malgré un indicage important. Il existe des difficultés au niveau de son organisation spatiale en raison de ses difficultés d'ordre mnésique et attentionnelle.

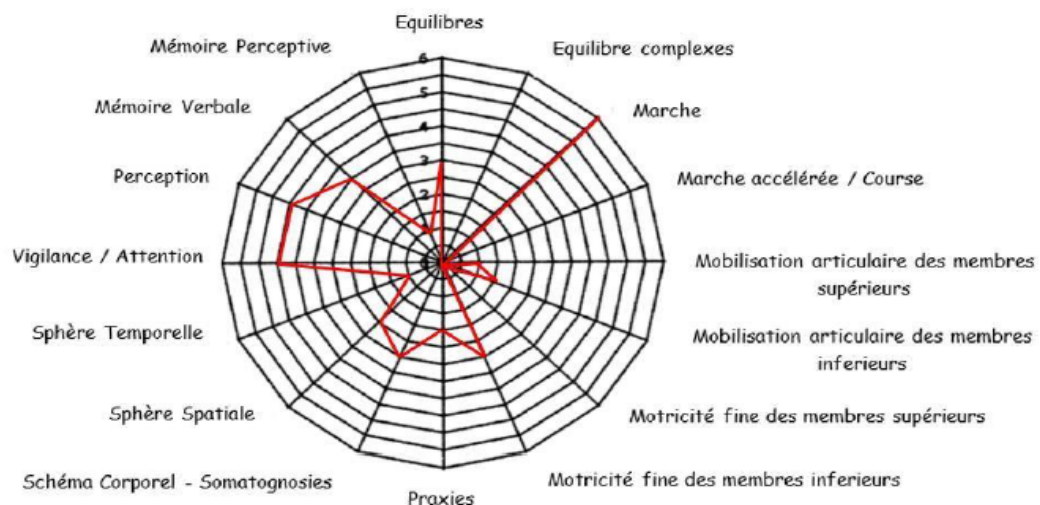
S. possède une bonne somatognosie. Sa latéralité est à droite, Elle présente des difficultés d'organisation corporelle qui sont visibles tout le long de la passation du bilan lorsqu'il s'agit de mettre son corps en mouvement.

S. présente une hypertonie globale avec une impossibilité de résolution musculaire au niveau de ses membres supérieurs et inférieurs. On observe l'apparition de syncinésie faciale et des augmentations toniques dans tout le corps lors de la réalisation de gestes ou de la prise de parole.

L'équilibre de S. est précaire. Les chutes lors de la marche ou de la station debout sont quasi quotidiennes. Elle utilise un fauteuil avec une contention ou un casque lorsqu'elle marche dans le service. Les mouvements fins de S. manquent de fluidité et sont entravés par des mouvements choréiques. Bien que la préhension soit toujours efficiente, les dissociations, le déliement digital et les manipulations fines sont impossibles à réaliser. Au niveau oculomoteur, son regard est de plus en plus fixe avec une perte de poursuite oculaire au niveau périphérique qui est compensée par un mouvement de tête non suppressif.

Le suivi en psychomotricité est à continuer.

Etoile de synthèse



ELEMENTS D'ANAMNESE EN LIEN AVEC LE BILAN

Situation familiale : Fait partie d'une fratrie de 10 enfants. 6 ont été diagnostiqués de la Maladie de Huntington, 2 ne sont pas atteints et 2 sont décédés jeunes. Sa sœur jumelle est accueillie en accueil de jour à la MAS Hélios. Elle est mariée et a 3 enfants.

Éléments d'anamnèse : Ancienne secrétaire médicale. Diagnostic posé en 2011. Jusqu'en octobre 2019 est à domicile et fait de courts séjours en institution. Elle est reçue en accueil de jour à la MAS dans un premier temps. Cependant, fin 2019, le maintien à domicile devient trop compliqué, elle fait d'abord un court séjour dans le service psychiatrique adulte de l'hôpital St Anne avant d'être placée en définitif à la MAS en octobre 2019.

Présentation : S. est une femme fine et mince. Se présentant sur un versant énergique, très ouverte à la discussion. Elle a conscience des conséquences de sa maladie et exprime sa peur. Elle est attentive à ses performances, cependant ces capacités attentionnelles sont de moins en moins efficaces. S. est une résidente avenante et volontaire. Elle sourit au contact de l'autre et accepte facilement les activités proposées. Étant autonome pour la marche, elle peut se déplacer selon ses envies et ses besoins. Cependant, sur des moments, elle déambule et peut ne plus être présente dans l'échange (regard dans le vide, contournement d'autrui comme un objet...). Elle s'adapte au rythme du service.

EXAMEN PSYCHOMOTEUR

Régulation tonique

Lors des mobilisations passives, la résolution musculaire est impossible pour ■■■■ dû à la présence de paratonies. Cette hypertonie des membres supérieurs et inférieurs se retrouve dans les ballants qui ne sont plus visibles tout comme l'extensibilité désormais dure à voir. Des syncinésies toniques apparaissent au niveau de la face, ce qui montre une difficulté de plus en plus importante au niveau de la régulation tonique.

Les épreuves de diadococinésies ne sont plus réalisables du à une impossibilité du geste en pronosupination.

Lors de moments d'écriture, le tonus est élevé dans le membre scripteur et l'écriture est de plus en plus illisible.

= S■■■■ présente une hypertonie globale. Ce tonus élevé se relève particulièrement important au niveau de ses membres supérieurs et inférieurs avec une impossibilité de résolution musculaire et de nombreuses paratonies. Le tonus n'entrave pas forcément le geste, mais le mouvement n'est pas fluide. L'écriture est toujours préservée, mais la pression dans sa main pénalise la dextérité manuelle et influence la qualité de l'écriture.

Équilibre statique et dynamique

Les mouvements choréiques sont omniprésents chez S■■■■

L'équilibre statique en bipodale est très précaire. En effet, le polygone de sustentation est plutôt haut, le regard est fixe mais ne sert pas de soutien (semble regarder dans le vide), et les genoux sont fléchis. Tous ces éléments n'aident pas l'équilibration qui doit être étayée par des points fixes extérieurs. De ce fait, S■■■■ a besoin d'un support solide (le mur) pour pouvoir se stabiliser. Les équilibres complexes (pointe des pieds, sur un pied...) ne sont plus présents.

De la même manière, l'épreuve de marche est réussie, elle se déplace d'un point A vers un point B, mais l'équilibre dynamique étant précaire, le geste moteur n'est pas correctement contrôlé. Les membres supérieurs ne servent pas à la rééquilibration de la marche, le regard ne balaye plus l'environnement dans lequel elle se déplace et le polygone de sustentation est haut. Ses pieds ne décollent plus du sol, ce qui perturbe la marche et entraîne de nombreuses chutes. Sa démarche s'apparente à de la déambulation.

Les épreuves d'équilibre complexe et de marche rapide/course ne sont pas passées, du à un équilibre trop précaire.

= L'équilibre de S■■■■ est précaire, renforcé par les mouvements choréiques. Des chutes lors de la marche ou de la station debout sont présentes. Ces dernières peuvent entraîner des complications physiques notamment lors de la marche où les éléments permettant la rééquilibration ne sont plus efficaces. Elle utilise un fauteuil avec une contention ou un casque lorsqu'elle marche dans le service.

Motricité fine

Il existe de grandes difficultés lors des épreuves de dextérité manuelle. La prise est correcte et le tonus élevé dans la main dominante se retrouve. Les mouvements choréiques sont très présents au niveau des mains ce qui entraîne une impossibilité de déliement digital et de dissociations des doigts. La coordination des membres supérieurs est très compliquée : les mouvements ne sont pas fluides et l'orientation corporelle est difficile.

Les capacités de préhension de S■■■■ semblent préservées. Elle peut saisir les objets en pince fine, avec un mode d'approche direct, s'ils ne sont pas trop fins. Sinon, elle va préférer une prise plus palmaire. Le croisement de l'axe se fait, et elle peut saisir bilatéralement.

Au niveau des membres inférieurs, les mouvements choréiques entravent les épreuves de pointage notamment pour les pointages latéraux. Les mouvements de S■■■■ manquent de fluidité et sont parasités par des mouvements anormaux. Néanmoins, ils peuvent encore être coordonnés pour frapper dans un ballon et toucher les cibles.

Au niveau oculomoteur, son regard est de plus en plus fixe avec une perte de poursuite oculaire au niveau périphérique qui est compensé par un mouvement de tête non suppressif. Les saccades sont de moins en moins rapides.

= Les mouvements fins de S■■■■ manquent de fluidité et sont entravés par des mouvements choréiques. Bien que la préhension soit toujours efficace, les dissociations, le déliement digital et les manipulations fines sont impossibles à réaliser. Au niveau oculomoteur, son regard est de plus en plus fixe avec une perte de poursuite oculaire au niveau périphérique qui est compensée par un mouvement de tête non suppressif.

Latéralité

= la latéralité manuelle est située à droite

Schéma Corporel

Il ne semble pas y avoir d'évolution depuis le dernier bilan passé en Septembre 2020. En effet, elle présente une bonne somatognosie. Elle est au stade du corps connu. Les figures de l'EMG ne sont plus reproduites du à des erreurs d'orientation, des mouvements choréiques et du tonus

élevé. S ■■■■ montre de grandes difficultés au niveau de sa proprioception et de son organisation corporelle.

= **Le schéma corporel est connu (stade du corps connu). Elle présente des difficultés d'organisation corporelle qui sont visibles tout le long de la passation du bilan lorsqu'il s'agit de mettre son corps en mouvement.**

Organisation spatiale

Il ne semble pas y avoir d'évolution depuis le dernier bilan passé en Septembre 2020. S ■■■■ se repère dans les lieux habituels, et est capable de s'orienter. Les notions spatiales sont efficaces. La reproduction en 3D est possible avec étayage.

= **Bien que l'organisation corporelle de S ■■■■ soit déficitaire, elle montre de bonne capacité de perception et d'organisation dans l'espace. Cependant, il existe des difficultés tant au niveau mnésique, attentionnel et proprioceptif qui viennent entraver ses performances au niveau de sa sphère spatiale.**

Organisation temporelle

S ■■■■ est capable de donner sa date de naissance cependant pour ce qui est de la date du jour cela est impossible Les mois de l'année, ainsi que les jours de la semaine sont encore connus par automatisme. Même avec un indice et un rappel immédiat elle n'est plus capable de donner l'heure ou d'organiser les jours de la semaine ou les mois de l'année sans difficulté. N'arrive plus à séquencer sa journée. -

= **L'organisation temporelle de S ■■■■ est de plus en plus déficitaire. Elle n'arrive plus à se situer sur une année ou à s'orienter sur une journée, même avec un indice et un rappel direct.**

Sensorialité

La sensorialité de S. ne semble pas présenter de particularité ou être défaillante.

= **Pas de profil sensoriel envisagé**

Mémoire perceptive et verbale

Il ne semble pas y avoir d'évolution depuis le dernier bilan passé en Septembre 2020. En effet, une grande disparité est présente au niveau de ses capacités mnésiques. La mémoire rétrograde de S ■■■■ est préservée cependant la mémoire de travail et celle à court termes sont impactées par l'avancée de la maladie. En effet, sur des exercices avec rappel direct ou indirect, il existe beaucoup de disgression et d'oubli malgré un indice très important de ma part.

Il existe également une grande difficulté niveau de la mémoire perceptive sans que le sens ne soit déficitaire. Il semble impossible de reproduire une position, de reconnaître certaines couleurs, le retour proprioceptif ne semble pas être efficace. En effet, lorsque la sphère motrice est engagée, la réalisation des exercices est compliquée voire impossible. Cela est notamment dû à une mauvaise organisation corporelle et une proprioception peu efficace. En revanche, lorsqu'il s'agit, de tâche plus cognitive, les exercices sont plus facilement réalisés. La lecture est préservée mais la lenteur de déchiffrement entraîne une non-compréhension du texte.

= Il existe de grande difficulté au niveau mnésique chez S ■■■. En effet, les exercices avec rappel (direct ou différé) nécessitent un indiçage important qui malgré tout n'aide pas S ■■■ à réussir les différentes épreuves. On peut également noter que lorsque la sphère motrice est engagée, la réalisation des exercices est compliquée voire impossible. Cela est notamment dû à une mauvaise organisation corporelle et une proprioception peu efficiente. En revanche, lorsqu'il s'agit, de tâche plus cognitive, les exercices sont plus facilement réalisés.

Communication et Relation

S ■■■ communique facilement ses besoins avec l'équipe. Elle n'échange presque pas avec les autres résidents hormis sa sœur Viviane. Elle semble apprécier les moments de discussion. Elle accepte facilement la proximité et de communiquer avec de nouvelles personnes. Elle est présente dans l'échange. Cependant, elle a de plus en plus des moments « d'absence », où elle reste hermétique à toute entrée en relation avec autrui.

Elle s'exprime par le langage oral, celui-ci est de moins en moins cohérent et adapté à cause d'une dysarthrie de plus en plus présente. Le débit de parole semble être de plus en plus compliqué, et la prononciation est moins compréhensive renforcée par une hypotonie faciale. La production de mot est la plupart du temps accompagnée d'une augmentation du tonus dans tout le corps. Et cela semble la fatiguer.

= S'exprime par un langage oral de moins en moins cohérent et adapté, à cause d'une dysarthrie de plus en plus prononcée. Elle est capable de créer du lien et d'être présente dans l'échange. Des moments d'« absences » sont de plus en plus présents ce qui limite ses contacts avec autrui.

Conclusion

- **Principaux axes de travail :**
 - Améliorer la régulation tonique
 - Amener des échanges sociaux
 - Stimuler la sphère cognitive (mémoire, fonctions exécutives)
 - Maintenir son repérage spatio-temporel.

- **Moyens mis en œuvre :**
 - Séance individuelle en psychomotricité
 - Prise en charge en piscine

- **Réévaluation / Durée de l'intervention :**
Réévaluation fin 2021.

ANNEXE 7 : bilan d'entrée de Cristian (2018)

BILAN PSYCHOMOTEUR

1- Présentation, aspect physique

- **Nom, Prénom** [REDACTED] • **Date de naissance** : 11/07/1978 (40 ans)
- **Prescription** : Bilan psychomoteur suite à admission
- **Diagnostic** : Chorée de Huntington
- **Développement staturo-pondéral** : 1m..... pour 74 kgs
- **Alimentation** : Per os (quelques allergies alimentaires)
- **Description** : [REDACTED] est un homme de 40 ans. Il a le cheveu court, châtain et porte des lunettes. Son visage est anguleux et il porte régulièrement les mains à sa bouche lorsqu'il s'exprime.

• **Résumé :**

[REDACTED] est un homme porteur de la maladie de Huntington, à un stade symptomatique. Ses capacités de marche et de communication sont toujours présentes bien que détériorées ; il peut ainsi avoir de l'autonomie dans son quotidien (il choisit ses activités). On note quelques difficultés cognitives sur des tâches complexes. Par ailleurs, la démonstration de certaines de ses capacités relevant d'avantage du cognitif va être entravée par ses difficultés motrices.

Du côté relationnel, [REDACTED] est volontaire pour beaucoup d'activités et communique facilement avec les équipes, fait des demandes selon ses besoins. Il entretient également des liens avec l'extérieur (famille, amis) et est demandeur d'outils de communication. Il présente des difficultés quant à l'articulation et le langage écrit lui demande beaucoup de ressources énergétiques et attentionnelles.

[REDACTED] est demandeur de prise en charge, notamment en ce qui concerne l'équilibre et la marche.

ANNEXE 8 : bilan de réévaluation de Cristian (07/2020)

CONCLUSIONS DU BILAN PSYCHOMOTEUR

C. est un résident calme est souriant, qui s'exprime par un langage oral cohérent et adapté, bien qu'une dysarthrie soit de plus en plus présente. Il est capable de créer du lien et d'être présente dans l'échange avec des émotions exprimées adaptées.

Il possède une bonne compréhension des consignes et participe volontiers. Il montre une bonne attention, une bonne vigilance et peu de fatigabilité durant la passation du bilan. Sa sphère cognitive présente quelques difficultés notamment au niveau mnésique qui nécessite une aide extérieure.

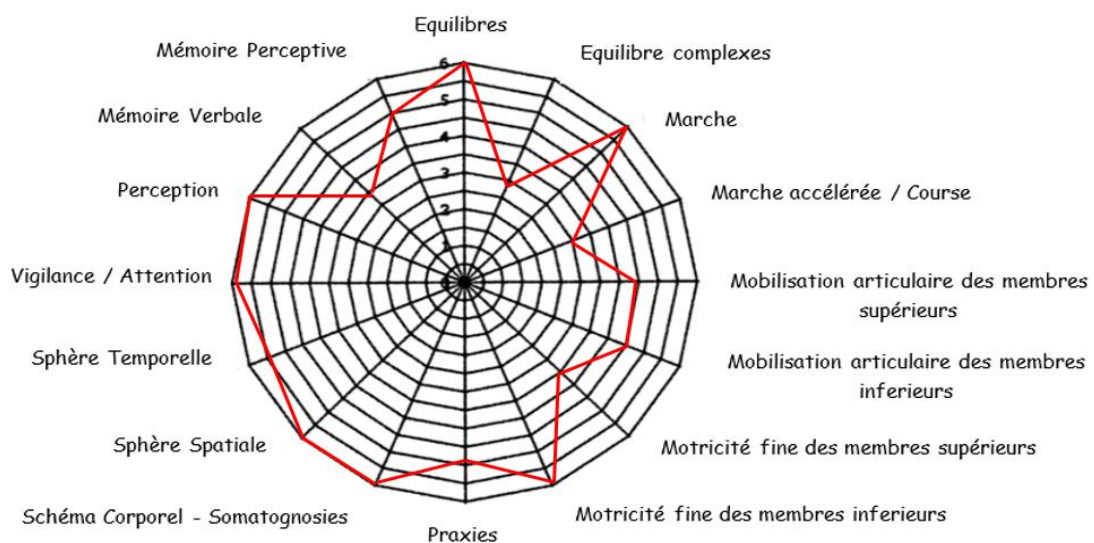
C. possède une bonne somatognosie. Sa latéralité est à droite et il n'existe pas de réelle difficulté que ce soit au niveau de l'image du corps ou de son schéma corporel (stade du corps connu)

C. à un tonus d'action sur le versant hypotonique et un tonus de fond sur un versant hypertonique ce qui entraîne de grande difficulté lors de la marche mais également de grande difficulté au niveau de la régulation tonique et donc langage orale.

L'équilibre de C. est de plus en plus précaire. Les chutes lors de la marche ou de la station debout ont augmentées. Des mouvements choréiques sont présents au niveau de ses membres supérieurs mais ceux-ci sont compenser par une augmentation du tonus. Les mouvements fins manquent donc de fluidité. Bien que la préhension soit efficace et qu'il puisse coordonner ses gestes, les dissociations et le déliement digital commence à être une source de difficultés pour C. Au niveau oculomoteur, certaines difficultés commencent à apparaître qui viennent majorer le risque de chute.

Un suivie en psychomotricité est envisagé.

Etoile de synthèse



ANNEXE 9 : bilan de réévaluation de Cristian (03/2021)

BILAN PSYCHOMOTEUR

NOM : [REDACTED]
Prénom : C [REDACTED]
Née : 11/07/1978

Age : 42 ans

Diagnostique : Maladie de Huntington
Prescription : Bilan en vue d'une réévaluation

CONCLUSIONS DU BILAN PSYCHOMOTEUR

C [REDACTED] un résident calme et souriant, qui présente une dysarthrie qui l'empêche de s'exprimer de manière claire bien que certains mots peuvent être compréhensibles. Il est capable de créer du lien et d'être présent dans l'échange.

Il possède une bonne compréhension des consignes et participe volontiers. Il montre une bonne attention et une bonne vigilance au prix de beaucoup d'effort durant la passation du bilan. Bilan passer en plusieurs fois du à une trop grande fatigabilité. Sa sphère cognitive présente des difficultés notamment au niveau mnésique qui nécessite un indigage important.

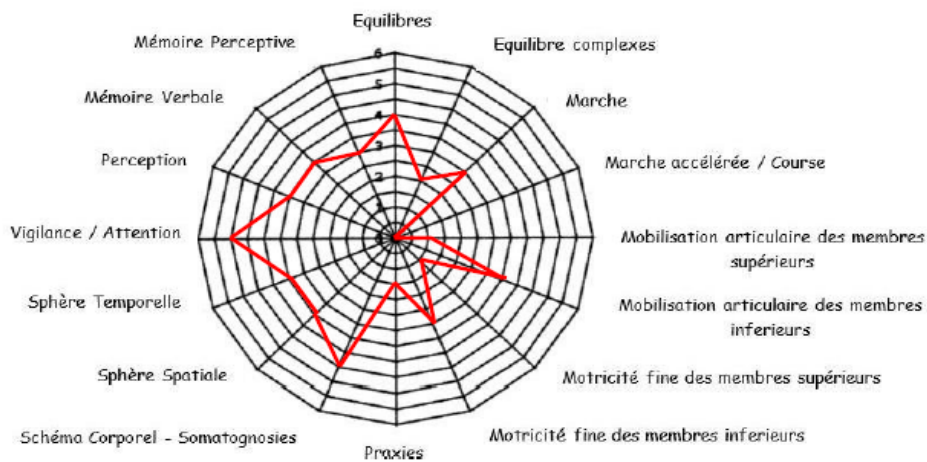
C [REDACTED] possède une bonne somatognosie. Sa latéralité est à droite. Il possède un bon schéma corporel (stade du corps connu), cependant il existe un trouble de l'image du corps. En effet, lors de l'épreuve du dessin du bonhomme ne conceptualise que la tête et les yeux, le reste du corps ne semble plus exister pour C [REDACTED]. Sa corporéité est donc fortement impactée et on peut constater un désinvestissement corporel de la part de C [REDACTED].

Il possède un tonus plutôt hypertonique, ce qui entraîne de grande difficulté lors de la marche mais également de grande difficulté au niveau de la régulation tonique et donc du langage oral.

Son équilibre est de plus en plus précaire. Les chutes lors de la marche ou de la station debout ont augmentée. Il ne se déplace plus autrement qu'avec une aide extérieure (humaine ou technique). Les mouvements choréiques sont de plus en plus présents au niveau de ses membres supérieurs mais sont compensés par une augmentation du tonus. Les mouvements fins manquent donc de fluidité. Bien que la préhension soit efficiente et qu'il puisse coordonner ses gestes, les dissociations et le déliement digital sont une source de difficultés pour C [REDACTED]. Des difficultés sont présentes au niveau oculomoteur (poursuite oculaire avec mouvement de tête non suppressif, ralentissement des saccades) qui viennent rendre l'entrée en relation avec C [REDACTED] de plus en plus difficile.

Un suivi en psychomotricité est envisagé.

Etoile de synthèse



ELEMENTS D'ANAMNESE EN LIEN AVEC LE BILAN

Situation familiale : ■■■■■ est un homme divorcé et père de 2 enfants (1garçon et 1 fille). Avec qui le lien est toujours présent. Il est encore proche de la famille de son ex-femme qui reste très présente. Sa mère est décédée de la maladie de Huntington et son père est son représentant légal. Un de ses cousins est décédé de la maladie de Huntington en décembre 2019 au sein de la MAS. Ancien champion de BMX (compétition international FISE).

Eléments d'anamnèse : Il est diagnostiqué pré-symptomatique en 2005, mais les premiers symptômes apparaissent en 2009 (mouvement choréique et pertes d'équilibres). Il reste à domicile et fait des courts séjours à l'hôpital marin d'Hendaye avant d'entré à la MAS pour une admission définitive en octobre 2018.

Présentation : C. est un homme de taille moyenne et de corpulence normale. C'est quelqu'un d'une nature plutôt calme et souriante, très ouvert à la relation. C'est une personne avenante et volontaire qui a conscience de l'avancée et des conséquences de sa maladie. Il porte des lunettes de vue.

EXAMEN PSYCHOMOTEUR

Régulation tonique

C■■■■ a un tonus global sur le versant hypertonique. La régulation tonique par rapport aux différents gestes peut être efficace malgré une fatigabilité notable (visible durant la marche) et un temps de latence dans l'initiation motrice. Il existe de grande difficulté de relâchement et les ballants sont peu visibles, alternant entre contraction et décontraction.

Cette hypertonie entraîne de grande difficulté lors de la marche mais également au niveau du langage oral où une dysarthrie est présente.

= C■■■■ à un tonus d'action hypotonique mais un tonus de fond hypertonique. Cette hétérogénéité tonique entraîne de grande difficulté lors de la marche, du langage orale où une dysarthrie est présente, mais également sur le maintien de la position assise.

Equilibre statique et dynamique

Les mouvements choréiques sont de plus en plus présents chez C.

L'équilibre statique, en bipodale est présent malgré des fragilités. Le polygone de sustentation a une base étroite. De très nombreuses rééquilibrations sont présentes avec l'aide d'un appui. Les équilibres complexes sont difficiles ; il a besoin d'appui pour réussir le transfert du poids de son corps sur une jambe. L'équilibre sur la pointe des pieds et sur un pied est tenté mais échoué malgré l'appui.

De la même manière, l'épreuve de marche est réussie, il se déplace dans la salle grâce à un soutien physique, mais l'équilibre dynamique est précaire avec un geste moteur mal organisé. Les membres supérieurs ne servent pas à la rééquilibration de la marche, et « pendent » le long du corps. La marche commence correctement, buste droit regard posé à l'horizontale. Cette posture est notamment possible grâce à une respiration pneumatique qui l'aide à maintenir une posture droite et à garder l'équilibre. Néanmoins, arrive rapidement une fatigabilité motrice qui se fait ressentir par un affaissement de la posture et un déséquilibre vers l'arrière. De plus, les

pieds ne décollent pas du sol et le mouvement de la marche se fait sans fluidité (se déplace en « bloc »). Cela majore le risque de chute.

= **L'équilibre de C ■■■ est de plus en plus précaire. Les chutes lors de la marche ou de la station debout sont augmentées par une fatigabilité importante et une absence de fluidité du mouvement. Ne veut plus se déplacer sans aide technique ou humaine.**

Motricité fine

Il existe de grandes difficultés lors des épreuves de dextérité manuelle. La prise est haute et le mouvement est engagé par le coude. Le tonus dans la main dominante peut être faible lorsqu'il s'agit d'effectuer une tâche complexe (écrire, dessiner), ce qui se traduit par un appui très léger. Les mouvements choréiques sont présents au niveau des mains et difficilement contrôlables. Le boutonnage/déboutonnage ainsi que le déliement digital et la dissociation n'est plus possible.

Les capacités de préhension de C ■■■ semblent préservées. Il peut saisir les objets en pince digitale, avec un mode d'approche direct. Le croisement de l'axe se fait, et il peut saisir bilatéralement.

Au niveau des membres inférieurs, les mouvements choréiques sont présents. Cependant, ils n'entravent pas les mouvements. La frappe du ballon est quasi inexistante et montre une fatigabilité à la tâche motrice.

Au niveau oculomoteur, la poursuite oculaire est saccadée avec un mouvement de tête non suppressif. Au niveau de la vitesse des saccades, il y a un fort ralentissement. Ces difficultés au niveau oculomoteur sont de moins en moins compensées par C ■■■ et limite ses interactions avec autrui lors de jeux.

= **Les mouvements fins de C ■■■ manquent de fluidité et sont entravés par les mouvements choréiques. Le déliement digital et les dissociations ne sont plus efficaces contrairement à la préhension. Au niveau oculomoteur, certaines difficultés commencent à apparaître et viennent majorer le risque de chute.**

Latéralité

= **La latéralité est située à droite**

Schéma Corporel / Image du corps

Bonne somatognosie. En est au stade du corps connu. Il a une bonne connaissance des différentes parties du corps, sur lui comme sur autrui. Les figures de l'EMG sont très difficiles à reproduire à cause des mouvements choréiques et du tonus élevé. Son organisation corporelle semble également difficile.

La pose de la gastrostomie en février semble avoir créé un trouble au niveau de l'image du corps, en effet, au dessin du bonhomme, C ■■■ ne dessine qu'une tête avec 2 yeux. Le corps ainsi que la bouche ont complètement disparu. Cela reflète la perte d'investissement de C ■■■ vis-à-vis de son propre corps.

= **Le schéma corporel est connu (stade du corps connu) avec organisation corporelle difficile. Il présente également un trouble de l'image du corps particulièrement marqué depuis la pose de la gastrostomie**

Organisation spatiale

Guère d'évolution depuis le dernier bilan en juillet 2020. Cependant on s'aperçoit qu'il existe aujourd'hui une idéation de plus en plus longue qui entraîne des difficultés mnésiques dans le repérage spatial. Il n'existe pas de difficulté particulière en termes d'organisation spatiale. C. se repère facilement dans les lieux habituels, et est capable de s'orienter. Les notions spatiales sont efficaces. Seule la reproduction en 3D est compliquée ainsi que l'organisation corporelle.

= **C. montre de bonne capacité en termes de perception et d'organisation dans l'espace. Mais il existe des difficultés de plus en plus marquées au niveau de son organisation corporelle**

Organisation temporelle

C. est capable de donner sa date de naissance cependant pour ce qui est de la date du jour cela est difficile. Il est capable de donner l'heure et d'organiser les jours de la semaine. Il n'est plus capable d'organiser et de se repérer dans les mois ainsi que dans l'année. Arrive à séquencer et organiser sa journée avec un temps de latence.

= **Difficulté au niveau de son organisation temporelle.**

Sensorialité

La sensorialité de C. ne semble pas présenter de particularité ou être défaillante.

= **Pas de profil sensoriel envisagé**

Mémoire perceptive et verbale

La mémoire rétrograde, la mémoire à court terme et la mémoire à moyen terme semblent préservées chez C. dans le contexte des exercices proposés.

Il n'y a pas vraiment de difficulté au niveau de la mémoire perceptive (seulement lorsque l'aspect moteur est engagé). La lecture n'est plus possible dû à la dysarthrie mais le sens des mots est présent.

Aide d'image pour obtenir une réponse par pointage car dysarthrie.

= **Réponses aux items à l'aide d'image par pointage. La mémoire verbale semble préserver. La mémoire perceptive est impactée lorsque le corps est engagé dans l'action.**

Communication et Relation

C. communique facilement ses besoins avec l'équipe (grâce au dialogue tonique ou pointage). Il n'échange plus avec les autres résidents. Il est présent dans l'échange, et les émotions exprimées sont adaptées.

Il ne s'exprime quasi plus par langage oral du fait de la dysarthrie. La production du mot entraîne une forte augmentation du tonus. La dysarthrie entraîne une exclusion sociale.

= **S'exprime très peu par langage oral à cause d'une dysarthrie. Le pointage ou le dialogue tonique est privilégié. Il est capable de créer du lien, d'être présent dans l'échange avec des émotions exprimées adaptées.**

Conclusion

- **Principaux axes de travail :**
 - Améliorer la régulation tonique
 - Amener des échanges sociaux
 - Stimuler la sphère cognitive (mémoire, fonctions exécutives)
- **Moyens mis en œuvre :**
 - Séance de relaxation en groupe
 - Séance individuelle en psychomotricité
- **Réévaluation / Durée de l'intervention :**
Réévaluation fin 2021

ANNEXE 10: box de méditation



<https://www.amazon.fr/Morph%C3%A9-M%C3%A9ditation-Sommeil-Retrouvez-r%C3%A9parateur/dp/B07YWYCYPH>

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : THEORIE	3
Chapitre 1 : D'un corps « normal » à un corps malade	4
I. Concept de corps	4
A. Du corps à la corporéité	4
1. Le corps comme « mécanique sociale »	4
2. Le corps comme « être au monde »	5
B. Le concept d'enveloppe : schématisation et corporéité	6
1. De quoi parle-t-on ?	6
2. Les enveloppes corporelle et psychique	7
C. L'architecture psychocorporelle comme toile de fond de la corporéité	8
1. Le berceau utérin, le commencement d'une construction	8
2. Le soin maternel	8
3. L'axe corporel : charpente de la corporéité	10
4. La verticalisation : accès à une autonomie	11
5. Le tonus : toile de fond de la motricité et des émotions	12
II. L'histoire d'une maladie neurodégénérative	13
A. La maladie de Huntington...une histoire de famille	13
1. Histoire d'une maladie	13
a) Une maladie génétique et héréditaire	13
b) Neurophysiologie	14
c) Evolution	15
B. Sémiologie	16
1. Des troubles cognitifs	16
a) Troubles des fonctions exécutives et bradyphrénie	16
b) Trouble mnésique	16
c) Trouble du langage	17
2. Des troubles psychiatriques	17
a) Irritabilité, agressivité et impulsivité	17
b) Apathie et anxiété	17
c) Dépression et taux de suicide	18

3.	Des troubles moteurs.....	18
a)	Des mouvements anormaux.....	18
b)	Des conséquences de cette atteinte.....	19
C.	Le corps dans la maladie.....	19
1.	Déni et anosognosie.....	19
2.	Dans la relation.....	20
3.	Le déguisement de Huntington.....	20
Chapitre 2 : La relaxation : une médiation en lien avec la corporéité.....		22
I.	Une médiation.....	22
A.	Définition.....	22
B.	Des relaxations.....	23
1.	Les « pères ».....	23
a)	Schultz.....	23
b)	Jacobson.....	24
2.	Des méthodes qui en découlent.....	25
a)	La méditation, une relaxation dite classique.....	25
b)	La méthode Sapis, une relaxation hypnotique.....	25
c)	Bergès, une relaxation psychomotrice.....	26
II.	La relaxation en psychomotricité.....	27
A.	Les effets de la relaxation.....	27
1.	Les effets d'ordre physiologique.....	27
2.	Les effets d'ordre psychologique.....	28
3.	Les effets d'ordre neurologique.....	29
B.	Une médiation basée sur les sensations.....	30
1.	Régulation tonico-émotionnelle.....	30
2.	Sensation-perception-représentation.....	31
3.	Schéma corporel et image du corps.....	33
PARTIE 2 : CLINIQUE.....		35
I.	Un nouveau lieu : l'institution.....	36
A.	L'institution.....	36
1.	Une MAS.....	36
2.	La population.....	37
3.	La psychomotricité au sein du plateau technique.....	37

B.	La médiation en institution	38
1.	Une place importante	38
2.	L'atelier relaxation.....	39
II.	Une contenance pour mieux accepter la maladie	41
A.	Une histoire de vie : Sabine.	41
1.	Anamnèse	41
2.	Situation familiale.....	41
3.	Parcours.....	41
4.	Prise en charge.....	41
B.	Bilans	42
1.	Son profil psychomoteur	42
2.	Le projet thérapeutique.....	43
3.	La séance type de Sabine.....	43
C.	Une prise en charge	43
1.	Première rencontre	43
2.	Parler pour se sentir exister	44
3.	Agir « comme avant ».....	45
4.	Bouger comme moyen d'être au monde	45
5.	Une séance pas comme les autres	46
6.	L'eau comme nouveau médiateur.....	47
7.	Etat des lieux : mars 2021	48
III.	Une ouverture sur le monde	50
A.	Une histoire de vie : Cristian.....	50
1.	Anamnèse	50
2.	Situation familiale.....	50
3.	Parcours.....	50
4.	Prise en charge.....	50
B.	Bilans	51
1.	Son profil psychomoteur	51
2.	Le projet thérapeutique.....	52
3.	Une séance type de Cristian	52
C.	Une prise en charge	53
1.	Première rencontre	53
2.	Un moment à part.....	53
3.	Vers un équilibre psychosomatique	54

4. Le groupe porteur.....	55
5. Une ouverture	56
6. Une corporéité perturbée	57
7. Etats des lieux.....	57
PARTIE 3 : DISCUSSION.....	60
I. La place du psychomotricien dans le rela(xa)tion auprès des malades Huntington	61
A. L'implication du psychomotricien	61
1. La communication	61
2. Le regard comme soutien	62
3. Un temps à part.....	63
B. Le cadre et sa fonction contenantante	64
1. Le cadre thérapeutique	64
2. La musique	65
3. La voix.....	66
4. La salle	67
C. Une légitimité.....	68
1. La maladie de Huntington, une maladie psychomotrice	68
2. L'apport de la psychomotricité.....	68
II. L'enjeu de l'eau dans la corporéité auprès des personnes polyhandicapées en MAS	71
A. Les propriétés psychomotrices de l'eau.....	71
1. Médium malléable	71
2. L'eau subjective.....	72
3. La régression.....	73
4. L'eau enveloppante et contenantante.....	73
B. Rejouer les interactions précoces, vecteur de la corporéité	74
1. Rôle d'une mère « suffisamment bonne » : entre portage et regard	74
2. La relation par le toucher.....	75
a) La relation, point fort de la psychomotricité.....	75
b) La peau, véhicule du toucher	76
c) Un toucher porteur de sens	76
3. Les stimulations sensorielles et développement sensori-moteur	78

C. Emergence d'une corporéité	79
1. Le mouvement	79
2. La verticalité	80
CONCLUSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXES.....	88
ANNEXE 1: stades de la maladie selon Shoulson et Fahn.....	88
ANNEXE 2 : signes cliniques en fonction de l'évolution	89
ANNEXE 3 : le déguisement dépressif.....	90
ANNEXE 4 : bilan d'entrée de Sabine (Début 2020).....	91
ANNEXE 5 : bilan de réévaluation de Sabine (09/2020)	92
ANNEXE 6 : bilan de réévaluation de Sabine (03/2021)	93
ANNEXE 7 : bilan d'entrée de Cristian (2018)	98
ANNEXE 8 : bilan de réévaluation de Cristian (07/2020)	99
ANNEXE 9 : bilan de réévaluation de Cristian (03/2021)	100
ANNEXE 10: box de méditation.....	105
TABLE DES MATIERES.....	106