



HAL
open science

Le temps au cœur du soin : aider le sujet âgé à pouvoir dire "je" dans son histoire. Réflexion sur les temporalités du sujet âgé et du psychomotricien

Anaëlle Lebatteux

► To cite this version:

Anaëlle Lebatteux. Le temps au cœur du soin : aider le sujet âgé à pouvoir dire "je" dans son histoire. Réflexion sur les temporalités du sujet âgé et du psychomotricien. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04240857

HAL Id: dumas-04240857

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04240857v1>

Submitted on 2 Jul 2024

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.



Institut de Formation en Psychomotricité de
la Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



Le temps au cœur du soin :

Aider le sujet âgé à pouvoir dire « je » dans son histoire

Réflexion sur les temporalités du sujet âgé et du
psychomotricien

Mémoire présenté par

Anaëlle LEBATTEUX

en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Référente de mémoire :
Mme Sandrine BOTTIUS

Session Juin 2023

*À ma grand-mère Jeannine partie pendant l'écriture de ces lignes,
à qui je dois le goût de l'écriture et ma tendresse pour nos aînés.*

Remerciements

Dans un premier temps, je souhaite remercier Sandrine Bottius d'avoir cru en mon sujet et de m'avoir suivie tout au long de ce travail avec confiance et pertinence au cours de nos échanges et nombreuses remises en question de ma part. Merci de m'avoir dit que cela en valait la peine.

Merci à Émeline et Manon (et leurs collègues) de m'avoir offert un lieu de stage bienveillant dans lequel j'ai pu m'épanouir au cours de l'année et qui m'aura permis de développer ce sujet qui me tient à cœur. Je les remercie pour leur écoute, leurs conseils et leurs mots qui ont grandement contribué à mon épanouissement professionnel lors de cette troisième année.

Merci à Alexia et Alice de m'avoir permis de découvrir d'autres champs de la psychomotricité au cours de la formation et d'avoir participé à ma construction psychomotrice.

Merci à Long Pham Quang de m'avoir accordé de son temps pour échanger sur le vaste sujet de la temporalité dans l'approche psychomotrice et pour ses conseils qui m'ont été précieux.

Merci à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Paris pour ces trois années pleines de richesse.

Merci à mes proches pour leur présence, particulièrement à ma mère pour son intérêt envers ce travail, ses nombreuses relectures et réflexions et à Colin pour son soutien sans faille.

Merci à ceux qui seront les nouveaux psychomotriciens de la promotion 2020-2023, que nous nous soyons juste croisés, que nous ayons partagé des pratiques toujours plus folles aux quatre coins de Paris ou que nous ayons pris le temps de tisser des liens que le temps lui-même ne pourra défaire, je vous souhaite de belles réussites dans ce futur métier.

Enfin, je souhaite remercier les patients que j'ai rencontrés au cours de ces trois années, je les remercie de m'avoir permis de me tromper, d'apprendre, de douter, de rire, de créer et surtout de m'avoir permis d'être à mon tour « patiente ». Merci à eux pour leurs histoires.

Table des matières

Introduction.....	10
--------------------------	-----------

Partie clinique	11
------------------------------	-----------

A) Présentation du cadre d'observation	12
---	-----------

1. L'unité de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique.....	12
a. Organisation de la structure.....	12
b. Contexte d'admissions des personnes âgées en moyen séjour.....	13
c. Le cadre spatio-temporel.....	13
d. Place de la psychomotricité.....	15
e. Le SMR : vers une nouvelle dénomination.....	16

B) Les patients.....	17
-----------------------------	-----------

1. M.F	17
a. Présentation	17
b. Anamnèse	17
c. Première rencontre.....	18
d. Bilan psychomoteur	19
e. Évolution de l'accompagnement en psychomotricité.....	20
f. Questionnements et hypothèses.....	24
2. Mme.B	25
a. Présentation	25
b. Anamnèse	25
c. Première rencontre.....	26
d. Bilan psychomoteur	26
e. Évolution de l'accompagnement en psychomotricité.....	27
f. Questionnements et hypothèses.....	31
3. M.R.....	32
a. Présentation	32
b. Anamnèse	32
c. Première rencontre.....	33
d. Bilan psychomoteur	33
e. Évolution de l'accompagnement en psychomotricité.....	35
f. Questionnements et hypothèses.....	36

Partie théorique..... 37

A) Le temps 38

1. Définition 38
2. Conceptions culturelles..... 39
 - a. Le système monochrome : la vision occidentale 40
 - b. Le système polychrone : la vision orientale 40
3. Conceptions physiques 41
 - a. Galilée : le temps, grandeur physique fondamentale 42
 - b. Newton : le temps absolu 42
 - c. Einstein : la relativité du temps 42
4. Conceptions philosophiques..... 43
 - a. De la mythologie grecque à l'Antiquité : les représentations de Kronos/Khronos 43
 - b. Aristote : le mouvement et la notion de temps 44
 - c. Augustin d'Hippone : les conceptions d'un passé, d'un présent et d'un futur..... 44
 - d. Pascal : la notion du bonheur dans le présent..... 45
 - e. Kant : le temps cadre de notre existence 45
 - f. Jankélévitch : le retour d'Ulysse à Ithaque 45
 - g. Sartre : l'existence et l'instant présent 46
5. Conceptions psychologiques 47
 - a. Bergson : le sentiment intérieur de la durée 47

B) La temporalité 49

1. Définition 49
2. Le temporalité de l'institution 50
 - a. À la recherche du temps perdu 51
 - b. L'hôpital comme terre d'exil..... 53
3. La temporalité des soignants 54
 - a. La relation de soin : à la rencontre du temps de l'autre..... 54
 - b. Le conflit entre un tempus et un chronos : une dyschronie..... 55
 - c. Regard sur la personne âgée..... 57
4. La temporalité des familles 58
5. La temporalité des sujets âgés : au carrefour du temps 59
 - a. La vieillesse : entre crainte et destinée 59
 - b. Le patient âgé 60
 - c. Les retentissements psychocorporels : traces du temps..... 61
 - d. Le sujet âgé en service de rééducation..... 62

C) Le temps en psychomotricité.....	63
1. L'approche psychomotrice : une forme d'holisme.....	63
a. Les fondements.....	64
b. Ce qui fait le soin psychomoteur	66
2. Construction du temps par le prisme psychomoteur	70
a. La naissance d'une temporalité et d'un individu.....	70
b. La déconstruction psychomotrice chez le sujet âgé.....	73
3. La temporalité du psychomotricien	75
a. La construction d'une temporalité psychomotrice	75
b. L'art psychomoteur.....	77

Discussion 79

1. Contexte d'élaboration des observations cliniques et ses limites.....	80
2. La rencontre de deux temporalités	81
a. La première rencontre : une temporalité psychomotrice d'opportunité.....	81
3. Les clés du psychomotricien	84
a. L'introspection et l'analyse des ressentis.....	84
b. L'adaptation psychomotrice	85
c. L'approche holistique	86
4. Le cheminement des temporalités	87
5. L'apport des médiations corporelles dans la prise en charge du sujet âgé	89
a. Le rôle du passé	90
b. Passer par le corps pour s'ancrer dans le présent	91

Conclusion 94

Bibliographie 95

Sitographie..... 101

Médiagraphie 102

Introduction

Passé, présent et futur, voilà trois notions aussi bien familières que abstraites. Elles peuvent se rapporter aux temps de conjugaison appris sur les bancs de l'école ou d'une manière plus philosophique à des concepts temporels au centre de divers courants de pensée. Là où le passé tend à s'allonger et à s'enrichir, le présent, lui, reste insaisissable et éphémère tandis que le futur se voit se raccourcir. Trois notions qui structurent notre perception du temps et qui à travers le souvenir, l'attention et la projection nous permettent de nous sentir sujet de notre existence. Percevoir et agir sur cette dernière serait là le rôle de notre temporalité. Elle est ce qui nous fait habiter le temps à notre manière et témoigne de notre individualité dans une société de l'uniformisation. Ainsi, elle se manifeste dans nos paroles, nos mots, notre façon de parler du temps, mais aussi à travers notre corps et son expressivité, nos mouvements et leur vitesse, nos regards et nos besoins.

La temporalité et ses manifestations auront donc été mon cap tout au long de cet écrit, tant du point de vue du psychomotricien que celui du patient âgé. De fait, c'est au sein d'une unité de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique que les histoires de M.F, Mme.B et M.R m'ont permis de débiter mes réflexions sur le sujet. Dans cette structure qui envisage « l'après », leurs différences mais aussi leurs ressemblances m'ont permis de me questionner sur les particularités de leurs temporalités et la manière avec laquelle nous, psychomotriciens, pouvons récolter des indices afin d'utiliser notre propre temporalité en retour. Ainsi, quelles sont les spécificités du psychomotricien ? Comment se prépare-t-il à la rencontre avec le patient ? Comment repère-t-il et compose-t-il avec les manifestations de temporalités parfois altérées par l'âge ? Quels sont les éléments lui permettant de venir faire émerger une intention d'action du sujet âgé lui-même ? L'ensemble de ces questionnements m'amène donc à me poser la question suivante : **dans quelle mesure le psychomotricien, en institution de rééducation, adapte sa temporalité, en tenant compte de celle du sujet âgé, afin que celui-ci se rende acteur de sa prise en charge ?**

Afin de répondre à cette question, j'ai choisi, dans un premier temps, de venir présenter les histoires cliniques de M.F, Mme.B et M.R, qui me permettront de mettre en lumière différentes temporalités et de venir questionner le rapport entre la leur et une temporalité psychomotrice. Dans un second temps, c'est à l'aspect théorique auquel je me rapporterai afin de cerner notre compréhension du temps, celle de la temporalité ainsi qu'aux temporalités des différents acteurs du soin. Enfin, dans une discussion clinico-théorique, je proposerai de mettre en relation l'approche spécifique du psychomotricien aux cas évoqués dans la première partie afin de répondre à notre question centrale et d'en évoquer les limites.

Partie clinique

A) Présentation du cadre d'observation

Au cours de ma troisième année de formation en psychomotricité, c'est au sein d'une unité de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) gériatrique que j'ai effectué ce stage long, d'octobre 2022 à juin 2023, tous les mercredis. Ainsi, c'est au cœur de ce service d'un hôpital de l'est parisien, que je me suis intéressée aux personnes âgées, leurs histoires et leurs temporalités.

1. L'unité de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique

a. Organisation de la structure

Considéré comme une institution de moyen séjour, le SSR a pour objectif d'assurer la poursuite des soins médicaux nécessitant la rééducation des pertes d'autonomie éventuelles et la réadaptation globale optimale du malade. Il apparaît alors comme un lieu pivot du parcours de soin du sujet âgé puisqu'il s'articule entre deux axes principaux. À la fois celui d'une stimulation, d'un maintien, d'une rééducation et d'une réadaptation des fonctions du patient afin qu'il puisse récupérer ou ne pas décompenser suite à son hospitalisation. D'autre part, un rôle d'élaboration d'un projet adapté au patient et sa famille, leurs attentes et besoins, afin d'envisager un « après » hospitalisation. Le SSR considère ainsi l'avenir du patient.

Occupant l'intégralité du deuxième étage de l'hôpital, l'unité bénéficie d'une soixantaine de lits répartis entre deux ailes : l'est et l'ouest. Toutefois, pendant la durée de mon stage, les crises que connaît le monde hospitalier ont engendré la fermeture d'une des ailes, réduisant le nombre d'admissions de moitié. Ce réaménagement entraîna une mutualisation des équipes et la réorganisation des temps de chacun, dans un contexte de manque de personnel.

Ainsi, une trentaine des patients, dont l'âge varie de 75 ans à plus de 90 ans sont pris en charge principalement suite à des retentissements liés aux chutes, à des AVC ou encore en lien avec un choc post-traumatique. Afin de les accompagner dans leur parcours de soin une équipe pluridisciplinaire, composée de psychomotriciennes, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, d'une orthophoniste, d'une diététicienne, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'une podologue, d'une secrétaire, d'une cadre de santé, d'une équipe de trois médecins (accompagnés d'internes et externes), d'une équipe infirmière ainsi que d'aides-soignantes sans oublier le personnel d'entretien, est dévouée aux suivis médicaux, paramédicaux et administratifs. Il est important de garder à l'esprit que les remaniements organisationnels au cours de l'année ont nécessité des prises de relais des soignants vers d'autres services de l'hôpital, entraînant d'importantes discontinuités.

b. Contexte d'admissions des personnes âgées en moyen séjour

Comme nous l'avons spécifié, le SSR se distingue comme une étape dans le parcours de soin des patients, qui pourra les accueillir pour une durée moyenne de 3 mois. En effet, après avoir été reçus dans des services d'urgence, certains patients relevant du domaine de la gériatrie arrivent au sein de l'hôpital, soit en Unité Gériatrique Aiguë (UGA), pour des cas de dépendance majeure, soit en SSR pour les patients davantage stabilisés. À la suite d'un passage dans ce service de rééducation, le patient sera réorienté vers son domicile, où il pourra bénéficier d'aides extérieures, ou vers un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) avec qui un projet de soin aura été, préalablement, construit.

Ainsi, le SSR occupe un rôle temporaire qui permettra au patient d'être accompagné dans le maintien de son autonomie et de ses capacités et d'adapter un retour à sa vie quotidienne en mettant en relation le patient, son entourage et l'équipe de soignants.

Parmi cette multitude de corps de métiers composant l'équipe pluridisciplinaire, certains d'entre eux apparaissent en première ligne, à savoir les médecins ainsi que les binômes formés d'un kinésithérapeute et de l'ergothérapeute. Ils auront alors pour rôle d'évaluer le patient, de choisir le matériel adapté à chacun d'entre eux, d'envisager les accompagnements nécessaires et d'avoir un premier contact avec la famille. Les psychomotriciennes, opérant en deuxième ligne, pourront être sollicitées secondairement afin d'agir au niveau de la prévention, la stimulation, la contribution thérapeutique et enfin au niveau rééducatif.

c. Le cadre spatio-temporel

Entre les ailes est et ouest nous retrouvons le plateau de rééducation où kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens se réunissent à de nombreuses reprises au cours de la journée. Dans cet espace, qui accueille personnels et patients, nous retrouvons une multitude de machines, d'accessoires et de médiateurs utilisés lors des séances, qu'elles soient dispensées en individuel ou en binôme de rééducateurs. Ce lieu est investi dès la matinée puisque c'est ici que les rééducateurs construisent leurs journées en fonction des informations du logiciel professionnel de soin et des informations qui auront été transmises au cours du mini staff. Il continuera d'être investi tout au long de la journée pour des séances, entre les séances et pendant les pauses de chacun. Ce lieu central où professionnels et résidents se croisent, s'accompagnent et se confient apparaît donc comme plaque tournante du service.

Nous retrouvons dans chaque aile une trentaine de chambres individuelles. Ces dernières étant de véritables lieux de vie, elles abritent les patients en leur faisant office de chambre, de réfectoire pour certains, de lieux de rencontres avec la famille pour d'autres, mais également d'espace de séances lorsque cela est nécessaire. Au rythme de la journée, ces chambres connaissent donc de nombreux va-et-vient d'une multitude d'acteurs et inscrivent les patients dans un projet thérapeutique de moyen terme.

Au centre de chaque aile, la salle de vie fait office de réfectoire pour les patients, mais aussi de salle commune avec télévision, jeux de société, etc. Du point de vue des soignants, c'est également un lieu de réunion avec un mini staff chaque matin qui permet à tous les professionnels d'avoir les mêmes informations importantes et un grand staff plus général le vendredi après-midi. De plus, elle peut être mise à disposition pour les accompagnements de groupe orchestrés par les rééducateurs. Les patients bénéficiant de la visite de leurs familles sur les après-midis, ils peuvent choisir de faire ces rencontres dans cette salle commune, dans leur chambre ou à l'extérieur au niveau jardin. De plus, chacune des ailes dispose d'une salle de bain thérapeutique équipée d'une baignoire pouvant être utilisée par les psychomotriciennes pour leurs accompagnements.

En plus, du plateau de rééducation, nous retrouvons, au rez-de-chaussée, deux salles de psychomotricité pouvant servir à d'autres professions, mais qui gardent l'aspect et l'esprit de l'approche psychomotrice.

Dans chacune de ces salles, ce sont balles, plots, foulards, matériel créatif, etc. qui sont disposés, restant à disposition en fonction de la prise en charge. Adjacente à l'une d'entre elles, nous pouvons retrouver une salle de bien-être sensoriel. Composée de plantes, de jeux, de couleurs, de matières et de sons, cette salle est majoritairement investie par les psychomotriciennes de l'hôpital.

d. Place de la psychomotricité

Ainsi, les lieux et les temps que nous venons de présenter s'articulent entre eux par le simple passage ou bien l'installation plus prolongée des soignants et de leurs patients. La vie au sein de l'unité étant ainsi structurée dans le temps et dans l'espace, tout y est rassemblé pour rendre la prise en charge psychomotrice optimale. Comme nous l'avons vu, le rôle de la psychomotricienne s'inscrit en deuxième ligne dans le processus de soin du patient. En effet, la prise en charge en psychomotricité n'apparaît pas comme automatique et dépend de trois cas de prescription. Tout d'abord, l'avis d'un médecin au moment de l'arrivée d'un patient ou lors de son suivi pourrait amener la psychomotricienne à venir amorcer un accompagnement. Dans le deuxième cas, le binôme kinésithérapeute/ergothérapeute qui est en première ligne à l'arrivée d'un nouveau résident est en mesure de venir solliciter la psychomotricienne afin qu'elle envisage un suivi.

Dans le troisième cas de figure, c'est directement la psychomotricienne qui peut prendre l'initiative de suivre un patient après avoir retenu des informations émises pendant les staffs. Par conséquent, c'est à la suite de ces trois situations que la psychomotricienne pourra s'orienter vers un accompagnement qui relèvera de la prévention, de la stimulation, de la contribution thérapeutique ou de la rééducation.

Au sein du SSR, les évaluations psychomotrices relèvent davantage d'un travail d'observation que d'une passation côtée. De plus, un Mini-Mental State Examination (MMSE) sera réalisé par l'équipe d'internes à l'arrivée du patient. Bien que la confection de bilans soit réalisable, elle reste coûteuse en temps, c'est pourquoi l'équipe de psychomotriciennes s'oriente vers l'observation pour l'exploration des fonctions psychomotrices. Un projet thérapeutique en psychomotricité pourra donc revêtir diverses formes en fonction de la pathologie présentée, des potentialités et appétences du patient.

Les psychomotriciennes sont régulièrement amenées à réaliser des suivis en binôme formés avec d'autres rééducateurs : kinésithérapeute, ergothérapeute et orthophoniste. Ce travail en commun, régulier et recherché, amène une complémentarité précieuse dans l'élaboration d'un suivi toujours plus complet. Il arrive également que des accompagnements à la toilette, en complémentarité avec les aides-soignantes, soient réalisés par la psychomotricienne. Cependant, ils se révèlent plus rares en raison du temps nécessaire à l'élaboration d'un tel accompagnement, entre ces deux soignants dont les temporalités divergent davantage que celles des rééducateurs entre eux. Enfin, les psychomotriciennes occupent un rôle de « liant ». En effet, c'est ainsi la fonction plus globale qu'elles peuvent occuper au sein du service. Elles s'attellent à faire du lien, à réunir les différentes sphères de l'environnement du patient avec pour objectif de venir proposer un accompagnement où les points de vue et temporalités de chaque intervenant sont pris en compte. Elle aura donc la possibilité d'être en première ligne dans les échanges avec la future structure qui accueillera le patient.

e. Le SMR : vers une nouvelle dénomination

Depuis le décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation (J.O. 11 janvier 2022) , les SSR deviennent des Services de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). L'Article 1 de ce décret introduit les conditions générales, devant être respectées au sein d'un SMR, qui concerne l'aménagement du service ainsi que la composition de l'équipe pluridisciplinaire. De plus, afin d'obtenir l'habilitation « gériatrie », le futur SMR se doit de réunir des conditions supplémentaires. En effet, selon l'Art. D. 6124-177-11, il doit proposer « des espaces adaptés aux besoins spécifiques des patients, notamment ceux souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées » ainsi qu'un « accès à un plateau neurocognitif ». Concernant les pratiques thérapeutiques, au moins trois doivent être présentes parmi les suivantes : masso-kinésithérapie ; ergothérapie ; diététique ; psychomotricité ; orthophonie ; prise en charge psychologique ; activité physique adaptée. Enfin, l'Art. D. 6124-177-16 indique que « l'organisation des soins permet de dispenser à chaque patient, selon son état clinique, chaque jour ouvré dans le cadre d'une hospitalisation complète ou à chaque venue dans le cadre d'une hospitalisation à temps partiel, au moins deux séquences de traitement, individuelles ou collectives. ».

Avec cette nouvelle recommandation relative aux pratiques thérapeutiques, certains des rééducateurs de l'hôpital ont fait part de leur inquiétude concernant leurs futures conditions de travail et le degré de liberté qu'ils auront dans l'élaboration de leur prise en charge.

Ainsi, l'ensemble de ces préconisations demandées aux établissements de santé doivent entrer en vigueur avant juin 2023, sous peine d'être privés de leurs habilitations.

B) Les patients

1. M.F

a. Présentation

M.F est un homme âgé de 80 ans, accueilli au SSR de octobre à décembre 2022 mais qui le jour de son retour à domicile sera victime d'une chute, le faisant réhospitaliser jusqu'à fin janvier 2023.

Physiquement, M.F présente un teint hâlé contrastant avec ses cheveux blancs. Il affiche des mimiques faciales prononcées. Lorsqu'il est d'humeur à être dans la relation, il a le clin d'œil facile et le sourire quasi-parfait, pouvant faire penser à celui d'un acteur américain. Toutefois, il a également tendance à lever les yeux au ciel ou à souffler pour manifester son mécontentement. Quand il s'exprime, il a tendance à chuchoter, particulièrement lorsqu'il fait part de remarques grossières, et présente un ralentissement à l'élocution.

Il est souvent vêtu d'un pyjama et de chaussons rouges et noirs, offerts par sa fille à Noël, auxquels il tient beaucoup, malgré leur état.

b. Anamnèse

M.F est un ancien directeur de Club Med, ce qui lui aura permis de beaucoup voyager au cours de sa vie. Il est marié et a deux enfants dont il est très proche et qui sont très présents compte tenu de son état de santé se dégradant. Sa femme lui rend visite tous les après-midi et est très investie dans le projet de rééducation.

M.F arrive dans le service suite à une dégradation progressive de son autonomie, multifactorielle, ce qui aurait entraîné une chute au domicile. En effet, il présente essentiellement une apathie et des troubles exécutifs sévères dans un contexte de troubles cognitifs mal étiquetés. Ce déclin général est remarqué par les membres de la famille au cours des derniers mois.

Il obtient la note de 13/30 au MMSE, réalisé par les internes, avec une atteinte massive de l'orientation temporo-spatiale et du calcul. Le tableau clinique de M.F est ainsi dominé par son apathie, un ralentissement, des troubles exécutifs ainsi que des troubles du raisonnement. De plus, il présente un diabète de type II ainsi qu'une dénutrition dans un contexte d'anorexie liée à son apathie. Enfin, il a été traité par radiothérapie en 2018 pour un cancer de la prostate.

M.F se déplaçait en déambulateur chez lui à la suite d'un épisode de sepsis respiratoire compliqué d'une décompensation cardiaque et d'encéphalopathie. À son entrée dans l'institution, il désinvestira la marche complètement pendant plusieurs jours et présentera une attitude clinophile.

c. Première rencontre

Arrive alors le jour de notre première rencontre. Ma maître de stage me prévient que ce sera à moi de réaliser l'entretien avec lui et de présenter un éventuel suivi en psychomotricité. Elle ajoute également que c'est un patient avec qui l'entrée en relation peut se révéler compliquée. Je consulte alors le dossier afin de récolter quelques précieuses informations, sûrement dans un but de me rassurer en me créant quelques repères.

Nous entrons, en frappant à la porte, dans sa chambre et distinguons M.F dans son lit, allongé sur son flanc gauche. Nous sollicitons une poignée de mains, afin d'entrer en contact, et lui nous rétorquera « si ça vous fait plaisir » avec une certaine mollesse dans l'échange physique. Nous nous présentons ensuite à lui comme faisant partie de l'équipe de rééducation. À ce mot, il tourne la tête en haussant les sourcils comme pour nous éviter. Je lui propose alors de venir se redresser en position assise dans le lit afin d'avoir un échange, sûrement dans le but de moi-même me rassurer pour ne pas avoir à réaliser l'entretien au lit, ce que je n'avais pas envisagé. Malgré mes sollicitations, il est impossible de faire changer d'avis M.F qui semble ne faire qu'un avec son lit.

Au bout de quelques minutes à peine, je me rends compte que l'entretien va s'avérer plus compliqué que prévu.

Je commence une série de questions afin d'obtenir des réponses, que je connais pour la plupart. M.F répond aux questions de manière brève et laisse un temps de latence entre ses réponses comme pour nous décourager dans la direction de l'entretien. Il ne parvient pas à s'orienter dans le temps, mais se situe à l'hôpital en raison d'une chute dont il ne se rappelle pas des circonstances. Les silences se multiplient et intérieurement, je commence à me demander comment je vais me sortir de cette situation. Je tente alors d'aborder son ancien métier en le questionnant sur les voyages qu'il a eus l'occasion de faire. Enfin, M.F parvient à être plus enclin à entrer dans le lien à l'évocation de ses voyages et nous décrit certains d'entre eux. Toutefois, je sens qu'il me déstabilise et son apathie est en train de me contaminer, je compte alors sur ma maître de stage pour venir me donner un coup de main.

En abordant ce à quoi pourrait ressembler un suivi en psychomotricité et notre rôle au sein de l'équipe, M.F dit avoir le moral correct et n'avoir mal nulle part. En le questionnant sur ses objectifs, il mentionne une envie de rentrer chez lui au plus vite. Enfin, il manifeste une absence d'envie au quotidien, se sent fatigué à ne rien faire et nous demande si c'est normal de se sentir aussi bien dans son lit.

Nous repérons une véritable accroche attentionnelle sur un Retour à Domicile (RAD). Je lui pose alors des questions sur sa vie quotidienne chez lui. Il aborde ses chats, ses occupations et la cuisine de sa femme. L'échange est alors plus vivant, il développe ses réponses sans que nous n'aillions le besoin de renchérir et son visage semble s'être éveillé, son regard étant plus adressé. Ainsi, ma maître de stage lui propose la mise en place « d'un pacte de collaboration » avec un passage des rééducateurs du lundi au vendredi afin de le stimuler, à la fois au niveau psychique et physique. Nous formalisons ce pacte tous les trois par une poignée de mains et M.F accepte une rencontre le lendemain pour une approche plus corporelle et précise qu'il ne faudra pas venir « le faire chier ».

d. Bilan psychomoteur

Comme nous l'avons abordé plus tôt, ce sont les observations psychomotrices qui primeront sur les passations de bilans côtés. Ainsi, les manifestations de l'organisation psychomotrice seront relevées au cours d'échanges verbaux, infra-verbaux et à travers la motricité spontanée. À la suite de cette rencontre, la psychomotricienne ira le voir le lendemain afin de poursuivre ce travail de lien thérapeutique et de présenter les différents types d'approches en rééducation.

Tonus : Un examen du tonus, au lit, est proposé à M.F afin de tenir compte de ses amplitudes de mouvement, d'éventuelles douleurs mais surtout dans une recherche d'adhésion de M.F dans ce projet et de son implication psychique et physique. M.F accepte et ne présente aucune contrainte motrice ou articulaire aux mouvements proposés et aucune fatigue n'est exprimée.

Motricité : Quelques jours plus tard, installé au fauteuil, il présente un léger ralentissement psychomoteur et se meut comme si ses membres étaient lourds. Il parvient à impliquer son buste grâce à une stimulation par le toucher au niveau de son dos et de sa colonne vertébrale, où une bonne mobilité est repérée. M.F est en capacité de localiser des douleurs et souffle régulièrement pour les évoquer.

Espace/temps : Lors de notre premier entretien, M.F parvient à se situer dans l'espace en disant qu'il se trouve à l'hôpital mais éprouve des difficultés à se situer dans le temps. Le lendemain, M.F ne se rappelle pas de la teneur de notre entretien de la veille, ce qui nécessite la mise en place d'un semainier avec nos passages afin de lui permettre de s'organiser dans le temps.

Cognition : Le test du MMSE, nous rapporte un score de 13/30 qui situe les troubles cognitifs de M.F à un stade modéré. Des atteintes massives de l'orientation temporo-spatiale, du calcul, des fonctions exécutives et de raisonnement sont repérées.

Ainsi, la psychomotricienne pose l'hypothèse d'une problématique de M.F d'ordre davantage psychique que motrice. Une prise en charge en psychomotricité est alors envisagée dans le but de maintenir des stimulations motrices, cognitives et émotionnelles quotidiennes afin d'élaborer un projet de RAD. Le suivi est dans un premier temps réalisé en binôme avec l'un des kinésithérapeutes. Ce travail en co-thérapie, en plus d'apporter une complémentarité des approches, permet aux deux thérapeutes de s'épauler l'un et l'autre face à l'apathie et les refus fréquents de M.F.

e. Évolution de l'accompagnement en psychomotricité

Les premières séances se focalisent sur la verticalisation et les transferts afin de permettre à M.F de retrouver une certaine indépendance au quotidien. À chaque séance nous ne savions pas à quoi nous attendre : Quelle sera son humeur du jour ? Sera-t-il en opposition ? Participera-t-il activement à nos propositions ? Etc. Une certaine ambivalence ressort alors du suivi de M.F. Il oscille entre une adhésion totale au projet de RAD et une opposition catégorique de sollicitations des rééducateurs. Certains jours, le moral peut être très bas, des négociations sont menées afin de ne pas le laisser au lit ou au fauteuil toute la journée. D'autres jours, M.F parvient à être dans l'échange et accepte de se mobiliser. Afin de renforcer le lien thérapeutique nous abordons lors des séances ses projections dans l'avenir pour le retour à son domicile et particulièrement ses désirs culinaires.

Ainsi, sur le tableau de sa chambre nous décidons d'inscrire les plats qu'il souhaite retrouver en rentrant chez lui afin de s'appuyer sur des objectifs qu'il sera en mesure de se représenter. À ce stade de l'hospitalisation, le maintien à domicile est évalué comme précaire à moyen terme avec un risque d'épuisement pour son épouse en raison de l'absence de conscience de M.F de ses difficultés.

Un mois après son hospitalisation, les séances en binôme kinésithérapeute/psychomotricienne continuent et pour la première fois M.F accepte de sortir de la chambre pour aller explorer le service en déambulateur. Les jours suivants, ce travail de marche dans le service sera bien investi par M.F. Nous passons par la salle à manger où il salue les autres résidents et semble apprécier la musique qui y est jouée. Le pas est lent et les pauses fréquentes car M.F exprime une peur de la chute. Avec la psychomotricienne nous le sécurisons de part et d'autre et M.F parvient à rejoindre la salle de rééducation où il fera quelques minutes de vélo avec le kinésithérapeute.

Au cours de ces semaines, son épouse se révélera très investie dans la prise en charge de son mari. Elle fera notamment part de son inquiétude auprès de la psychomotricienne avec laquelle un travail de réassurance, passant par l'écoute active et des explications sur l'avancée du projet de M.F, sera réalisé.

Au vue de ses progrès, les séances de rééducation se feront en alternance avec un jour pour le kinésithérapeute et le lendemain pour la psychomotricienne. Les négociations sont toujours de mise comme si le refus était inhérent à sa personnalité et qu'il souhaitait garder ce trait de caractère contestataire. M.F s'investit dans les prises en charge et réussit à plaisanter de la situation tout en gardant un certain sarcasme à l'égard de quelques soignants.

Fin novembre, la psychomotricienne commence à introduire, auprès de l'épouse de M.F, l'élaboration des démarches et du déroulé d'une Visite à Domicile (VAD) afin de concrétiser l'arrivée à la fin de l'hospitalisation pour M.F. Une visite est alors organisée avec l'ergothérapeute du service. Lors de cette visite, M.F est investi, il choisit d'aller dans certaines pièces et s'installe dans différents fauteuils. Il donne une description détaillée des objets rapportés lors de ses nombreux voyages, fait des plaisanteries à son entourage et questionne l'ergothérapeute sur le nouveau matériel déployé. Il accepte toutes les mises en situation demandées (salle de bain, WC, cuisine). Au cours de la visite, suite aux efforts physiques et cognitifs, il manifeste une fatigue grandissante et est pris de vertiges qui nécessiteront une aide extérieure pour l'accompagner dans ses déplacements et pour l'aider dans ses verbalisations. De plus, son épouse présente des douleurs dorsales l'empêchant de réaliser toute manutention. Elle montre de l'anxiété quant au retour de son mari et l'organisation qui en découle et ne semble que partiellement rassurée par les explications des thérapeutes.

Suite à la VAD et deux semaines avant son retour à domicile, M.F fait preuve d'une importante ambivalence. Il sera capable de s'investir pleinement dans un groupe d'activités manuelles et cognitives proposé par la psychomotricienne en faisant preuve d'un investissement relationnel important. Toutefois, il refusera les prochaines propositions de groupe et de séance en exprimant sa fatigue, son « ras le bol » de l'hospitalisation et sa volonté de rentrer. De plus, il a tendance à désinvestir son déambulateur et à faire les transferts seul. Une rétrospective du suivi est alors réalisée avec la psychomotricienne et un temps de séparation avant le RAD prévu dans l'après-midi.

À son départ, je n'avais en réalité que très peu suivi M.F et c'est à son retour au SSR que mes réflexions le concernant débiteront réellement. En effet, le jour de son RAD, M.F chutera à l'arrivée dans son immeuble, dans les parties communes. Il n'en ressortira pas indemne car il sera victime d'un traumatisme crânien et d'une fracture du massif trochantérien gauche. Aucune perte de connaissances ne sera relevée et la présence des ambulanciers lui aura permis de se relever. M.F subira alors une opération chirurgicale pour pallier les dommages de sa fracture.

À son retour dans le service, l'ensemble du travail réalisé avec M.F semble être un lointain souvenir. Il semble reconnaître les rééducateurs et parvient à dire qu'il est à l'hôpital mais semble davantage désorienté que lors de sa sortie. Il présente des craintes au toucher, exprime une peur à la mobilisation et ne parvient pas à s'installer spontanément au bord du lit (une appréhension et des agrippements sont observables). Il s'énerve rapidement en tenant des propos incohérents et se mure dans le refus. L'intervention d'une personne tierce, l'orthophoniste, parviendra à le distraire et à apaiser la situation. Les transferts seront par la suite réalisés avec le lève malade où un important travail de réassurance auprès de M.F sera réalisé. Il exprime une douleur au niveau de sa hanche gauche (fracture opérée) et manifeste une anticipation de la douleur avec rétention des mouvements.

À la suite de cette « deuxième première rencontre », la psychomotricienne s'entretient avec l'épouse de M.F, en larmes, qui semble complètement désemparée par la situation. La psychomotricienne reprend alors son travail d'écoute active et de réassurance afin de lui donner des informations sur l'hospitalisation, le projet de rééducation et les options envisageables pour la suite.

Les séances en binôme kinésithérapeute/psychomotricienne sont alors reprises avec comme objectif des stimulations motrices et cognitives, comme lors de sa première hospitalisation. Les négociations reprennent de la part de M.F, mais il parvient à se mobiliser et à se verticaliser à l'aide d'un guidon de transfert. Il évoque cependant une peur de tomber ce qui rendra les verbalisations anxiogènes et sujets de nombreux refus avant l'acceptation. Les séances sont régulières et M.F fait part de son objectif de remarcher avec son déambulateur. Un nouveau moyen de susciter son adhésion est alors mis en place par la psychomotricienne. Un tableau des objectifs est alors installé dans sa chambre. Ce dernier sera rempli au fur et à mesure des séances pour que M.F prenne conscience de ses progrès et qu'il puisse s'investir davantage dans les séances.

Il sera par la suite en mesure d'accepter, après négociations, une participation au groupe « éveil corporel », 1 heure le mercredi matin, proposé par un binôme formé de deux rééducateurs (ergothérapeute, kinésithérapeute ou psychomotricienne). Il se saisira des propositions et notamment lors des activités dynamiques (échanges de ballons de baudruche) où il maintient une attention focalisée continue. En verbalisation de fin, il parviendra à dire que ça lui aura fait du bien de bouger.

Je retrouve ainsi pour la première fois M.F après sa chute qui a eu lieu pendant les vacances de Noël. Il ne se souvient plus de nos quelques rencontres lors de sa première hospitalisation mais me semble plus accessible que dans mes souvenirs. Je lui fais part de ma connaissance de ses récents progrès rapportés par les autres rééducateurs, suite à son refus habituel de faire une séance. Contrairement à notre première rencontre, je me sens plus armée et en phase avec mon approche pour entrer dans une négociation avec lui. Il me répète alors, en plaisantant, qu'il pourrait s'enfuir et rentrer chez lui, ce à quoi je lui affirme que pour s'échapper il faudrait pouvoir marcher jusqu'à l'ascenseur et que nous aimerions bien assister à cette évasion !

Après plusieurs minutes je parviens à le convaincre de venir avec nous en salle de rééducation et il me dira, avec sympathie, que j'ai été maligne. Sur le trajet de la salle de rééducation, M.F présente un meilleur périmètre de marche malgré ses appréhensions qu'il parvient à verbaliser. Au prix de nombreux efforts, il rejoint la salle de rééducation où il continuera à remplir sa feuille d'objectif où les progrès seront visibles jour après jour. À son retour en chambre, il nous remercie chaleureusement de notre venue.

La marche avec déambulateur est alors de plus en plus possible même si un travail d'accompagnement à la verticalisation s'impose. Les appréhensions subsistent mais M.F s'investit de plus en plus dans les transferts et dans les trajets entre les différents lieux du service. Il accepte une nouvelle fois de participer au groupe éveil corporel. À l'installation, dans le groupe M.F semble irrité par les nombreux claquements de porte du service en disant que les soignants ne se rendent pas compte de l'effet des claquements de portes à tout-va. Ainsi, durant toute la séance il se tournera vers moi avec un hochement de sourcils et un regard malicieux à chaque claquement de porte. Durant l'échauffement corporel il montrera peu d'investissement et un ralentissement à la mobilisation. Cependant, lors de propositions plus dynamiques, M.F sera beaucoup plus actif et aura tendance à stimuler ses voisins et sera capable de les aider. Il dira en fin de groupe avoir apprécié le moment.

Pour notre dernière entrevue avant son RAD, nous proposons à M.F un retour sur ses progrès, lui permettant de mettre en mot ses ressentis. M.F est avachi sur sa table et a du mal à nous répondre et maintenir son attention en raison d'une fatigue importante. Il parvient à dire que le temps d'hospitalisation était à la fois long et rapide et que tout allait trop vite autour de lui. Sa femme, elle, semble très anxieuse et ne s'attendait pas à un RAD aussi éminent suite à la deuxième hospitalisation. La psychomotricienne reprend alors ce travail de réassurance avant de les laisser tous les deux.

f. Questionnements et hypothèses

Ainsi s'achève l'accompagnement de M.F. Malgré le peu de séances ayant été effectuées avec lui, son histoire sera venue me questionner sur ma temporalité et ainsi celle du psychomotricien. En effet, avec cette première rencontre déroutante je me suis sentie envahie par sa temporalité au caractère apathique qui se manifestait par le peu d'investissement corporel, le temps de la latence entre chacune de ses réponses, les refus répétés ainsi que les silences.

Je me questionne alors sur ma manière d'avoir rencontré ce patient, sur le fait d'avoir consulté méticuleusement son dossier afin d'avoir le plus de repères possibles, pour le cerner, mais surtout pour me rassurer. Le fait d'avoir déjà ces informations aurait-il empêché une réelle rencontre d'advenir ? Ou au contraire est-ce l'élément qui m'a permis de mobiliser une faible adhésion ? Comment aurais-je pu me préparer afin d'être relativement sereine face aux imprévus et à l'aise dans la relation thérapeutique ?

De plus, le fait que M.F soit tombé en arrivant à son domicile, entraînant une seconde hospitalisation, me questionne. Sa sortie est-elle prématurée, ne respectant alors pas sa temporalité ? La temporalité de sa femme, qui semble se rapprocher d'une temporalité de l'urgence où l'anxiété prend le dessus n'a-t-elle pas été un élément décisif pour M.F ? Peut-être que M.F s'est senti, inconsciemment ou consciemment, submergé par un retour à domicile qui était présenté sous le signe de réaménagement de son domicile et donc réaménagement de son mode de vie.

Enfin, l'histoire de M.F m'a questionnée sur les capacités du psychomotricien à mobiliser ses ressources dans le but de venir susciter une adhésion chez le patient, qui plus est avec un patient avec qui l'entrée en relation se révèle périlleuse.

2. Mme.B

a. Présentation

Mme. B est une femme de 88 ans, accueillie au SSR depuis octobre 2022. Depuis janvier 2023, elle connaît une Altération de son État Général (AEG) qui a stoppé son institutionnalisation en EHPAD.

Physiquement, Mme.B est de nature frêle et de petite taille. Elle possède des cheveux bruns/roux coupés courts. Généralement, elle arbore un haut à manches longues, dont le col rond laisse apercevoir ses clavicules, ainsi qu'un pantalon de ville. Mme. B peut arborer un large sourire ainsi qu'un haussement de sourcils fréquent lorsqu'elle ne comprend pas nos paroles. Lorsque nous passons dans les couloirs, elle est le plus souvent installée à son fauteuil devant la télévision, avec des friandises sur sa table.

b. Anamnèse

Mme. B est une ancienne sculptrice, qui vivait, avant son hospitalisation, seule à son domicile. Veuve, elle bénéficie de la présence de son neveu (personne de confiance) ainsi que de son fils adoptif qui s'avère s'impliquer de plus en tant que référent, mais que Mme.B ne semble pas reconnaître. À domicile, elle était autonome pour la toilette et l'habillage, marchait avec sa canne et bénéficiait de la visite quotidienne d'une infirmière pour la prise de médicaments.

Mme. B arrive dans le service à la suite d'une chute survenue mi-octobre de mécanisme inconnu, ayant provoqué la station au sol prolongée ainsi qu'un traumatisme crânien. Suite aux examens réalisés sont constatés : un syndrome post-chute de récupération incomplète avec une reprise de la marche avec aide humaine (position en rétropulsion), une apraxie gestuelle majeure ainsi qu'une asthénie importante, des difficultés d'adhésion et de compréhension, une régression d'un syndrome confusionnel ainsi que des difficultés d'évaluation de la prise en charge de la douleur. Mme.B présente des douleurs ischiatiques rendant la position assise très inconfortable ainsi qu'une dénutrition sévère. Enfin, il y a mention d'un cancer de l'utérus, datant de 2020, en rémission complète.

Mme.B obtient le score de 18/30 au MMSE avec respectivement : 0/5 au calcul et attention, 7/10 à l'orientation temporo-spatiale, 1/3 au rappel, et 6/8 au langage. Elle présente alors une plainte mnésique modérée, avec des difficultés de compréhension des consignes (majorées par sa presbyacousie importante) et une anosognosie de sa condition médicale.

c. Première rencontre

Lorsque que je rencontre Mme.B le suivi en psychomotricité est déjà initié. Mme. B est installée à son fauteuil et un large sourire se déploie quand elle nous aperçoit. La psychomotricienne me présente à elle en lui expliquant mon rôle et la fréquence de ma venue, tous les mercredis. Je perçois que la communication est tout de suite compliquée en raison de sa surdité et que l'utilisation de la tablette velleda pourrait se révéler utile.

La psychomotricienne s'absente pour aller chercher du matériel pour réajuster son déambulateur et je me souviens avoir aperçu un livre sur sa table de chevet, Composition française : retour sur une enfance bretonne de Mona Ozouf. Je tente alors de la questionner sur son goût pour la lecture, elle me répond qu'elle a fini ce livre et qu'elle le recommande. Toutefois, elle ne semble pas se souvenir de l'intégralité de l'histoire mise à part le lien avec la Bretagne.

Voilà les éléments qui ressortent de cette première rencontre avec Mme.B. Pourquoi en est-il ainsi alors que celle avec M.F m'a tant marquée ? Je me demande alors ce que nous allons pouvoir faire avec cette patiente avec qui la communication est compliquée.

d. Bilan psychomoteur

Fin novembre la psychomotricienne est sollicitée par l'une des médecins pour un éventuel suivi en psychomotricité, avec comme motif de prise en charge : une fatigue importante, un inconfort positionnel et une adhésion au projet thérapeutique difficile.

L'évaluation psychomotrice est réalisée en chambre où Mme. B est installée au fauteuil. Au cours de cette passation seront évaluées les capacités communicationnelles et comportementales, le tonus, la motricité ainsi que les représentations corporelles.

Capacités communications et comportementales : Mme.B présente une surdité importante impactant sa compréhension et ses réponses ; elle semble parfois acquiescer sans avoir vraiment saisi l'information donnée. Les propos doivent être simples et concis pour permettre une meilleure audibilité. Elle lit correctement, l'écriture peut être un biais de communication plus fiable : ses réponses sont alors adaptées et en lien avec le sujet évoqué.

Elle est d'un abord plutôt apathique, réalise peu de mouvements spontanés. Sa seule demande active concerne son installation au lit. Des oublis des événements plus ou moins récents sont à noter, faits dont elle semble parfois consciente.

Tonus : Mme.B accompagne les mobilisations passives sans rigidité articulaire. Elle n'exprime pas de perceptions de tensions corporelles ou d'anxiété au quotidien.

Motricité : Mme.B marche avec un déambulateur. Elle a tendance à déposer davantage de poids sur ses avant-bras et donc le déambulateur, ce qui semble freiner son rythme de progression et la mettre en difficulté lors des changements de direction. Sous sollicitations, elle est capable de se redresser davantage et de lever ses pieds qui glissent spontanément sur le sol, lui donnant un pas traînant.

En posture assise, elle est capable de se mobiliser sans douleur, peut réaliser la marche fessière et parvient à se verticaliser seule. Elle possède un bon déliement digital. Elle verbalise une douleur au niveau des fesses d'où paraît émerger la raison de sa clinophilie.

Représentations corporelles : Au vu de sa surdité, les interactions verbales sont compliquées et ne permettent pas une évaluation en bonne et due forme. Concernant son vécu corporel, elle évoque spontanément de la fatigue et une perte d'appétit.

À l'issue de ce bilan psychomoteur, en tenant compte de ses difficultés de communication, c'est un besoin de mettre du sens dans sa prise en soin et son projet thérapeutique qui ressort. Ainsi trois axes thérapeutiques sont dégagés :

- améliorer l'interaction et la compréhension de la raison de nos actions
- fédérer son attention et son adhésion au projet, favoriser une implication plus active de la patiente dans le projet de soin
- stimuler ses capacités motrices

e. Évolution de l'accompagnement en psychomotricité

Après la passation du bilan psychomoteur, la psychomotricienne et la patiente établissent une liste d'objectifs à mettre en place pour améliorer son autonomie : aller aux WC accompagnée avec son déambulateur, participer davantage à sa toilette (se rendre plus active dans les soins), faire une activité quotidienne notamment avec le kinésithérapeute et se faire plaisir (lecture, écriture que Mme.B parvient à citer).

Un suivi est alors initié en parallèle à celui de la kinésithérapie. Le kinésithérapeute évoque une perte d'élan vital avec des difficultés d'accroche en raison d'une fatigue importante. Une hypotonie soudaine est repérée à la marche. Mme. B manifeste une envie quasi-constante d'aller au lit car ne supporte pas la position assise en raison de ses douleurs ischiatiques. L'obligation de marche devient alors une condition pour retourner au lit après le repas au fauteuil. Cependant, un effondrement tonique est repéré et Mme.B se laisse presque tomber en revenant au lit et ne parvient pas à donner d'explications à cette chute soudaine de tonus. Mme.B s'alimente très peu et semble très sélective sur les goûts alimentaires (frites, chips) .

La psychomotricienne propose à Mme.B un groupe d'activités manuelles et cognitives, auquel Mme.B accepte de participer avec scepticisme. Elle n'investit pas les propositions et très rapidement elle souhaite retourner en chambre. Elle évoque des difficultés à être confrontée aux problématiques du vieillissement et n'apprécie pas la salle à manger. De plus, ses troubles auditifs rendent compliqués les échanges avec les autres patients.

La psychomotricienne souhaite alors favoriser un élan vital en la rendant plus active par le biais de médiations artistiques et créatives. Pour une première séance, une découverte des peintures de Monet lui est proposée. Mme.B observe à de nombreuses reprises les œuvres, elle donne son avis et en choisit une afin de l'installer dans sa chambre en étant très précise quant à son positionnement et son emplacement. Elle jette son dévolu sur Femme à l'ombrelle tournée vers la droite, qu'elle demandera d'installer sur le tableau aimanté face à son lit. Au cours de cette exposition improvisée, les expressions faciales de Mme.B sont plus marquées et un réel investissement de sa part est observé.

Enfin, pour terminer la séance, la psychomotricienne lui propose que la fois prochaine soit consacrée à l'acte de peindre. Mme.B est sur la réserve mais elle ne refuse pas.

Pour notre première séance de peinture, nous venons chercher Mme.B au deuxième étage afin de l'emmener au rez-de-chaussée, dans la salle où la médiation aura lieu. Durant le trajet en fauteuil, Mme.B réagit à l'environnement, notamment aux changements de température. Elle semble apprécier la salle dans laquelle nous passerons les prochaines 45 minutes , dans laquelle une grande baie vitrée donne sur le jardin.

Nous lui proposons plusieurs supports pour peindre et elle choisira une feuille canson au milieu de laquelle une rose en relief sera délimitée par un carré. Je lui propose de choisir un pinceau et elle prendra le plus fin, très adapté aux détails de la rose qu'elle s'apprête à peindre. Je lui propose ensuite, les choix de couleurs et des types de peinture. Elle optera pour de la gouache avec du jaune et du blanc.

Tout de suite nous repérons les mimiques d'une ancienne artiste. La mémoire procédurale de Mme.B semble prendre le contrôle. Elle tient son pinceau, en pince tripodique, de manière très adaptée, elle met à distance sa production pour avoir une possibilité de recul sur sa création. En parallèle, elle est très attentive et curieuse face à nos productions. Sa gestuelle est minutieuse, elle ajuste sa feuille et suit parfaitement les lignes de la rose en relief.

En fin de séance, nous lui proposons de commenter sa production et les nôtres. Elle fera des commentaires sur les couleurs que nous avons utilisées, toujours en ayant un regard très investi vers les différentes productions. Nous proposons à Mme.B d'arrêter pour aujourd'hui et de reprendre une prochaine fois, proposition à laquelle elle acquiesce totalement. Pour cette deuxième séance placée sous le signe des médiations créatives et artistiques Mme.B n'aura pas lâché son sourire.

En parallèle de ces séances autour de la peinture, la psychomotricienne propose à Mme.B de venir travailler autour de son schéma corporel et d'investir ses capacités motrices et cognitives. Les séances sont investies par Mme.B, elle parvient à mobiliser son tronc, ses membres supérieurs et inférieurs et son axe dans les différents plans de l'espace. Cependant, l'importante fatigue suscitée par ses efforts rend les séances courtes .

Pour notre deuxième séance de peinture, je viens chercher Mme.B dans sa chambre. Je lui explique qu'aujourd'hui c'est le jour de reprendre la peinture, en utilisant une communication gestuelle et écrite, ce qu'elle accepte. Nous nous installons donc dans la salle « à la baie vitrée ».

Mme.B choisit pour cette séance un morceau de carton, un pinceau différent de la fois précédente et de la gouache bleue. Afin de trouver la couleur qu'elle semble souhaiter, Mme.B est capable de faire le mélange adéquat et ouvre les tubes de gouache avec les dents.

Une nouvelle fois, Mme.B semble prendre place dans l'espace. Elle mobilise son tronc vers l'avant, se repositionne, oriente le regard vers nos créations. Au cours de la verbalisation, Mme.B laisse libre court à son imagination et à son inventivité en décrivant sa réalisation comme « une envolée d'oiseaux ». Nous lui demandons alors si elle souhaite continuer lors d'une prochaine séance cette production ou si cette dernière est terminée. Elle choisira de continuer la fois prochaine. Un besoin d'étayage pour la verbalisation est nécessaire en raison de son manque du mot. Je lui soumetts ma création, représentant une peinture d'Obélix, qu'elle qualifiera de « comique ».

Dans les jours suivants, Mme.B semble se désinvestir de l'ensemble des prises en charge. Dans un premier temps elle refusera notre rendez-vous peinture. En effet, elle se dit fatiguée et malgré mes sollicitations, elle ne semble pas décidée à changer d'avis. Je lui demande alors si elle se souvient de ce qui avait été fait la semaine dernière et malgré ses troubles cognitifs elle répondra « c'était bleu ». Devant son avis catégorique je lui propose de revenir dans l'après-midi pour voir comment elle se sent et d'éventuellement poursuivre le travail artistique.

À notre deuxième tentative, Mme.B est toujours au lit et regarde la télévision, dont le son très bas ne lui permettrait pas de suivre le programme. Elle ne se sent plus fatiguée mais refuse de nouveau notre proposition. Elle se situe alors dans une attitude très ambivalente où elle refuse catégoriquement avec un grand sourire. Sa volonté prend le dessus et elle se ferme dans une inertie motrice et un mutisme.

Les prochaines séances seront désinvesties de la même manière. Elle présente une hypotonie importante, un faciès inexpressif ainsi qu'une fatigue importante. Une tentative de transfert, du fauteuil au lit, est réalisée mais Mme.B semble complètement ailleurs. Elle présente très peu de réactivité, une anhédonie et l'échange relationnel diminue progressivement. La psychomotricienne décide de revenir le lendemain afin de faire un point sur les objectifs de Mme.B.

Le lendemain, Mme.B dit ne pas avoir le moral, elle en a marre et n'a envie de rien. Elle semble assez ralentie et présente encore plus de difficultés à s'exprimer. Sa seule envie est de rentrer chez elle. Cependant une discussion, réunissant Mme.B, son fils adoptif ainsi que l'équipe soignante, avait préalablement fait consensus qu'un RAD était inenvisageable en raison de son anosognosie, de sa perte d'autonomie et des difficultés antérieures d'instauration d'aides extérieures. Un projet d'EHPAD est alors engagé. L'hypothèse d'une avancée de ses troubles cognitifs pouvant favoriser son apathie, son anhédonie et le manque de stimulations en chambre pourrait l'amener à baisser les bras.

Je retrouve Mme.B le mercredi suivant pour une nouvelle session peinture. Malgré l'état de ces derniers jours, elle accepte la séance. Comme à son habitude maintenant, elle se révèle très autonome dans le déroulement de la séance. Elle décide de poursuivre son « envolée d'oiseaux », choisit les mêmes couleurs que la fois dernière et opte pour le pinceau le plus fin afin de réaliser plus de détails. La mise en mouvement de ses membres supérieurs est spontanée, son regard alterne entre sa production et les nôtres et ses mimiques artistiques sont toujours là. Elle décide elle-même qu'elle a fini pour aujourd'hui. Nous lui demandons alors si elle est fière de sa réalisation, si cela correspond à ce qu'elle avait en tête. Elle aura du mal à répondre mais dira qu'elle a suivi son imagination en se laissant guider par ce qui lui venait. En fin de séance elle paraît plus éveillée, souriante et dira que ça va mieux mais qu'elle ne sait pas pourquoi. Avec la psychomotricienne nous faisons l'hypothèse d'un effet émotionnel positif sur son tonus et ses capacités cognitives.

Une semaine plus tard, un relais de psychomotricienne est effectué en raison du départ en congé maternité de la première. Lors de la passation Mme.B réussira à associer la première psychomotricienne au travail réalisé en peinture et semble s'éveiller à l'évocation de ce travail. La seconde psychomotricienne, avec qui je finirai l'année, me propose alors de continuer moi-même le suivi Mme.B en continuant ce travail qui semble être le seul qu'elle est encore en mesure d'investir et d'accepter.

Cependant, tout au long du suivi le travail réalisé en médiation artistique n'aura pas semblé ressortir dans un autre cadre que celui de la séance, Mme.B ne parvenant pas à se saisir des apports de ce travail dans sa rééducation. De plus, les jours qui suivront auront été marqués par de grosses pertes au niveau de la communication, de son initiative motrice et une dégradation de son état physique sera remarquée. Nous décidons tout de même de venir auprès d'elle pour évaluer les capacités restantes.

Nous la trouvons alitée, sous oxygène et très affaiblie. Mme.B a les yeux fermés et se mobilise peu. Nos contacts physiques suscitent peu de réactions, mais des manifestations infra verbales sont perceptibles. En effet, elle semble essayer d'ouvrir les yeux, semble réagir au toucher en essayant de bouger les bras sous la couverture. Elle est capable de tourner la tête au son de ma voix et sa respiration semble s'apaiser avec un contact sur l'épaule. Compte tenu de son état, aucun retour sur l'ensemble du suivi en psychomotricité n'a pu être fait.

Les créations réalisées en médiation artistique ont été déposées auprès d'elle dans l'expectative qu'elle puisse les emmener avec elle en EHPAD. Dans les jours suivants, l'équipe de soins palliatifs sera sollicitée afin de prendre le relais le suivi de Mme.B.

f. Questionnements et hypothèses

Le suivi de Mme.B s'achève ainsi brutalement. Les quelques séances autour de la peinture auront été ma principale source de réflexions concernant son histoire. Avant cela, je me suis posée la question de la raison pour laquelle notre première rencontre ne m'avait fourni que très peu d'éléments. Cela venait-il d'elle ou de moi ? De nous deux ? Avec quelles idées en tête arrivais-je en la rencontrant ? Au fond, qu'est-ce que j'espérais de cette prise en charge ?

Plus globalement, là où l'histoire de Mme.B m'interroge au regard de notre approche psychomotrice, c'est comment parvenir à rendre acteur une personne âgée dans sa rééducation lorsque des troubles cognitifs ainsi que des troubles sensoriels, ici des troubles auditifs, sont présents ? Et ainsi pourquoi la médiation à orientation artistique fut notre proposition ? Pourquoi à ce moment-là ? Quels éléments de sa temporalité nous auront mis sur cette voie ?

En fin de prise en charge Mme.B aura multiplié les refus en se murant dans une sorte « d'inertie psychomotrice » et en nous imposant sa temporalité sans que nous puissions avoir un réel échange avec elle. Aurions-nous dû persévérer et imposer un peu plus de notre temporalité au nom d'un besoin pour elle de rester active ? Est-ce en fonction de son âge avancé que nous avons su être moins insistantes ? N'est-ce pas finalement être sujet de sa prise en charge que de pouvoir dire non ?

Enfin, une remarque de Mme.B sur ses difficultés à être confrontée aux problématiques du vieillissement m'interroge sur la perception qu'elle a d'elle-même et sur un éventuel travail de deuil de son état antérieur, qui aurait pu être initié en séance de psychomotricité.

3. M.R

a. Présentation

M.R est un homme âgé de 87 ans, accueilli au SSR de fin décembre 2022 à mi-février 2023. Physiquement, M.R est de morphologie longiligne. Il présente une calvitie et un nez aquilin. Il est régulièrement vêtu d'un t-shirt à manches longues, d'un bas de pyjama ainsi que de chaussons gris. M.R est la plupart du temps installé à son fauteuil, replié sur lui-même, comme pour s'isoler du milieu extérieur.

b. Anamnèse

M.R est un ancien commissaire de police à la retraite depuis 20 ans. Il est veuf, son épouse étant décédée depuis 1 an, et père d'une fille vivant en banlieue parisienne, qui est sa personne de confiance. Il habite seul dans un appartement du 20ème arrondissement de Paris, au 9ème étage. Il occupe son quotidien à regarder la télévision et ne sort plus depuis 1 an, soit depuis le décès de sa femme. Il bénéficie d'aides à domicile quotidiennes, avec le passage d'une auxiliaire de vie et d'une infirmière. Il se déplace avec une canne.

Avant d'entrer en SSR, M.R est victime d'une chute d'allure mécanique avec traumatisme crânien, sans perte de connaissance et une impossibilité de se relever. Il parvient à contacter les pompiers et après un passage aux urgences, il est admis dans un service de rhumatologie afin de traiter la bursite qu'il a au niveau du genou.

À son arrivée, l'examen d'entrée nous permet de recueillir diverses informations concernant M.R. Il présente un syndrome parkinsonien (hypothèse d'un syndrome extrapyramidal iatrogène) associé à des chutes à répétition, un trouble bipolaire ainsi qu'une hypoacousie. Aucun trouble mnésique n'est rapporté et il a de bonnes capacités d'orientation temporo-spatiale.

Il est alors admis pour une rééducation post-chute avant d'être réorienté dans une structure plus adaptée à sa situation.

c. Première rencontre

Je rencontre M.R deux semaines après son arrivée au sein du service. Avant notre entretien, nous décidons avec la psychomotricienne, qui l'a déjà rencontré une première fois, de ne pas me donner d'informations le concernant pour voir comment je pourrais me débrouiller. Ainsi, lorsque je m'apprête à venir le voir, je suis seulement informée d'un syndrome parkinsonien et d'un trouble bipolaire.

Comme à mon habitude, j'entre en frappant à la porte pour saisir quelques informations dès l'entrée dans la chambre (réactions tonico-émotionnelles, manière de nous accueillir). À notre arrivée, M.R est assis à son fauteuil, replié sur lui-même, les yeux fermés, la tête baissée et les mains sur le torse comme un mélange entre un Golem de pierre et le Penseur de Rodin. Il ne nous entend pas tout de suite arriver et je décide de lui poser une main sur l'épaule pour lui signaler notre présence. Après réflexion, ce n'était sûrement pas le meilleur moyen d'approcher M.R.

Je me présente à lui en tant que stagiaire psychomotricienne et lui explique la raison de ma venue. En lui donnant ces informations, je suis installée assise à sa gauche tandis que la psychomotricienne lui fait face dans un coin de la chambre. M.R ne semble pas s'intéresser à mes explications et garde les yeux fermés sans me regarder. Je commence alors à lui poser quelques questions sur son hospitalisation afin de me rendre compte de ses capacités cognitives et des perceptions qu'il a de ce remaniement de son quotidien. Les réponses sont brèves, il grommelle quelques mots et la communication non-verbale est également très pauvre.

Sous le manque d'interactions via l'entretien, je décide de lui proposer de venir évaluer ses capacités de relâchement musculaire en lui proposant un examen du tonus.

d. Bilan psychomoteur

Tonus : Ayant connaissance d'un syndrome parkinsonien et donc d'un syndrome extrapyramidal je m'attends à constater une importante tonicité.

J'explique ainsi à M.R que je vais venir mobiliser ses bras et ses jambes et que la seule chose qu'il a à faire est de relâcher son poids dans mes mains. De plus, je lui précise qu'en cas de douleur, il peut m'en informer auquel cas j'adapterai mes mobilisations. M.R acquiesce avec les yeux fermés et je commence par saisir son bras gauche et commence les mobilisations au niveau du poignet, du coude et de l'épaule. Je constate un tonus de fond élevé, très peu d'extensibilité et peu d'amplitude au niveau de l'épaule. M.R accompagne tous mes mouvements et je finis par ne plus initier. M.R continue les mobilisations seul, je constate une certaine bradykinesie. À plusieurs reprises je l'informe qu'il n'est pas relâché et que son seul rôle est de déposer son poids dans mes mains. Après les mobilisations de son épaule gauche je remarque un abaissement de l'épaule controlatérale qui était jusqu' alors relevée.

Avant de passer à son bras droit, je décide d'imprimer quelques pressions sur ses épaules afin qu'il puisse les abaisser davantage et qu'il puisse ressentir un poids pour intégrer un relâchement global. Du côté droit aucune différence n'est remarquée et je continue à lui donner des indications pour déposer son poids, en vain.

Concernant ses membres inférieurs, aucun ballant n'est perceptible au niveau du genou et très peu d'extensibilité est retrouvée sur l'ensemble des articulations. Cependant, il possède une bonne amplitude dans un mouvement de flexion de hanche.

Au cours des mobilisations aucune réactions tonico-émotionnelles ne sont constatées. De plus, il montre une bonne capacité d'adaptation voire d'accordage au niveau respiratoire lors des mobilisations effectuées.

En fin de séance, je questionne M.R sur ce qu'il a pensé de cet « exercice ». Il répond que ça lui a fait du bien sans développer et ne mentionne aucune douleur. Je lui demande alors s'il a ressenti qu'il était assez actif dans la proposition, il répondra que non. Je lui fais alors un retour en disant que de mon côté j'ai trouvé qu'il m'avait beaucoup aidée alors que son travail était de ne rien faire, il esquisse un sourire et dira ne pas s'en être rendu compte.

Avec les examens ayant été faits à son entrée ainsi que par l'intermédiaire de l'examen du tonus, nous pouvons constater une hypertonie plastique accompagnée d'un phénomène de roue dentée, augmentée par la manœuvre de Froment. Une hypokinésie et une bradykinésie sont repérées ainsi qu'une absence de tremblement de repos.

Motricité : Des troubles de la marche sont objectivés par l'équipe, ils constatent une marche à petits pas, une tendance à la rétropulsion et une décomposition du demi-tour. Le risque de chute est alors à considérer.

Espace/temps : Au cours de l'entretien, M.R montre de bonnes capacités d'orientation temporo-spatiale.

Suite à ces observations psychomotrices, il est décidé qu'un binôme soit formé avec le kinésithérapeute. Ainsi, un travail autour des coordinations motrices, de l'équilibre et du rythme est initié avec pour support la musique afin de solliciter son intérêt, diminuer son apathie et favoriser un élan vital.

e. Évolution de l'accompagnement en psychomotricité

Pour sa première séance M.R, semble de bonne humeur (sourires, expressions faciales plus variées) et se souvient d'avoir choisi une musique pour la séance du jour : Tata Yoyo d' Annie Cordy. Il effectue une marche entre les barres parallèles, puis une mise en mouvement du tronc est initiée en imitation avec la psychomotricienne. Une désynchronisation des ceintures scapulaires et pelviennes est possible et des petits pas dansés sur du jazz sont effectués. Un travail plus ciblé d'écoute de tempo et d'accordage rythmique est proposé. M.R s'investit et aura besoin d'accompagnement et de modèle. M.R fera preuve d'un investissement psychocorporel dans chacune des propositions, via le regard, la mise en mouvement « dansée » de son corps ainsi que par son implication sur le choix des musiques. En fin de séance, il effectue quelques minutes de vélo avec le kinésithérapeute, toujours en musique. Il semble prendre un réel plaisir et paraît ne pas vouloir y mettre fin.

Je retrouve M.R une semaine plus tard au groupe d'éveil corporel du mercredi matin. J'ai l'impression d'être face à un tout autre homme. Avec son t-shirt rouge à manches longues je le trouve éveillé, il a les yeux ouverts et interagit avec les autres patients. Il fera preuve d'une participation active tout au long de la séance et surtout d'une expressivité corporelle (regards, sourires adressés) qui prenait place dans l'espace. Un ralentissement psychomoteur sera observé lors de l'échauffement corporel ainsi qu'une certaine rigidité à travers le maintien des postures entre chaque proposition.

En parallèle, M.R poursuit ses séances, en binôme kinésithérapeute/psychomotricienne, autour des coordinations motrices, de l'équilibre et du rythme. L'évocation de la musique semble à chaque fois générer davantage l'envie de la séance. Il améliore sa posture dans la verticalité, le rythme et la longueur de ses pas. Il parvient à marcher entre les barres sans appuis manuels lors d'une marche simple et demande un appui si des coordinations ou dissociations de deux mouvements sont provoqués. Son adhésion thérapeutique semble se renforcer de jour en jour ainsi que sa thymie. Il parvient à se projeter dans l'avenir en parlant des progrès qu'il lui reste à faire.

Au cours des séances, les thérapeutes décident d'augmenter les difficultés des propositions faites à M.R. Un rituel autour de l'échauffement musical est conservé et permet une mise en mouvement du corps accompagnée d'un déliement des articulations. La psychomotricienne ayant appris que M.R avait l'habitude de pratiquer le tango et la salsa, elle initie alors un travail d'équilibre et de rythme en dehors des barres parallèles avec un rééducateur derrière lui, pour sécuriser le travail, et un rééducateur devant lui pour faire office de partenaire de danse. Grâce à un support de mains à mains des pas d'avant en arrière sont initiés. M.R manifeste des difficultés dans l'espace arrière avec une réduction du polygone de sustentation et peu de regards adressés.

Peu à peu, il parvient à s'accorder au tempo et au niveau tonique de la psychomotricienne. Par la suite, le même exercice lui est proposé sans les mains. M.R éprouve davantage d'hésitations, nécessitant un étayage verbal important. La fatigue commence à le gagner ce qui mettra fin à cette séance. M.R évoque avoir pris du plaisir lors de ces propositions avec une envie de se challenger.

M.R sera capable d'exprimer un souhait de changement de musique pour ses séances et verbalise encore quelques appréhensions tout en se révélant très volontaire. De plus, il exprime un besoin d'explications de l'intention de l'exercice afin de se projeter. Il sera même capable de réaliser les exercices faits en rééducation seul en chambre.

Je retrouve, une dernière fois, M.R avant son départ, au groupe d'éveil corporel. Avant de commencer le groupe, M.R dit se sentir anxieux sans pouvoir donner plus d'explications. Les rééducateurs pensent alors que l'annonce imminente de son départ par la médecin aura suscité de nombreuses appréhensions chez M.R. Il parvient toutefois à s'investir dans le groupe et semble apprécier les échanges avec les autres patients. Il parviendra à investir chaque proposition en faisant preuve d'attention à chaque consigne. Particulièrement, lors des échanges du ballon de baudruche au pied, où ma remarque le comparant à un certain footballeur portant son prénom le fera sourire.

f. Questionnements et hypothèses

Ce qui m'a interpellée dans l'histoire de M.R, c'est la différence que j'ai pu observer entre notre première rencontre, où j'ai eu l'impression de faire face à un patient coupé de son environnement et prisonnier dans sa carapace corporelle, et les fois suivantes pendant le groupe d'éveil corporel où j'ai rencontré un tout autre patient.

Tout d'abord, je me questionne sur mon approche avec M.R et forcément sur les temporalités qui se sont jouées lors de notre première rencontre. Ainsi, je poursuis mon questionnement commencé avec M.F, faut-il se renseigner sur les patients avant de les rencontrer ? Comment aiguïser son œil aux manifestations de la temporalité de notre patient et ici de M.R. Je me questionne également sur l'examen du tonus que je lui ai proposé et à sa longueur. En effet, après les retours de la psychomotricienne et mes ressentis je me suis interrogée sur les conséquences de ce moment « de vide » auquel j'avais confronté M.R. Une nouvelle fois la temporalité du patient m'a envahie là où j'espérais la mobiliser pour qu'il se sente sujet de la séance.

De plus, je mets en lien l'histoire de M.R avec celle de Mme.B où l'intervention psychomotrice s'est transformée à l'aide de médiations corporelles (peinture, danse). Là où M.R semble avoir réellement bénéficié de la prise en charge, Mme.B s'est vue se dégrader les séances qui suivirent. La question de la temporalité de la médiation, de son juste moment et donc de son cadre m'amène à mener davantage de réflexions.

Partie théorique

A) Le temps

1. Définition

Le temps. Voilà une notion complexe qui questionne et passionne l'Humanité depuis des siècles. Faisant l'objet d'études dans de nombreux domaines, allant de la physique à la philosophie en passant par la psychologie, il reste insondable. Pourtant, il est connu de tous, nous en faisons notre expérience au quotidien et ses conséquences sur notre monde sont bien là. Alors pourquoi le temps reste-t-il un concept si énigmatique encore aujourd'hui ?

Pour le Dictionnaire Larousse, le temps est une « notion fondamentale conçue comme un milieu infini dans lequel se succèdent les événements » ou encore un « mouvement ininterrompu par lequel le présent devient le passé, considéré souvent comme une force agissant sur le monde, sur les êtres ». De ces définitions, nous pouvons relever les notions de mouvement et de pouvoir qu'exerce le temps sur nous. Contrairement à l'espace, nous ne pouvons nous affranchir du temps, il nous fait à la fois grandir et à la fois vieillir, nous souhaitons en gagner, mais pas en perdre. Ainsi, il nous fait avancer sans nous laisser l'opportunité de le maîtriser réellement. Le temps nous confronte donc à notre impuissance face à lui, à notre finitude.

Ce qui rend le temps si difficile à définir réside finalement dans son inéluctabilité : nous pouvons en voir les effets sans le saisir lui-même. De fait, ce n'est pas le temps auquel nous sommes confrontés mais à ses manifestations. L'expliquer reviendrait à l'isoler, le suspendre, alors que l'essence même du temps est de s'écouler dans un flux continu, inarrêtable et irréversible. De plus, il se rapporte à la notion de mouvement et donc de changement, voire de dégradation, ce qu'Héraclite explique par cette phrase devenue célèbre « on ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve ». Enfin, le temps est pluriel, on distingue le temps objectif mathématique et le temps subjectif humain. Cette dernière distinction viendra donc questionner notre rapport au temps et de quel temps nous parlons lorsque nous sommes face à nos patients.

À travers cet écrit, nous nous rendrons rapidement compte de l'existence, non pas d'un temps universel, mais de plusieurs temps dont nous faisons l'expérience donnant eux-mêmes naissance à de multiples temporalités. Toutefois, avant de commencer notre grand voyage à travers l'immensité des travaux réalisés et des conceptions qui tentent de cerner le temps, il me paraît important de spécifier que la notion du temps dont nous parlerons au cours des pages qui vont suivre, tiendra essentiellement compte de la vision occidentale actuelle.

Tout d'abord, autrefois le temps et surtout la notion d'avenir n'étaient pas considérés comme ils le sont de nos jours. Le temps se manifestait par des phénomènes astrologiques et relevait donc du pouvoir des divinités. Dans le passé et dans une vision orientale, encore actuelle, c'est une représentation cyclique du temps qui est mise en avant. Tout est recommencement, tout revient éternellement et les humains sont alors déchargés du poids de la finitude.

Ce n'est que plus tard, avec le mouvement humaniste, que l'homme aurait pris en compte son influence sur son avenir et donc sur le temps. D'ailleurs, comme le souligne Pierre Buser et Claude Debru (2011) dans leur livre Le temps, instant et durée, le manque de considération du futur se retrouvait jusque dans la linguistique « notons à cet égard qu'un temps propre pour le futur a été, dans l'histoire des langues, une acquisition assez tardive, les langues n'ayant longtemps connu que le passé et le présent » (p.5). Aujourd'hui le temps est rythmé par les notions de changements et d'évolution. Ainsi, la vision occidentale à laquelle nous nous fions fonctionne, elle, sur une représentation linéaire.

À la manière d'une frise chronologique, il y a un passé, un présent et un futur, il y a la naissance puis la mort. En lui donnant un début et une fin, en le fléchant nous le rendons discontinu et mesurable, accessible puisque ce que nous souhaitons, c'est le maîtriser, l'anticiper, le prévoir en tenant compte de notre passé. Ainsi, nous arrivons à la conception temporelle moderne, que nous retrouverons également dans le système de soin, notre gestion actuelle du temps réside dans le fait de le contrôler via les concepts de productivité et de rentabilité.

Après avoir introduit la notion complexe de temps, nous allons nous intéresser aux différentes façons de le concevoir en passant par différents domaines d'études tels que la culture, la physique, la philosophie et la psychologie.

2. Conceptions culturelles

Le célèbre anthropologue américain Edward.T.Hall, développe dans son ouvrage La danse de la vie (1984), deux systèmes avec chacun leur façon de percevoir le temps : le système monochrome et le système polychrone. Pour lui, « ces deux systèmes d'organisation sont logiquement et empiriquement tout à fait distincts. Comme l'huile et l'eau, ils ne se mélangent pas » (Hall, 1984). L'élaboration de ces deux systèmes aura pour but de mieux comprendre les collaborations internationales ainsi que l'organisation du travail des entreprises à travers le monde. Chacun de ces systèmes aura des avantages et des inconvénients, il s'agit donc de s'intéresser aux manières de vivre en fonction de la compréhension du temps.

a. Le système monochrome : la vision occidentale

Le système monochrome concerne l'Amérique du Nord et l'Europe du Nord en adoptant la vision linéaire du temps. Ce dernier est donc pensé dans le but de le catégoriser, de l'organiser, de le planifier afin de le dompter, mais aussi dans le but d'organiser le futur. Nous pouvons d'ailleurs illustrer ce système via la méthode de la Miracle Morning élaborée en 2012 par Hal Elrod. Comptant de plus en plus d'adeptes, elle repose sur la rentabilisation de son temps en prônant un levé aux aurores dans le but d'être plus productif au cours de sa journée.

Cette approche, nous permet d'observer que le temps est souvent attribué à un complément, il peut être « perdu », « gagné », « long » etc. Ce qui témoigne d'une volonté de le maîtriser, il devient alors une réalité tangible qui permet de le classer.

Dans cette démarche, le temps est sectionné à la manière de l'espace en unités distinctes avec une notion de priorisation qui laisse moins place à l'imprévu. Cette fragmentation privilégiera une tendance à l'isolement, une diminution des interactions afin de favoriser une centralisation pour que tout aille plus vite. Cela pourrait expliquer le manque de patience et le mécontentement des Occidentaux lorsqu'ils se rendent dans des régions du monde régies par un système polychrone où le temps apparaît tout de suite comme lent et désorganisé. Cette manière d'ordonner le temps, de le structurer nécessite un apprentissage et est tellement implantée dans notre société qu'elle nous apparaît comme le seul moyen de percevoir le monde ce qui amplifie l'idée de fermeture et de rigidité occidentale vis à vis d'une conception moins stricte du temps.

Ce système attache davantage d'importance aux procédures au détriment des individus.

b. Le système polychrone : la vision orientale

Le système polychrone concerne l'Amérique Latine, le Moyen-Orient, l'Afrique, l'Asie et adopte une vision cyclique du temps où l'instant prévaut sur l'avenir. Ici, le temps n'apparaît plus comme un paramètre à ajuster, mais comme une variable avec laquelle composer. Il est pris comme il vient et ne peut être perdu, car il y aura toujours une façon de le voir comme générateur de nouveauté malgré son imprévisibilité. Pour Hall (1984) « dans un système polychrone, l'accent est mis sur l'engagement des individus et l'accomplissement du contrat, plutôt que sur l'adhésion à un horaire préétabli », ainsi l'horloge ne dicte plus le temps, mais en devient un de ses outils.

La priorisation n'est plus de mise, tout s'entrecroise et s'entremêle. L'importance des relations permet aux informations de circuler plus facilement et réciproquement de renforcer les liens entre individus. Le manque de respect des horaires n'est pas considéré comme un manque d'investissement et de sérieux au travail, mais comme une ouverture à l'environnement. Ce système attache, lui, son importance à l'humain plutôt qu'aux contraintes des horaires.

Toutefois, il est important de nuancer la catégorisation de ces systèmes entre vision occidentale et vision orientale, car de nombreuses cultures tendent à un mélange de ces deux systèmes afin de tirer le meilleur des deux. À présent, nous pourrions considérer la suite de notre propos dans une vision occidentale suivant le système monochrome en considérant donc le temps comme organisateur de notre quotidien.

3. Conceptions physiques

Pour Étienne Klein, physicien et philosophe, nous usons d'abus de langage lorsque nous essayons de définir le temps. En effet, selon lui « en physique, on n'a pas besoin de définir le temps. Il est posé a priori, il existe de lui-même » et poursuit en disant « on pourrait dire que le temps, c'est ce qui fait que tout instant présent, dès qu'il apparaît, est remplacé par un autre instant présent. Le temps est ce qui garantit la présence du présent en permanence. Un présent renouvelé, mais toujours présent » (Corniou, Québec Science, 23 octobre 2014). Ainsi, lorsque nous tentons de définir le temps, nous définissons en réalité les phénomènes temporels et non le temps comme concept fondamental. Les phénomènes temporels étant « le vieillissement, la succession, la simultanéité, la durée etc. » qui témoignent de la polysémie originellement attribuée à la définition du temps. De plus, il souligne le paradoxe de l'impossibilité de définir le temps avec le langage mais de le reconnaître comme variable mathématique.

Ainsi, pour Klein, il y a un temps physique omnipotent qui tient le rôle de cadre de notre existence sur Terre, au sein duquel se déploient des temporalités. Le temps physique apparaît ici comme l'unique Temps, ne tenant pas compte de la perception que nous en avons et donc de la manière dont il est présent à notre conscience.

a. Galilée : le temps, grandeur physique fondamentale

Il y a maintenant plus de cinq siècles, c'est au cours de la « révolution copernicienne » que Galilée, le premier, théorisa le temps comme une « grandeur physique fondamentale quantifiable » (Buser & Debru, 2011, p.26). À travers sa célèbre expérience, perché en haut de la tour de Pise, il associe la vitesse de chute d'un corps à la durée de la chute. Ses découvertes permettront d'injecter la notion de temps en le mesurant et en le tenant responsable de nombreux phénomènes physiques et naturels. En effet, c'est grâce aux astres et aux planètes qu'il parviendra à mesurer le temps absolu.

b. Newton : le temps absolu

À partir des études de la chute des corps de Galilée, Isaac Newton apportera une seconde pierre à l'édifice en formalisant davantage le temps comme élément essentiel et universel du calcul en mathématiques. Avec l'élaboration de ses lois physico-mathématiques, il définit le temps comme « absolu, vrai, mathématique, sans relation avec quelque objet externe que ce soit, non déterminé par des mesures relatives aux astres ou aux phénomènes physiques, mais par une horloge externe indépendante » (Buser & Debru, 2011, pp.31-32). Ainsi, ce temps absolu serait « le même en tout point de l'Univers et indifférent au mouvement » (Klein, 2003) ce qu'Albert Einstein viendra plus tard contredire.

c. Einstein : la relativité du temps

Deux siècles plus tard, c'est au tour d'Einstein de donner sa version de la conception du temps. Einstein va venir contester la théorie de Newton en disant que, premièrement le temps n'est pas absolu mais relatif et deuxièmement qu'au temps, il faut lier un espace relatif. Par relatif, Einstein entend déformable, c'est-à-dire que selon l'endroit où nous nous trouvons et l'instant où nous y sommes, les événements physiques ne seront pas perçus de la même manière. Ce qui explique cette différence dépendrait de notre vitesse et de notre accélération à un instant T . Ainsi, plus notre vitesse augmente et plus l'écoulement du temps diminue. Il ne s'agit pas ici, d'entrer dans une analyse poussée de la relativité d'Einstein, la tâche en serait trop périlleuse. Il s'agit surtout de percevoir l'intérêt de se pencher sur cette révolution physique où réside le fait qu'espace et temps sont indissociables et que le temps revêt un caractère relatif.

Hall (1984) écrit que pour Einstein « le temps est seulement ce qu'indique une horloge, et une horloge peut être n'importe quoi - la dérive d'un continent, un estomac vers midi, un chronomètre, un calendrier de cérémonies religieuses, une liste d'instructions ou un programme de production ».

L'approche de la conception physique nous permet donc de comprendre l'importance de la variable temps dans la compréhension de phénomènes universels. Cependant, elle met de côté la manière dont le temps apparaît à notre conscience humaine et l'influence que notre condition a sur sa perception.

4. Conceptions philosophiques

Pour les philosophes, le temps est le concept nous permettant d'avoir conscience de notre existence. Nous le savons tous, après notre naissance succédera notre mort et entre ces deux extrêmes, il existe ce temps plus ou moins long : notre existence. Notre vie s'organise autour de ce temps qui passe et du temps qu'il nous reste en nous rappelant qu'il est irréversible et que seuls les souvenirs nous permettent de revivre le passé. Chacun de nous est alors programmé pour entrer dans le jeu de l'existence où le temps est seul vainqueur.

Ainsi, nous essayerons de comprendre à travers différents courants philosophiques, la manière qu'ont les philosophes de penser notre façon de vivre avec le temps.

a. De la mythologie grecque à l'Antiquité : les représentations de Kronos/Khronos

Dès la mythologie, Kronos (Cronos) fils de Gaïa et Ouranos est reconnu comme le Roi des Titans et secondairement comme Titan du temps. Toutefois, il n'est pas à confondre avec Khronos (Kronos), divinité primordiale du temps. Au fur et à mesure, les deux paronymes viendront à se confondre et le Roi des Titans sera représenté « sous les traits d'un vieil homme à longue barbe, vêtu d'une toge et tenant une faux, souvent aussi un sablier. » (Buser & Debru, 2011, p.15). En effet, selon Erwin Panosky (1939) « la ressemblance entre les deux mots fut invoquée pour preuve de l'identité effective entre les deux concepts et les traits sous lesquels Kronos était traditionnellement peint furent peu à peu intégrés à la représentation symbolique du Temps. » (p.109).

Ainsi, nous pouvons supposer qu'il était naturel d'associer « le doyen du panthéon grec et romain, et protecteur de l'agriculture » (Buser & Debru, 2011, p.15) aux attributs du Temps.

Les Grecs, dans les premiers, proposent de distinguer trois types de temps : Chronos, Kairos et Aiôn.

Le Chronos, en référence à la divinité primordiale du Temps, représente le temps physique, celui que l'on mesure avec chronomètre et horloge. Il se rapporte donc au temps linéaire et quantitatif que nous avons abordé plus tôt.

Le Kairos, lui, représente l'instant T, c'est-à-dire qu'il est le moment de bascule entre un avant et un après. À la différence du Chronos, il est qualitatif, il ne se mesure pas, il se ressent. De plus, il participe grandement à l'acte de soin, que nous aborderons plus tard, puisqu'il s'agit de la capacité d'agir au bon moment.

Enfin, Aiôn, se rapporte au temps cyclique. Il désigne donc les cycles de la vie qui se répètent tout au long de la journée, du mois ou de l'année.

b. Aristote : le mouvement et la notion de temps

Dans la période du classicisme de la philosophie grecque, Aristote introduit le lien entre le temps et le mouvement : « le temps, c'est ce qui permet à un objet de se déplacer d'un point de l'espace à un autre. Sans le temps pas de mouvement et sans le mouvement pas d'espace » (Les Revues du Monde, 2023). Pour lui, le temps n'existe pas en dehors des événements, ce sont eux-mêmes qui le structurent. De son travail, émanent les premières notions de passé et de futur puisqu'il dit, en parlant du temps, « le nombre du mouvement par rapport à l'avant et l'après comme la mesure numérique du changement dans le continuum de l'avant et de l'après – donc comme une grandeur mesurable » (Buser & Debru, 2011, p.20).

L'expérience et l'évaluation du temps se percevaient donc par le mouvement et en particulier le mouvement des objets célestes. Ce qui permet au temps d'être continu, de s'écouler de manière irréversible, est donc l'instant présent, le maintenant. À la fois, il divise en un passé et un futur mais il les unit en un flux immuable.

c. Augustin d'Hippone : les conceptions d'un passé, d'un présent et d'un futur

À l'ère chrétienne, Augustin d'Hippone (387), dit Saint Augustin, écrira ses Confessions, dans laquelle cette célèbre citation, plus tard traduite en français, apparaîtra « qu'est-ce donc que le temps ? Quand personne ne me le demande, je le sais ; dès qu'il s'agit de l'expliquer, je ne le sais plus ». Dans la lignée d'Aristote, il livrera d'intéressantes réflexions concernant le passé, le présent et le futur. Pour lui, seul le présent existe et passé et futur n'existent que par le prisme du présent grâce à trois phénomènes : le souvenir, l'attention et l'attente. En effet, il délimite les trois temps en disant « le présent des choses passées, c'est la mémoire ; le présent des choses présentes, c'est la vision directe [l'attention], le présent des choses futures, c'est l'attente » (Labriolle, 1994). Ce qui est très pertinent et moderne dans cette interprétation du temps serait de voir qu'il est possible d'être dans de multiples présents. Nous le verrons, bien souvent le sujet vieillissant est dans le présent du passé en existant à travers les souvenirs qu'il en a.

d. Pascal : la notion du bonheur dans le présent

Nous faisons un bond dans le temps pour nous rendre au début des temps modernes, au XVII^{ème} siècle en France. Blaise Pascal ne développera pas directement des concepts dédiés à l'étude du temps mais il le considère comme « la misère de l'homme ». Au cours de ses réflexions il aborde le bonheur et son rapport au temps, en disant que « chacun examine ses pensées, il les trouvera toutes occupées au passé ou à l'avenir. Nous ne pensons presque point au présent, et si nous y pensons, ce n'est que pour en prendre la lumière pour disposer de l'avenir » (Pascal, 1670). Ainsi, il démontre que nous passons notre existence à chercher le bonheur dans ce qui a été, le passé, ou dans ce qui va advenir, le futur. Cependant, pour lui nos expériences sont vécues dans le moment présent, il devient donc inutile de rechercher le bonheur là où il devient impossible de le vivre.

e. Kant : le temps cadre de notre existence

Deux siècles plus tard, au temps des Lumières allemandes avec Emmanuel Kant. Pour ce dernier, le temps est une réalité subjective. En effet, il considère que c'est notre condition humaine qui nous permet de percevoir le temps et que sans nous il n'existerait pas. Le temps devient alors tributaire du sujet. Étienne Klein (2013) apporte des hypothèses et limites à la théorie de Kant en posant la question de l'œuf ou la poule « cantonner le temps dans le sujet n'est-ce pas s'interdire d'expliquer l'apparition du sujet dans le temps ? ». Pour Kant, le temps n'est donc pas une réalité en soi, il est le cadre, tout comme l'espace, de l'apparition des phénomènes. Le temps, sa connaissance absolue, devient donc inatteignable, ce sont les phénomènes temporels qui seront accessibles et perceptibles par l'homme.

Ainsi, nous pouvons faire le lien avec les établissements de santé qui apparaissent comme cadres de l'acte de soin, au sein desquels toutes les temporalités des acteurs vont se déployer et se rencontrer.

f. Jankélévitch : le retour d'Ulysse à Ithaque

Au XX^{ème} siècle, Vladimir Jankélévitch apparaît comme philosophe du temps. Dans le but de définir ce qu'est le temps, il s'intéresse à ce qu'il n'est pas « on confond le temps avec les compteurs du temps, avec le cadran de l'horloge, qui est un petit morceau d'espace circulaire, avec les aiguilles qui tournent autour de ce cadran, avec les calendriers ; on le confond encore avec les mouvements dans le temps, ou avec la vitesse de ces mouvements ; on le confond avec les transformations organiques qui constituent le vieillissement et que jalonnent les âges de la vie...

Ne serait-il pas plutôt la succession des événements qui remplissent l'histoire et que racontent les historiens ? Mais non rien de tout cela. » (Jankélévitch, 1980, p.91). Sa réflexion nous dit finalement que le temps n'est ni objet, ni concret et ni saisissable. Avec ces conclusions nous pouvons nous demander si tout compte fait le temps s'apparenterait à un rien. Jankélévitch s'explique en nous disant que si il nous est impossible de le saisir c'est parce que nous y sommes, le temps est autour de nous et nous l'éprouvons, nous en sommes tributaires et il participe à notre condition humaine.

Pour revenir sur les spécificités du temps en le différenciant de l'espace, il utilise l'exemple de l'Odyssée dans laquelle Ulysse est de retour à Ithaque après de nombreuses années et de multiples péripéties. Quand il rentre sur son île natale, Ulysse va retrouver des terres familières peut être inchangées. Cependant, il ne pourra retrouver le Ulysse ayant quitté Ithaque. Ses souvenirs pourront lui permettre de se remémorer le Ulysse d'avant et comment il y vivait mais il ne pourra jamais retrouver la jeunesse de ce temps-là. Ainsi, seul l'espace peut nous permettre de traverser le temps en restant inchangé, c'est lui qui nous raccroche au passé grâce aux souvenirs. Toutefois, Jankélévitch insiste sur le fait que l'irréversibilité du temps ne sous-entend pas obligatoirement la perte. Au contraire, pour lui Ulysse reviendra différent mais riche des expériences vécues et c'est bien le temps qui lui aura permis d'effectuer ses exploits. L'irréversibilité laisse donc place à la nouveauté et apparaît comme le théâtre de la liberté pour l'homme.

g. Sartre : l'existence et l'instant présent

Pour Jean Paul Sartre, contemporain de Jankélévitch, nous ne parvenons pas à vivre dans le présent puisqu'il nous échappe. Ainsi, le moyen auquel nous recourons est de profiter de l'instant en se le remémorant ou en l'anticipant. D'ailleurs c'est ce que beaucoup d'entre nous faisons encore aujourd'hui avec l'omnipotence de la technologie, à savoir prendre en vidéos et photos ce qui se passe devant nous pour être sûr que l'instant soit fixé quelque part. Nous pourrions penser que le fait d'enregistrer nos souvenirs dans une mémoire technologique nous permettrait de se « dédouaner » du fait de se souvenir car nous savons que quelque chose s'en charge pour nous. Nous pourrions d'ailleurs nous interroger sur les limites de cette approche, pourrions-nous réellement revivre l'instant passé via des images ? N'est-ce pas pour un gain de temps que nous stockons nos souvenirs dans un endroit autre que notre mémoire humaine ?

Avec sa thèse portant sur l'existence, Sartre fait la distinction entre « être » et « exister ». Pour lui, « être » c'est éprouver l'instant présent, le subir alors qu' « exister » est notre façon d'être dans les différents temps. Ainsi, « exister », c'est ce qui nous permettrait d'éprouver le passé en se plongeant dans nos souvenirs ou de se projeter dans l'avenir en l'anticipant. Enfin, pour lui, nous projeter dans l'avenir nous permettrait de donner du sens à notre présent.

L'approche philosophique, bien que non exhaustive, nous permet de comprendre au fil du temps, comment le temps, justement, a été et est perçu dans notre société. Qu'il soit absolu ou relatif à notre conscience humaine, il n'en demeure pas moins irréversible et inéluctable.

5. Conceptions psychologiques

En psychologie du temps, les chercheurs se sont intéressés à notre capacité de percevoir le temps, du point de vue de nos capacités cérébrales. Ainsi « le temps est le produit consciemment vécu de processus adaptatifs par lesquels l'homme est capable de rester synchronisé avec la dynamique de son environnement externe » (Michon, 1985). Contrairement à ce qui était imaginé au XIX^{ème} siècle, disant que le temps serait un sens supplémentaire, il n'existe pas de récepteurs sensoriels dédiés à la capture des informations temporelles. Pourtant, selon Buser et Debru (2011), « les propriétés temporelles de l'activité nerveuse contiendraient des clés pour les phénomènes de conscience » (p.6). Ainsi, ce sont les trajets de l'information temporelle additionnés à sa manière de venir solliciter nos facultés cognitives qui nous donneraient un aperçu de ce qu'est le temps.

Notre manière de percevoir et d'appivoiser le temps résiderait dans le fait d'en faire l'expérience. « L'expérience du temps se construit grâce à des habiletés telles que percevoir l'écoulement du temps ou situer des événements dans le temps » (Friedman, 1990). Plusieurs aspects de notre condition humaine, nos émotions, nos activités ainsi que notre âge, influenceraient notre manière de percevoir le temps ce qui nous permet de dire que « l'expérience du temps est multiple » (Valax, 1996). L'étude du temps psychologique, réside donc dans la compréhension des « adjoints » du temps que sont la durée, la simultanéité, la succession, etc. Leur mise en forme bout à bout, impliquant leurs façons de mobiliser nos capacités cognitives, nous permettrait de percevoir et de composer avec le temps.

a. Bergson : le sentiment intérieur de la durée

Bien qu'appartenant au domaine de la philosophie, les travaux de Henri Bergson nous permettent de comprendre la réalité du temps psychologique. Tout d'abord, il illustre la distorsion du temps ; entre un temps objectif et un temps subjectif.

Il appelle « sentiment intérieur de la durée », une expérience subjective du temps qui s'opposerait au temps des horloges. Il fait donc la distinction entre la durée, qui est « la forme que prend la succession de nos états de conscience quand notre moi se laisse vivre » (Bergson, 1889), et le temps qui se rapporterait au mouvement des aiguilles, un temps divisible et objectivable.

Ses études se rapportent à des expériences que nous faisons au quotidien. Passer une heure bloqué dans un ascenseur nous apparaît comme éminemment plus long qu'une heure passée sur une plage de sable blanc, alors que les deux événements se déroulent sur un intervalle de temps égal.

Ainsi, la mesure du temps ne dépend pas exclusivement du passage des aiguilles dans un cadran. En effet, via cette volonté de mesurer le temps, nous mesurons en réalité l'espace qui se crée entre les deux aiguilles, puisqu'on cherche à le percevoir en le découpant afin de mieux le saisir. La mesure du temps dépendrait donc de notre manière de le vivre, selon les éléments qui nous constituent individuellement.

Après avoir sillonné une partie infime des travaux réalisés sur la question du temps, qu'ils soient antiques ou plus contemporains, c'est avec cette dernière notion de temps vécu comme manière de percevoir et d'éprouver le temps, que nous basculons vers le terme clé de cet écrit : la temporalité.

B) La temporalité

Avant d'entrer en profondeur en abordant la temporalité de chacun des acteurs du soin et plus particulièrement du soin psychomoteur, il convient de venir faire un état des lieux de la place qu'occupe le temps et la temporalité dans l'espace du soin.

1. Définition

Notre exploration du temps, à travers les époques et les disciplines, nous aura permis d'admettre qu'il est un objet d'étude aussi bien passionnant que complexe. Pour les physiciens, nous avons conclu qu'il existait un temps unique au sein duquel se déployaient différentes temporalités ; alors comment se caractérise la temporalité pour qu'elle soit multiple ?

Pour le Dictionnaire Larousse, la temporalité se définit par le « caractère de ce qui se déroule dans le temps. ». Pour Henry Duméry (2023), « la temporalité est le temps vécu par la conscience, celui dont elle fait l'expérience et qui déploie, à partir du présent [...], un passé qui est fait de rétentions utilisées comme acquis et comme appoint pour l'action [...] et un futur qui est fait de protentions, c'est-à-dire de projets, de possibilités nouvelles [...] ». Cette dernière définition, nous permet de dire que la temporalité est un processus actif et subjectif. En effet, la notion d'expérience nous indique que la temporalité est mouvante, elle évolue au cours de la vie. De plus, nous pouvons relever le caractère subjectif avec le terme de conscience, cette dernière étant propre à chacun d'entre nous. Nous pouvons faire le lien entre le terme de temporalité et le sentiment intérieur de la durée, décrit par Bergson qu'il désignait comme étant une expérience subjective du temps. Ainsi, suivant la même vision, nous pouvons dire que la temporalité se définit « selon le caractère de notre activité (jeu, travail) la temporalité peut ne pas être la même pour un intervalle de temps identique » (Julia, 1980). De même qu'en fonction de notre âge, de notre culture et de notre sensibilité, la temporalité n'apparaîtra pas sous les mêmes conditions.

La temporalité est donc notre manière de vivre et de percevoir le temps via nos expériences, nos actions. Le fait de vivre et percevoir les événements temporels sous-tend les notions de motricité et de perception. En effet, il y a le temps d'action qui pourrait se matérialiser par la succession, le mouvement qu'il faut pour réaliser cette action. En parallèle, il y a un phénomène perceptif qui opère afin de nous permettre de percevoir ce qui se fait dans un environnement donné. La temporalité est notre manière d'habiter le temps et d'être au monde en fonction de notre passé, de notre présent et de la vision que nous avons de notre futur. Intimement liée à la spatialité, elles forment toutes deux les faces d'une même pièce et nous confèrent une identité spatio-temporelle.

En effet, tout comme avec le temps et la temporalité, l'espace et la spatialité viennent dire quelque chose de nous. Selon le Dictionnaire Larousse, la spatialité se définissant comme le « caractère de ce qui est dans l'espace ou s'organise dans l'espace », nous comprenons l'analogie avec la temporalité.

Pour le psychologue René Kaës (2006), « la temporalité se définit par le travail de l'historisation que le sujet accomplit de sa propre expérience du temps ». Elle serait donc un emmagasinement de nos moments de vie, de ce qui a fait que nous sommes nous aujourd'hui. Elle devient alors une porte d'entrée vers l'identité du sujet et plus particulièrement dans notre cas de l'identité de notre patient. Qu'en est-il de la temporalité de la personne âgée ? Qu'en est-il de sa temporalité prise dans un contexte d'hospitalisation ? Et de celle de ses proches ? Des soignants ? Voici un ensemble de questions sur lesquelles il me paraît intéressant de s'interroger afin de comprendre, par la suite, comment le psychomotricien pourra composer avec la notion de temporalité au sein d'une institution de rééducation et réadaptation gériatrique.

2. Le temporalité de l'institution

L'humain d'aujourd'hui se retrouve de plus en plus confronté à l'idée que « la science saura bien vite empêcher la mort et sa mort » (De Broca, 2016, p.9). L'espace et le temps sont alors remis en cause. En effet, dans cette dynamique de progrès constant, du toujours plus en moins de temps, comment envisager le temps de notre existence ? Selon de Broca (2016), « le présent n'est souvent plus qu'éphémère, instantanéité. On ne prend plus le temps. On ne vit plus le présent. Le passé ne paraît pas ou plus important. Le passé ne paraît plus être ce qui construit la personne dans son histoire mais bien un monde archaïque qui l'avilirait. Enfin, le futur est désormais envisagé comme une possibilité d'amélioration perpétuelle, dans une course au toujours plus » (p.10).

Ainsi, à l'heure où le système de santé ne fait pas exception aux problématiques politiques et économiques, la question de la gestion du temps se pose. Les réformes successives ainsi que les appels des différentes professions de santé, nous amènent à réfléchir quant à la manière avec laquelle est pensée la temporalité des soins. Il s'agira ici d'appréhender le milieu au sein duquel le sujet âgé pourrait être susceptible d'arriver.

a. À la recherche du temps perdu

Lorsqu'est abordée la question du temps à l'hôpital, il n'est pas rare d'entendre que le temps se fait rare, ce qui lui confère sa valeur. Les soignants viennent à en manquer et les contraintes temporelles liées aux aléas institutionnels en privent les patients. Le temps organise l'institution et c'est en fonction de sa disponibilité que les journées se déroulent, il apparaît alors comme « indicateur central de la gestion de l'activité » (Josion-Portail et al., 2020). Regroupant l'ensemble des temporalités des acteurs de la structure, qu'ils soient médicaux et non médicaux, l'institution doit faire en sorte que « toutes ces temporalités différentes et légitimes se croisent dans un ensemble institutionnel dont l'efficacité se mesure à sa capacité à donner à chacune sa place et son rôle » (Chami, 2007). Le modèle hospitalier actuel s'inscrit « dans un contexte de réduction des dépenses en santé de standardisation du soin et du souci de l'efficience » (Burgoni, 2021, p.223), le temps est donc contraint et pensé dans une logique de performance économique. Avec l'arrivée de la Tarification à l'Activité (T2A), c'est un modèle de gestion et d'optimisation qui concerne les hôpitaux. En effet, « la santé, devenue un enjeu politique depuis la réforme de la T2A, a transformé le soin en logique comptable et financière. Les patients sont désormais des usagers, les cadres de santé des managers. La rentabilité, la traçabilité, l'efficacité (au sens de rapidité) priment sur l'attention à l'humain et sur le temps indispensable pour celle-ci » (Romano, 2020). Ainsi, cette réforme inscrit le soin dans un intervalle de temps minimum afin d'être rentable et de permettre la gestion du budget grâce à la cotation des actes de soin.

Cette gestion du temps peut nous renvoyer au chronos, abordé à plusieurs reprises, qui nous renvoie vers un temps mesuré et objectivable et qui, nous le verrons plus tard, sera celui régissant la temporalité des soignants. Les institutions semblent alors s'engager dans une course contre le temps à coups de réorganisation et de gestion du temps des soignants. Hugo Bertillot (2016), qualifie ainsi l'hôpital de « laboratoire des démarches de rationalisation gestionnaire ».

Concernant les structures hospitalières gériatriques, elles « sont encore insuffisantes en nombre, non reconnues officiellement comme telles, et encore dévalorisées dans le système sanitaire français » et sont « souvent géographiquement dispersées, ce qui oblige le malade à changer de service, et même d'hôpital, plusieurs fois durant son hospitalisation » (Sebag-Lanoë, 2008, p. 12). Bien que datant d'il y a 15 ans, ces propos semblent encore d'actualité aux vues des nombreuses fermetures de services observées. Les faibles effectifs ainsi que les contraintes horaires donnent naissance à « un rythme accéléré, totalement inadapté au temps lent que réclame le sujet âgé ». (*Ibid*, p.62).

L'hospitalisation, de nos jours, est alors perçue comme une épreuve de vitesse, les moyens et les conceptions actuelles ne lui permettant pas de s'inscrire comme une épreuve d'endurance.

D'après de Broca (2016), « pour la médecine scientifique mais surtout technocratique, il faut aller vite, réparer, rabouter, modifier, changer. Tout devrait se faire de manière automatisée et taylorisée. Les impératifs gestionnaires et rationalistes imposent aussi souvent d'agir sur le court terme, ce qui n'autorise en rien l'attente » (p.88). Ainsi, « la sémantique hospitalière définit le type d'hospitalisation autour de la temporalité. On parle ainsi de court séjour ou de long séjour, jadis de moyen séjour et aujourd'hui de soins de suite et de réadaptation (SSR) » (Morçet et al., 2020).

Cette distinction entre les différentes temporalités d'hospitalisation, nous permet de nous focaliser sur le type d'institution auquel nous nous rapportons ; celui du Soins de Suite et Réadaptation gériatrique. Morçet et al. (2020) nous rappelle que « la particularité de fonctionnement d'un SSR spécialisé réside en la complexité de l'organisation journalière. Le programme est dense et relève parfois de l'exploit sportif ! Il suffit de s'arrêter quelques secondes dans le couloir principal et d'observer les norias de brancards, de fauteuils, de professionnels à vélo, voire de professionnels à vélo... poussant des fauteuils ». Ainsi, l'aspect omnipotent du temps semble se renforcer. Nous pouvons dénombrer les temps réservés aux actes d'hygiène, de soins, d'alimentation et de visites des proches, communs à la plupart des institutions. À cela, il faudrait ajouter les temps quotidiens de synthèses pluridisciplinaires, qui en plus de faire un état des lieux des conditions de chaque patient doivent prendre en compte la question de la réinsertion de chacun d'entre eux, que ce soit au domicile ou dans une structure adaptée. Enfin, les temps réservés pour chaque approche rééducative (ergothérapie, kinésithérapie, orthophonie et psychomotricité) ainsi que les visites médicales, quelquefois à l'extérieur de l'institution. Sans oublier, que nous parlons ici d'une population âgée qui, nous l'aborderons plus tard, arbore une temporalité particulière à prendre en compte dans l'ensemble des temps proposés.

Le SSR se doit donc d'assurer un découpage du temps permettant « une rééducation, pour recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques [...], une réadaptation, pour l'accompagner si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles [...] et une réinsertion, pour aller au-delà des soins médicaux et garantir une réelle autonomie au patient – dans sa vie familiale et professionnelle – afin qu'il recouvre au maximum les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. [...] » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022).

La question de la temporalité apparaît comme impérieuse dans un système de santé qui semble rimer avec instantanéité et uniformisation. Il me paraîtrait ainsi pertinent de venir s'intéresser aux représentations qui en ressortent.

b. L'hôpital comme terre d'exil

« S'il est un lieu de perte d'identité, c'est bien l'hôpital. Les patients peuvent l'exprimer par des mots simples « dès mon arrivée, on m'a pris mes papiers », « d'un seul coup, je me suis retrouvé déshabillé », « me voilà derrière les barrières du lit et je n'ai même pas le droit de me lever » (Dutems, 2021, p.75). Ces quelques lignes, nous permettent d'illustrer le choc des temporalités ressenti à l'arrivée en institution. En effet, c'est un lieu où se rencontrent différents acteurs (équipe soignante, administrative, d'entretien et de sécurité, les patients et leurs proches) chacun se caractérisant par une différence d'âge, de culture, de problématique et d'activité. Autant de caractéristiques qui participent, comme nous l'avons abordé en introduction, à l'élaboration de notre temporalité individuelle. L'hospitalisation peut alors être vécue comme un « événement de vie avec un ressenti personnel souvent fait de ruptures et d'angoisses » (Sebag-Lanoë, 2008, p. 12). L'entrée dans l'institution pourrait être perçue comme une mise en dehors de la société, où l'espace et le temps que rencontre le patient sont modifiés et souvent bien loin de leur spatialité et temporalité.

« Lors de son hospitalisation, la personne passe par un moment de dépossession d'elle-même [...] Être dépouillé de ses vêtements revêt une valeur symbolique incontestable. Le personnage que l'on incarne au quotidien est remis en cause, le passage de la position verticale à la position horizontale consacre la perte d'autonomie. Cette dernière n'est pas sans occasionner souffrance et angoisse. D'un seul coup, il faut sans cesse envisager des compromis avec son identité. En effet, les signes de sa transformation en « patient » par l'environnement médical ne manquent pas. L'institution hospitalière impose un emploi du temps, des rythmes et des interactions dont on n'a plus la maîtrise [...] » (Le Breton, 2008).

Cet état des lieux, du rapport entre temporalité et institution nous permet de nous diriger vers les différents acteurs participant à ce microcosme hospitalier, en commençant par ceux se destinant à soigner.

3. La temporalité des soignants

Pour le Dictionnaire Larousse, un soignant est la « personne qui donne des soins à quelqu'un ». L'intersubjectivité émanant de cette définition, désignée par une « personne » et un « quelqu'un », s'implante comme principe de la relation de soin : elle est humaine. « Le temps est en effet indissociable du soin et traverse l'ensemble des activités des soignants et leurs interactions avec les usagers » (Dickason, 2018).

Ainsi, il apparaît pertinent de s'intéresser à la façon avec laquelle le soignant, la « personne », parvient à gérer sa temporalité afin de mener ses activités quotidiennes ayant pour objectif de soigner ce « quelqu'un », le patient.

a. La relation de soin : à la rencontre du temps de l'autre

Lorsque l'on parle de soin, la dimension médicale n'est pas seule à considérer. « L'espace global du soin est la vie, puisque la vie est suite de moments de soins partagés entre tous, dans une réciprocité permanente. Le soin est au cœur de la vie, laquelle est composée de mises en relation permanentes. » (De Broca, 2016, p.82). Le fait de prendre soin pourrait donc se rapporter à notre façon de faire les choses, avec intentionnalité, minutie ou bien à notre façon de se présenter, avec le souci de bien faire et l'attention qui y est portée. Quand nous abordons le soin dans sa dimension médicale il devient objectivé « un soin a un début et une fin, et tout soin est donc inscrit dans le temps et l'espace. » (*Ibid*, p.83). Ainsi, grâce aux travaux de de Broca nous pouvons citer ce qu'il a appelé « Les piliers du soin ». Il désigne le soin comme « centré par un acte (technique ou pour entretien psychologique par exemple) que l'un peut donner à l'autre pour son profit. Ce pilier est construit autour des autres piliers que sont la rencontre, le logos et la contemplation» (*Ibid*). Ainsi, quand le soignant rencontre le patient, il s'opère une rencontre entre le temps et le soin ce qui sous-tend l'interaction entre deux temporalités, souvent bien distinctes. Il s'agit alors de comprendre que le temps structure le soin en lui donnant un cadre et que réciproquement le soin structure le temps en faisant interagir les différentes temporalités mises en jeu.

Dans un climat où les manières de soigner sont au cœur de nombreux débats, le soignant, lui, doit s'atteler à préserver les principes de bienfaisance et de non-malfaisance. Dans cette démarche, il doit plonger dans ses connaissances afin de prodiguer le meilleur soin avec le moins de risque, tout en prenant en compte le fait d'être en face d'une personne susceptible de par sa pathologie, ses ressentis et son histoire de lui compliquer la tâche. « Tout l'art du soignant est d'être le meilleur dans son art et pourtant capable d'accepter que le patient ne suive pas aveuglement ses propositions » (*Ibid*, p.82).

Pour Hélène Romano (2020), la temporalité invoque deux composantes essentielles « l'intrapsychique (qui concerne le vécu du patient, de ses proches et du soignant) et l'intersubjectivité (c'est-à-dire ce qu'il en est des effets de la rencontre entre le soignant d'un côté et le patient et ses proches de l'autre) ». Ainsi, comme nous l'avons déjà vu, un choc des temporalités apparaît comme inévitable et sous-entend une pluralité des temporalités, parfois d'un extrême à l'autre.

b. Le conflit entre un tempus et un chronos : une dyschronie

Nous revenons à présent à la notion de chronos, qui nous permet de percevoir la temporalité du soignant. Le philosophe et médecin, Michel Geoffroy propose de reprendre les termes de chronos et tempus précédemment utilisés par   tienne Klein afin d'illustrer les temporalités du soignant et celle du patient. Le temps des soignants se rapproche alors davantage du côté du chronos, ce temps auquel il est difficile d'échapper. Comme nous l'avons vu, les contraintes institutionnelles affectent la chronologie à suivre pour les soignants « quand on interroge les soignants sur le temps du soin, ils répondent que leur temps indirect ne cesse de croître aux dépens du temps direct. » (Prouteau, 2017). Le temps de travail indirect s'illustre par l'absence de contact direct avec le patient (temps de réunion avec les équipes, transmissions écrites/orales entre ces dernières etc.). Dans une temporalité de l'urgence, la rencontre semble alors précipitée voire secondaire. La fiche de tâche, la traçabilité du suivi et la qualité de l'acte de soin, lui-même sous tendu par un ensemble de questionnaires, transmissions et de codages imposés par l'ensemble des règles mises en vigueur par les hautes instances viennent à questionner la relation au soin.

Nous revenons à cette idée de distorsion du temps, introduite avec Bergson, où le temps objectif via la surcharge administrative semble venir grignoter le temps subjectif, temps qualitatif auprès du patient. Les soignants sont alors tributaires de la temporalité « managériale » de l'institution qui semble distribuer le temps, là où les soignants en manquent.

L'ensemble des décisions institutionnelles semble transformer l'acte en technique de soin, « sans prise en compte du temps, sans respect de cette dimension temporelle de la relation, le soin au sens de "prendre soin de l'autre" n'est plus le soin. Il est déshumanisé et déshumanisant, et réduit l'acte soignant à des gestes techniques » (Romano, 2020). En effet, il devient alors compliqué pour le soignant d'accomplir l'ensemble de ses actes dans un rythme autre que celui de l'urgence. Rebecca Dickason (2018) s'est intéressée « au rôle du temps dans le travail émotionnel des soignants, montrant notamment comment la compression du temps alloué aux soins par l'organisation pouvait amener ces derniers à se montrer sélectifs parmi les demandes des patients à satisfaire, et à privilégier la dimension fonctionnelle du soin, en négligeant les autres aspects de la relation soignant-patient, pourtant tout aussi importante » (Josion-Portail et al., 2020).

Cette priorisation de certains soins confère une nouvelle fois sa valeur au temps et insiste sur la difficulté pour le soignant de faire la part des choses entre le chronos, auquel il est soumis, et le tempus, temps vécu par le patient, afin de soutenir l'alliance thérapeutique. Ainsi, nous observons un phénomène d'action-réaction où « le médecin peut être tenté de remplir le temps par le « faire », le mouvement et l'action qui sont parfois vains. L'écoute, la présence où la disponibilité ne sont plus au cœur de ses préoccupations. » (De Broca, 2016, p.89).

Josion-Portail et al. (2020) choisissent alors d'utiliser le terme de dyschronie, proposé par Norbert Alter, afin d'illustrer la rencontre entre l'institution et la personne âgée. Le concept de dyschronie se définit « par la permanence du changement et les conflits de temporalité que cette permanence engendre. Le caractère continu du changement amène à créer des structures de travail et des règles de gestion toujours provisoires et expérimentales » (Alter, 2003, p. 493). Ainsi, pour Josion-Portail et al. (2020) « ces conflits de temporalités ou dyschronies génèrent un ensemble de dysfonctionnements liés à des rencontres non synchrones entre des éléments de l'organisation n'évoluant pas au même rythme » et terminent en le transposant au terrain gériatrique où la dyschronie symbolise la rencontre, parfois percutante, qui peut se faire entre les soignants et les personnes âgées vulnérables.

La dyschronie qui semble alors se dérouler inexorablement, serait porteuse de conséquences nuisibles pour l'ensemble des acteurs du soin. En plus d'avoir un effet sur les patients, cette temporalité chronophage à laquelle font face les soignants, semble s'en prendre à eux directement. En effet, lui qui « intervient comme un passeur du temps entre la vie d'avant, celle d'aujourd'hui où le sujet est malade, et l'espoir de la vie d'après avec la guérison » (Romano, 2020), se retrouve parfois à la limite de ses propres capacités. Le soignant occupe alors de nombreuses responsabilités et le manque de ressources semble avoir des répercussions directes sur son intégrité, « les pressions qui s'exercent sur elles les prédisposent à la somatisation et à l'échec professionnel. Alors qu'elles ont besoin de situations professionnelles apaisées pour compenser leurs propres difficultés, elles se retrouvent dans des situations où se cumulent les conflits personnels, la charge mentale et un fort sentiment d'échec. » (Nizard, 2007). Enfin, les soignants sont capables de déployer des tactiques afin de resynchroniser les temporalités, au profit d'effets néfastes, mais comme nous l'explique Josion-Portail et al. (2020), « il importe donc pour l'organisation hospitalière, dans une triple perspective de responsabilité sociale envers ses salariés, de bien-être de ses usagers et de performance, d'abord de reconnaître et de valoriser ce travail de l'ombre accompli ». Renée Sebag-Lanoë nous rappelle alors que le « respect des malades passe par le respect des soignants » (2008, p. 45).

c. Regard sur la personne âgée

Une fois de plus le travail auprès de personnes âgées vient ajouter de nouvelles dimensions à la question de la temporalité. Travailler auprès des personnes âgées c'est être confronté à la réalité du corps âgé, au temps qui passe et donc à la propre finitude du soignant. Ainsi, « les soignants mettent en place divers mécanismes pour gérer leur relation au temps. En effet, le temps du silence et celui de la chronicité tentent d'occulter la confrontation à la dimension de la condition humaine qu'est la finitude » (Daune, 2020).

Les conditions de travail sur le terrain gériatrique sont régulièrement associées à de la violence envers les personnes âgées mais il en va de même pour les soignants, « violence aussi pour les soignants dont le corps et les nerfs sont souvent mis à rude épreuve par le travail gériatrique ou plus exactement par les conditions de travail gériatrique [...] Mais les soignants souffrent dans leurs corps : il suffit de penser à la fréquence des lombalgies et des douleurs d'épaule chez les soignants pourtant jeunes [...] Et ils souffrent aussi de ne pas faire leur travail comme ils le voudraient et comme il le faudrait. Leur image de bon soignant est mise à mal. Ils se sentent coupables et de surcroît impuissants. Car les conditions de travail, et en particulier le ratio de personnel attribué à la structure où ils exercent, leur échappent totalement... » (Sebag-Lanoë, 2008, p. 34). La négligence dont peuvent faire preuve certains soignants, pourrait s'inscrire, au même titre que la violence, dans une vulnérabilité liée à l'emprise de leur temporalité.

Ainsi, dans cette démarche suivant un culte de la productivité et de l'efficacité au détriment du temps de rencontre avec le sujet âgé, ce sont les piliers du soin qui semblent être atteints. Les soignants, sujets au stress hospitalier généré par les pôles décisionnels paraissent aussi bien victimes de ce choc des temporalités.

4. La temporalité des familles

Le soignant devant soigner le patient, il ne doit pas en oublier ses proches, qu'il doit tenter d'approcher. Auzimour et al. (2017) définissent leur temporalité ainsi « pour eux, le temps n'est plus le même : la durée d'attente est d'autant plus interminable que leur angoisse reste vivace. Trop souvent ils sont les derniers avertis, d'une manière plus que concise, alors qu'ils ne sont pas spectateurs, mais partie prenante de la maladie et de ses conséquences. ». Les proches semblent pris dans une temporalité qui les dépasse « certaines familles souhaiteraient ralentir le temps, d'autres l'accélérer et d'autres enfin, juste le laisser passer. Chacune se défend comme elle le peut contre un temps qu'elle subit toujours dans la peine et dans la douleur. » (Prouteau, 2017). De plus, bien souvent les proches deviennent aidants ce qui bouleverserait une réorganisation de leur temps propre.

La famille semble apparaître comme une clé de voûte de la prise en charge du patient puisque « le rôle de la personne de confiance, accompagnante est majeur pour que le vécu du présent ne soit pas oublié puisque, le plus souvent, l'annonce plonge le patient dans un trou noir [...] Elle pourra ensuite redire au malade des informations avec ses propres mots et ainsi l'aider à reposer des questions » (De Broca, 2016, p.101). La famille s'inscrit alors comme « traductrice » pour son proche, en utilisant ce qu'elle connaît de lui pour lui faire parvenir l'information.

Le soignant, lui, apparaîtrait comme « traducteur » pour cette famille et son proche car « le soignant a alors une mission de reformulation pour ensuite tenter de créer un projet de soins à partir des connaissances du malade » (*Ibid*, p.69)

Ainsi, la famille serait à considérer comme une ressource pour la prise en charge de son proche. Renée Sebag-Lanoë (2008), déclare que la santé et l'autonomie sont des facteurs primordiaux dans l'esprit des personnes âgées car elles sont « des valeurs qui ont du sens ». À cela, elle ajoute « qu'aimer et être aimé des siens constitue aussi une valeur forte », avant l'hospitalisation et encore plus pendant.

Sur le parcours de soin d'un patient, de Broca (2016) conclut en nous disant « le soignant accompagnateur devra suivre les rythmes de la personne malade qui avancera comme elle le peut, mais aussi accepter d'écouter les doutes des proches qui seront aussi du voyage » (p.85).

5. La temporalité des sujets âgés : au carrefour du temps

Dans cette dyschronie hospitalière, nous avons vu que le temps du soignant se rapportait au chronos. Le temps du patient, lui, tendrait davantage vers son antagoniste : le tempus, « un temps psychologique, un temps intérieur, un temps vécu singulier » (Prouteau, 2017). Quel que soit le type d'hospitalisation dont le sujet âgé bénéficiera, la question du temps sera centrale et viendra bouleverser les relations entre passé, présent et avenir.

a. La vieillesse : entre crainte et destinée

Pour le Dictionnaire Larousse, la vieillesse se définit comme la « dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions ; fait d'être vieux » ou encore comme la « diminution des forces physiques et fléchissement des facultés mentales qui accompagnent habituellement cette période ». À travers ces définitions, nous pouvons percevoir que la notion de perte est prégnante pour définir ce qu'est la vieillesse. Geneviève Ponton parle du sujet vieillissant comme celui « ayant vécu beaucoup de vie » et de la vieillesse comme du témoin de notre existence, de notre présence au monde, là où notre société considère le temps de l'aîné comme insignifiant « d'aucuns lui refusent même tout futur, tout avenir, le faisant ainsi mourir bien avant la mort » (Sebag-Lanoë, 2008).

L'OMS définit alors trois étapes dans le processus de vieillissement. Une première étape, l'entrée dans la vieillesse, se situant entre 60 et 75 ans. La seconde étape correspond à une vieillesse tardive, de 75 ans à 90 ans. Enfin, les grands seniors de plus de 90 ans. En plus, de cette classification des âges clés du vieillissement, Rowe et Kahn proposent en 1987 une distinction entre trois types de vieillissement en introduisant la notion de « vieillissement réussi » en plus du vieillissement normal et du vieillissement pathologique. Ils définissent le vieillissement réussi selon trois caractéristiques « l'absence de maladie entravant le bon fonctionnement de l'individu, le maintien de bonnes capacités physiques et cognitives et un engagement social actif ». Le vieillissement normal se rapporterait alors à une « régression marquée des capacités fonctionnelles » tandis que le vieillissement pathologique concernerait « la survenue de maladies au cours de l'avancée en âge » (Aquino, 2007).

Cette pluralité du vieillissement nous permet de comprendre qu'il n'existe donc pas un sujet âgé type, mais aussi que nous ne sommes pas tous égaux face à la vieillesse « au-delà des changements somatiques, le vieillissement est associé à divers bouleversements dans les différents domaines de la vie : professionnel avec le départ à la retraite, affectif avec le départ des enfants [...] ; social avec le déménagement dans un logement plus adapté » (Brandily et al., 2022).

b. Le patient âgé

À travers les recherches menées sur les temporalités de l'institution et celle du soignant nous avons mis en lumière la disparité temporelle rencontrée par l'ensemble des acteurs du soin. L'entrée en institution rompt avec la temporalité usuelle et pour les personnes âgées c'est aux urgences que commence le plus souvent l'hospitalisation. Elles se retrouvent alors face au chronos, antagoniste de leur temporalité. À son arrivée en institution, le patient est bien souvent sujet à de diverses pathologies avec un niveau d'autonomie propre qui seront déterminants pour les modalités de sa future prise en charge. La rencontre d'une temporalité de l'urgence s'ajoute alors à une temporalité déjà marquée par l'ambivalence. En effet, le sujet âgé est pris en tenaille entre un temps long ; celui de ses déplacements, de son temps de réaction ou encore de sa perception des informations ; et par un temps rapide qui est celui de l'accélération des pertes engendrées par l'évolution de ses pathologies. Ainsi, « le temps du vieillard est long et en même temps si court : d'aucuns lui refusent même tout futur, tout avenir » (Sebag-Lanoë, 2008).

Pour appuyer leur utilisation du terme de dyschronie, dans l'illustration des pratiques de soin auprès des personnes âgées, Josion-Portail et al. (2020) développe l'idée du temps comme « trait définitoire », ce dernier se référant « au temps comme élément consubstantiel de l'individu entrant dans le grand âge, résultant d'un ensemble d'altérations naturelles et progressives des ressources physiques et cognitives. Il s'agit ainsi d'une sorte de caractéristique « embarquée » lors de l'avancée en âge, qui préside aux choix et comportements de la personne âgée dans de nombreux compartiments de sa vie au quotidien. ». Ce temps définitoire désignerait donc la temporalité spécifique du sujet âgé et qui, dans une réciprocité, viendrait renforcer l'écart avec celle des soignants.

Enfin, Alain de Broca (2016) nous évoque le vécu du malade ainsi « le vécu de chaque malade peut être comparé à ce que ressent l'auditeur du Boléro de Ravel. Le malade vit son présent intensément, comme l'auditeur attentif à chaque nouvelle note. Il ne pourra lui donner du sens que s'il intègre son présent en se fondant sur son histoire précédente [...], et il attend avec impatience ou crainte le futur [...] » (pp. 19-20). Vivre sa maladie reviendrait donc à se servir de son passé car nous y retrouvons les capacités à surmonter les épreuves, puisque ce passé nous subjectivise, c'est lui qui nous a inscrit dans le monde. En ce qui concerne le sujet âgé, « le temps au grand âge est très long derrière et très court devant, alors que le présent, lui, reste toujours insaisissable » (Sebag Lanoë, 2008, p.28).

Passé, présent et futur semblent alors remaniés mais au-delà des années écoulées et de l'avancée vers ce qui apparaît comme la finitude, quels sont les processus expliquant cette transition temporelle ?

c. Les retentissements psychocorporels : traces du temps

Comme nous l'avons vu, la temporalité du sujet âgé se distingue par son ambivalence, nous pourrions alors considérer qu'il existe plusieurs temps en lui. Le temps rapide des décompensations somatiques et cognitives et le temps lent, celui de la récupération et des conséquences observables des multiples pertes. Le « temps définitoire » de Josion-Portail et al. (2020) « les ralentit dans leurs gestes et leurs réactions en raison de la diminution de leurs réserves physiologiques et de leurs aptitudes cognitives ; et enfin, fragilise fortement leur état général de santé qui peut subitement changer et s'aggraver de manière imprévisible. ».

Pour Sebag-Lanoë (2008), « la plupart du temps, l'événement ou du moins les phénomènes qui marquent le début du vieillissement concernent avant tout le corps ». Avant la dépendance, c'est donc le corps qui témoigne des fragilités, des pertes mais aussi de l'histoire du sujet. En effet, la peau change, les muscles et les organes faiblissent, précipitant la personne âgée dans une lenteur, dans une économie de mouvements, dans une précision au détriment de la rapidité, les gestes sont alors ralentis et les membres deviennent raides. Les atteintes sont souvent multiples et avec elle arrivent l'anxiété et ses manifestations, un temps de régression et de questionnement, la personne âgée est ainsi « prisonnière de son lien au monde » (De Broca, 2016, p.17).

Aux marques du corps, succèdent généralement les marques psychiques. Le déclin cognitif du sujet âgé dépend dans un premier temps du type de vieillissement auquel est confronté la personne « comme d'autres types de ressources dont dispose l'individu pour vivre dans son environnement, biologiques ou affectives par exemple, les ressources cognitives subissent des transformations tout au long de la vie adulte » (Albaret & Aubert, 2001, p.77). Les troubles mnésiques, attentionnels et exécutifs apparaissent comme témoins du passage du temps sur l'individu.

Malgré un temps lent perçu lors de l'exécution gestuelle, par exemple, le traitement cognitif du sujet âgé lui fait percevoir un temps qui passerait plus vite. En effet, selon Adrian Bejan (2019), scientifique américain, plus nous vieillissons et plus le temps semble filer, « la longueur parcourue par les entrées des capteurs externes au cortex augmente avec l'âge. La raison en est que la complexité de la voie d'écoulement nécessaire à un signal pour atteindre un point sur le cortex augmente à mesure que le cerveau grandit et la complexité des voies d'écoulement en forme d'arbre augmente. ». Le temps pour nous figurer le monde augmenterait donc à cause du vieillissement de nos réseaux neuronaux, la différence entre le temps mis pour intégrer une information et le temps extérieur crée cette impression que le temps passe plus vite.

Cette brève introduction aux conséquences sur le couple psyché et soma, qui sera repris plus en détails d'un point de vue psychomoteur par la suite, nous permet d'envisager la divergence entre la temporalité du patient et celle du soignant. La dyschronie comme image pour illustrer ce parcours

de soin nous permet de souligner que ce dernier est à la fois physique, psychique, personnel, familial et professionnel. Ainsi, la globalité qui émane de cet accompagnement nous permet de nous diriger vers la temporalité qui nous permettra d'interagir avec la temporalité du sujet âgé : la temporalité psychomotrice.

d. Le sujet âgé en service de rééducation

En SSR gériatrique il est donc souvent possible de retrouver des patients nécessitant une rééducation mais également une considération de leurs troubles cognitifs. Les déficits moteurs et cognitifs ne sont pas « sans conséquence sur la relation de soin, qui nécessite en effet de consacrer à ces patients un temps long, alors même que la pression temporelle, qui comprime le temps disponible des soignants, est de plus en plus forte dans les établissements de santé confrontés à des réformes visant à optimiser leur fonctionnement » (Bertillot, 2016). Une présence plus longue est alors nécessaire afin d'écouter, de négocier ou de convaincre de coopérer pour la prise du traitement ou des repas.

Selon l'étude menée par Josion-Portail et al. (2020) « dans le cas des patients âgés, une telle réactivité n'est pas toujours envisageable : la participation des patients âgés est au mieux fortement décalée dans le temps du fait de leur plus grande lenteur, voire impossible en raison de carences physiques ou cognitives importantes ». En effet, la prise de médicaments, par exemple, ne peut être considérée comme une façon de gagner du temps en disposant les traitements et en passant à la chambre suivante. Le patient âgé nécessite un temps spécifique et dédié pour s'assurer que le traitement soit pris. Le temps apparaît alors comme une notion centrale dans l'accompagnement des personnes âgées.

Ajoutée aux répercussions physiques et cognitives, c'est également un travail psychologique qui doit se faire lors du temps en rééducation et réadaptation. L'étude insiste alors sur le travail de deuil qui est opéré par la personne âgée. En effet, c'est le temps de l'intime, celui de la cicatrisation de l'âme, du corps et de l'esprit. La personne âgée opère donc une réappropriation d'elle-même qui passe par une appréhension de ses facultés, de leurs absences ou de leurs modifications.

C) Le temps en psychomotricité

Dans cet effort de saisir la concept de temporalité, et ce au sein du monde du soin avec l'ensemble de ses acteurs et de ses problématiques, nous avons perçu qu'il était alors question de motricité, de perception et de sensibilité. Cette temporalité inhérente à chacun d'entre nous constituerait alors une part de notre identité via l'interaction de l'action, la perception et nos sensations, ce qui nous oriente vers ce qui fait lien entre ces notions : notre propre psychomotricité. En effet, dans cette dernière approche théorique nous tenterons de comprendre comment la psychomotricité, arrivée à une époque où tout change et où le corps «était brandi comme le symbole d'une liberté à reconquérir » (Potel, 2019, p.59), parvient à proposer une prise en charge spécifique : le soin psychomoteur. De plus, nous nous intéresserons à l'importance de la temporalité tant au niveau de sa construction, de son apport dans la constitution de l'individu mais aussi dans la déconstruction psychomotrice à laquelle est confronté le sujet âgé. Enfin, nous terminerons par ce qui contribue à la temporalité du psychomotricien et notamment dans le type d'institution qui nous intéresse, le SSR gériatrique.

À partir de divers ouvrages, c'est un voyage au cœur de ce métier de psychomotricien, un métier de présent et d'avenir comme le disait Catherine Potel, un métier traversé par une temporalité psychomotrice, par des temporalités venant de nombreuses disciplines, que nous tenterons de mettre en lumière des éléments pouvant nous servir à répondre à nos questionnements cliniques.

1. L'approche psychomotrice : une forme d'holisme

Descendante de multiples disciplines et traversée par de nombreux courants de pensée, Catherine Potel (2019) nous rappelle que « la psychomotricité n'est pas une théorie en soi. C'est un dispositif et une pratique qui proposent une certaine façon de faire et ont pour repère principal de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle et identitaire. Dispositif et pratique qui s'intègrent dans des théorisations de l'humain beaucoup plus larges » (p.18). Il convient alors de s'intéresser aux fondements conceptuels, de façon non exhaustive, afin de comprendre comment les temporalités du patient et du psychomotricien sont perçues à travers cette approche.

a. Les fondements

Depuis l'Antiquité, comme pour la question du temps que nous avons abordée précédemment, la question du fonctionnement humain selon deux entités, le corps et l'esprit, interroge et passionne l'ensemble des domaines d'études. En effet, philosophes et chercheurs se partagent entre l'idée d'un clivage de ces deux entités ou à l'inverse d'une action réciproque de l'une sur l'autre. Quand il s'agit d'aborder ce clivage psyché-soma, c'est à Descartes que nous nous référons. Potel nous décrit alors son idée, il « survalorise la pensée par rapport à la matière et renvoie le corps à un contenant idiot » (p.27).

À la moitié du XIX^{ème} siècle, le psychiatre Wilhelm Griesinger introduit le terme « psychomoteur ». Avec ses travaux il théorise « un modèle des réflexes psychiques incluant les réactions vaso-motrices consécutives à certaines émotions » qui finira plus tard par être admis comme un terme « visant à décrire les effets moteurs de troubles d'origines psychiques » (Potel, 2019, p.32). Ce dernier est alors utilisé par une nouvelle branche d'étude, la neuroanatomie, qui s'intéresse à la notion d'interaction qui émerge de ce terme, afin de comprendre les conséquences des stimulations de certaines zones cérébrales sur le corps. Ainsi, de ce terme psychomoteur qui sous-tend une idée de relation entre les systèmes, Potel (2019) amène une idée fondamentale selon laquelle « la psychomotricité tout au long de son histoire mêle la clinique et la théorie, le terrain et le laboratoire, la théorie et la pratique... » (*Ibid.*).

Au XX^{ème} siècle, c'est aux travaux de René Spitz, Henri Wallon, Jean Piaget et surtout Julian de Ajuriaguerra que nous devons l'enracinement d'une nouvelle discipline : la thérapie psychomotrice. Ce dernier, proclame alors « qu'il est impossible de comprendre l'organisation psychomotrice d'un enfant si on isole l'objet et le sujet » (Giromini, 2022, p.7) et que dans cette triangulation, motricité, sensations et représentations, c'est également l'environnement qui tient un rôle de soutien. Dans le développement de ses élaborations, Ajuriaguerra tiendra compte de l'apport de différentes disciplines et surtout de la philosophie de son époque : la phénoménologie.

Fondée au XX^{ème} siècle, par le philosophe autrichien Edmund Husserl et amenée en France, notamment, par Maurice Merleau-Ponty, la phénoménologie « apparaît comme une tentative pour dépasser les limites de l'approche scientifique traditionnelle, des processus vitaux et psychiques. Elle les intègre dans une approche globale fondée sur la primauté de la conscience, dans la constitution des phénomènes vécus. Elle décrit sa liaison au monde et aux autres. » (Ribau et al., 2005).

Dans La patience et l'inquiétude, Michel Geoffroy (2004) écrit un chapitre intitulé : le regard phénoménologique de Babinski. Ce dernier, n'étant pourtant pas phénoménologue mais médecin neurologue, arbore une vision plus moderne que ses contemporains sur la relation de soin. Contrairement à Charcot, il ne retient pas une patiente comme « l'hystérique du mardi » qui ne serait que syndrome, dénuée d'identité et d'altérité. Geoffroy nous dit « mais la jeune femme est en pâmoison, elle est quasiment inconsciente, et il doit la soutenir, si bien que c'est elle, « en chair et en os », et non une hystérie qu'il a sur les bras [...] Il est de toute façon obligé de considérer la malade comme sujet de sa fatigue et des crampes qui commencent à se manifester. Babinski est forcément phénoménologue et sa relation avec la malade, intersubjective, est de niveau éthique forcément supérieur à celle de ses condisciples » (p.50).

Husserl tente alors de définir le temps par le prisme de la relation entre soignant et soigné. Ainsi, « pour décrire la temporalité des rapports au monde [...] il faut, dit Husserl, revenir à la temporalité immanente des vécus et mettre hors-jeu le temps objectif [...] Il s'ensuit que chaque personne doit être appréhendée comme la même à travers ses changements : elle posséderait une sorte d'identité temporelle aussi pérenne que son identité spatiale qui serait indépendante du temps objectif » (Geoffroy, 2004, p.55).

En développant sa théorie phénoménologique, Husserl évoque ce qui fait perception « le caractère essentiel de la perception est d'être « conscience » de la présence en chair et en os de l'objet, c'est à dire en être le phénomène » (Husserl, 1989, pp.36-37). Il insiste alors sur la perception tridimensionnelle qu'il est nécessaire d'avoir afin de ne pas rester accroché à une représentation qui est, elle, bidimensionnelle ne nous permettant pas d'avoir accès à l'individu dans sa complexité et sa globalité.

Geoffroy désigne la notion d'époché de Husserl comme étant « une mise entre parenthèses du monde transcendant ; elle n'est pas seulement initiale, mais doit également être maintenue durant tout le temps de la recherche de la vérité. Elle consiste à n'admettre aucun être, ni aucune connaissance préalable comme déjà donnés » (2004, p.53). Emmanuel Housset (2000), phénoménologue moderne, définit alors qu' « être phénoménologue ne consiste pas à adhérer à une doctrine, mais à apprendre à voir en se laissant guider par le monde lui-même ».

En plus, d'un support phénoménologique important, la psychomotricité prend racine par le prisme de la pédopsychiatrie, de la neurologie, de la pédagogie et se trouve ainsi « articulée entre différentes disciplines biomédicales et toutes les disciplines des sciences humaines : le psychisme est étudié d'un côté, le cerveau d'un autre côté, l'organisme ailleurs, tout comme les gènes, la culture etc. » (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2022, pp.2-3).

La psychomotricité apparaît alors comme une discipline « pieuvre », insatiable qui à la fois traversée par de nombreux champs et en pleine évolution via la recherche, se nourrit et grandit. Elle est alors un métier en plein essor, en perpétuel mouvement entre présent et avenir. La contribution de l'ensemble de ces concepts et pratiques témoigne d'une temporalité psychomotrice qui allie action, perception et représentation. Comme le sujet âgé, elle est alors sujet d'une temporalité spécifique qui se retrouve dans le soin qu'elle propose et dans le thérapeute qu'elle forme.

b. Ce qui fait le soin psychomoteur

La thérapie psychomotrice pourrait s'apparenter à Notre-Dame de Paris dans cette description qu'en fait Victor Hugo (1831) « cette église centrale et génératrice est parmi les vieilles églises de Paris une sorte de chimère ; elle a la tête de l'une, les membres de celle-là, la croupe de l'autre ; quelque chose de toutes ». La psychomotricité s'est construite, comme l'emblème parisien, à travers différentes influences ce qui témoigne d'un intérêt global pour l'individu, ainsi « la conception unitaire du sujet fonde l'approche globale et holiste, individuelle et singulière de cette approche thérapeutique » (Dutems & Quang, 2021, p.13).

Après de nombreux écrits, les définitions de ce à quoi se rapporte la psychomotricité sont multiples. Selon Fabien Joly (2017), « la psychomotricité d'un individu c'est ainsi et au fond, la manière d'un sujet d'habiter son corps » (p.49), pour Catherine Potel (2019) « la psychomotricité est un métier à tisser, à tisser de la relation, de l'histoire, du temps et du symbolique » (p.13) enfin pour Long Pham Quang (2019) « la psychomotricité est un projet pour le patient, elle mise sur ses capacités d'émergence et de transformation ». Comme le soutiennent Vachez-Gatecel et Valentin-Lefranc (2022), « nous défendons l'idée d'une approche clinique de la psychomotricité [...] Rappelons que clinique vient du grec, et signifie au pied du lit du malade. Il s'agit d'une posture très particulière qui ne se veut pas ascendante par rapport au patient mais à côté, prenant donc le patient dans le contexte dans lequel il se présente » (p.2). Le soin psychomoteur apparaît alors comme « un acte unique, intuitif, intelligent, non reproductible, adapté au phénomène qui se présente au soignant (en l'occurrence le phénomène est représenté par le patient, le contexte, l'environnement » (*Ibid*, pp.2-3) qui s'appuie donc sur cette conception tridimensionnelle, « en chair et en os » dont nous parlait Husserl avec son approche phénoménologique de la rencontre entre le patient et le soignant.

Le soignant est ici un psychomotricien dont le rôle est de « tenir compte en priorité de l'individu sujet, avec ses propres richesses intérieures qui vont lui permettre de créer sa vie » (Potel, 2019, p.17). Il émane alors l'idée que « c'est parce que le patient reconnaît, retrouve et pour finir s'approprie ce qu'on lui propose que la thérapie a quelconque effet » (Delaroche, 2021, p.120), le patient se rend alors co-acteur de la prise en charge. Dans cette quête de subjectivation, le psychomotricien va apporter son étayage afin que le patient contacte ses ressources internes pour faire face à la situation. De ce fait, c'est ici que se situe la thérapie psychomotrice « dans cette possibilité de remettre en mouvement la pensée, l'âme, la respiration, le souffle...De vie » (Raoul-Gilardin, 2021, p.262). Le soin psychomoteur est alors un aller-retour s'illustrant par des mouvements centripètes, du corps au psychisme, et centrifuges, du psychisme au corps. Il convient alors de s'interroger sur les spécificités du psychomotricien participant à l'élaboration d'un soin global destiné au patient en face de lui.

Afin de comprendre ce qui fait spécificité dans l'approche psychomotrice, nous pourrions nous intéresser à ce qu'en a dit Michel Basquin (1992), pédopsychiatre et ancien directeur d'un Institut de Formation en Psychomotricité, « notre oreille de psychomotricien, ça consiste à essayer d'approcher cette dimension corporelle des troubles ou des déficits ou des déficiences ou des retards dans le développement de la personnalité, d'approcher donc cette partie corporelle avec l'idée que la motricité d'un sujet si elle se modifie, elle est de nature aussi à jouer sur son psychisme ou sur son activité intellectuelle et les psychomotriciens vont s'atteler à cette tâche, à la fois avec leurs techniques mais aussi et surtout avec leur corps qui doit se mettre, c'est une image, à l'écoute du corps du patient. Une écoute où il entend des choses, comprend parfois des choses, entendre et comprendre, tantôt sur un mode conscient, tantôt sur un mode inconscient ».

L'approche du psychomotricien est alors avant tout corporelle. Il cherche, tout au long du suivi, les indices d'une corporalité entravée, allant des nuances toniques aux mimiques en passant par les postures et la gestuelle, mais aussi riche d'une histoire individuelle et de potentialités. Selon Burgoni (2021) « il ramène une dimension supplémentaire dans le soin en envisageant comment l'expérience du corps impacte l'individu à un niveau émotionnel et psychique » (p.228). Là où Descartes prônait la valeur de la pensée au détriment d'un corps défini comme « contenant idiot », la psychomotricité va venir mettre en lumière ce que l'on peut nommer un « langage du corps », même si cette formulation pourrait laisser supposer une possibilité de traduction simultanée des signes du corps en mots, ce qui est une erreur. Le corps (et la compréhension du corps) possède son propre registre et le travail du psychomotricien va s'appuyer sur sa propre expressivité corporelle et sa sensorialité, pour être au plus près de ce que dit l'autre avec son corps. « Cette ouverture au langage du corps va impliquer une compréhension des mouvements d'un corps en relation à l'autre, ces mouvements s'incluant dans l'espace et le temps, ces deux référentiels essentiels à l'existence du monde » (Potel, 2019, p.66).

Suivant son approche holistique du sujet, le psychomotricien pourrait alors apparaître comme un archéologue du corps, il ira « chercher les inscriptions en arrière-plan ; issus de la mémoire corporelle du sujet. En effet, il n'y a pas mémoire plus vivace et plus trouble que la mémoire du corps » (Fradet, 2021, p.149). L'approche psychomotrice permet donc de faire un voyage dans le temps, essentiel afin que le projet de soin puisse s'inscrire dans l'histoire du patient « le présent n'existe que parce qu'il y a une histoire qui permet à la personne de se dire présente au monde. Le passé n'est pas oublié, mais fondation pour l'aujourd'hui. Selon la manière dont on a vécu des périodes de vie faciles ou difficiles, le présent sera plus ou moins évident à vivre » (De Broca, 2016, p.20).

Pour reprendre la citation de Basquin, nous pouvons à présent nous attarder sur le terme de « techniques ». En effet, dans son bagage, le psychomotricien possède également ce qu'il nomme comme des médiations. Elles peuvent recouvrir une multitude de formes, peinture, danse ou encore jeu théâtral, mais ont toutes en commun d'être « un processus nourri par le savoir corporel du psychomotricien acquis tout au long de sa formation initiale (relaxation, expression corporelle, activités artistiques etc.), de sa formation professionnelle continue et de ses pratiques individuelles » (Fradet, 2021, p.152). Pour illustrer ce qu'est la médiation, Fradet propose d'utiliser la notion d'espace transitionnel établie par Donald Winnicott. Ainsi, « une relation de qualité est un accordage qui implique le patient comme le psychomotricien. De cet accordage naît un espace transitionnel [...], c'est-à-dire un espace tiers entre deux subjectivités. C'est au sein de cette zone exploratoire de création commune, fiable et sécurisée, que s'expérimentent les médiations. [...] Selon lui, la créativité est en effet une manifestation de la vie, une liberté d'être soi-même, facilitant pour l'individu sa restauration narcissique » (Winnicott, 1951).

Ainsi, la fonction thérapeutique de la médiation s'appuierait sur une appropriation de l'aspect créatif, sur sa mise en sens et permettrait une meilleure assimilation des éprouvés par le psychisme. Marc Rodriguez (2022) propose alors quatre fonctions de ce processus thérapeutique de la médiation : un dispositif séducteur, provoquant, transformateur et symbolisant. Cet objet séducteur permet de jouer le rôle de tiers qui suscitera l'attention conjointe du psychomotricien et du patient. Le dispositif médiateur est donc garant de la relation soignant-soigné, car c'est lui qui provoquera l'interaction, instaurant une triangulation psychomotricien-médiateur-patient. L'aspect provoquant de l'objet médiateur aurait pour but de mettre le patient dans certaines dispositions afin que des manifestations de sa subjectivation et de ses expériences sensori-motrices, émotionnelles et affectives soient perceptibles. La subjectivation du patient serait, elle, rendue possible par une capacité de transformation de la part du psychomotricien, il doit alors « transformer les éprouvés bruts en expériences partageables et symbolisables allant du registre du sensoriel, corporel, émotionnel au registre figurable » (Rodriguez, 2022, p.30).

Enfin, cet objet médiateur amène à la symbolisation, qu'il rend possible via la matérialité du processus représentatif, c'est-à-dire par l'intermédiaire des éprouvés corporels qui ancrent la représentation dans un processus concret.

Ces quatre caractéristiques du processus thérapeutique de la médiation nous amènent à considérer la question de sa temporalité. Tout d'abord, l'idée de processus suggère la notion de mouvement qui se fait entre la psyché et le soma et inversement au cours de la médiation, ce qui confère à la médiation sa temporalité. De plus, la mise en place de cette dernière nécessite un début et une fin qui renforce son caractère temporel. Le choix de la médiation s'inscrit comme un véritable enjeu, il suppose une absence de neutralité en se devant de faire résonance avec le psychomotricien et le patient. Enfin, ce dispositif se doit d'être soutenu par le corps et l'espace-temps qui suggèrent l'aspect matériel et donc une pré-symbolisation à la médiation.

Ainsi, en choisissant une médiation, le psychomotricien se doit de penser son utilisation dans une dynamique temporelle avec un début, un déroulement et une fin en fonction de sa maîtrise psychocorporelle du médiateur utilisé et des effets recherchés en fonction de son patient.

Toutefois, les auteurs semblent s'accorder sur l'aspect secondaire porté à la médiation et ses limites. En effet, la médiation ne doit pas être systématique et uniformisée pour chaque patient « celle-ci n'a pas vocation à être magique, mais procède bien d'un cheminement qui ouvre un espace de travail fait de matière à symboliser ; une co-production qui implique tout autant l'être psychomotricien que l'être psychomoteur. » (Fradet, 2021, pp.152-153).

Il en va de même pour les connaissances et les supports théoriques du psychomotricien. Selon Quang (2021), bien que nécessaire à l'approche psychomotrice, « la nécessité des connaissances et des techniques s'avèrent néanmoins insuffisantes si elles empêchent d'accompagner, d'être avec l'autre. Instrumentalisées, elles servent alors à anticiper, maîtriser la rencontre avec la personne se retrouvant privée de parole puisque l'on sait à sa place » (p.282). Il s'agirait alors que l'attitude soignante soit davantage du côté de l'être que du faire, ce que Serge Lebovici (1995) appelle « l'énaction ces actes thérapeutiques surgissant du corps du soignant à partir de la résonance empathique qu'il éprouve au contact de son patient ».

L'approche théorico-pratique de la psychomotricité nous permet de comprendre qu'elle s'inscrit dans des enjeux globaux où la conception holistique du patient se doit d'être pensée en interaction avec le milieu, qu'il soit matériel ou humain.

Ainsi, ce qui fait soin psychomoteur semble résider dans la capacité d'explorateur du psychomotricien, que Catherine Potel (2019) résume à travers ces quelques lignes « il nous faut naviguer entre l'idée d'un corps performant, compétitif et porte drapeau d'un équilibre rayonnant à forger (forcer ?) en permanence, et l'idée d'une sensibilité du corps dont les modes d'expression symbolique se font témoins de la complexité d'un fonctionnement psychique. Il nous faut naviguer aussi entre l'impératif actuel d'objectivité scientifique – objectivation des symptômes et des troubles, description d'une démarche thérapeutique programmée, tests d'évaluation étalonnés – et la subjectivité clinique – écoute du langage secret du symptôme, compréhension psychodynamique de la personnalité du patient, investissement de la créativité corporelle singulière de chacun » (p.68).

2. Construction du temps par le prisme psychomoteur

Tout au long de notre existence, le temps apparaît comme une donnée inhérente à chacune de nos actions et de nos pensées. Se manifestant par l'intermédiaire de notre temporalité individuelle en interaction, à la fois avec celle d'autrui et du temps physique, elle accompagne donc chacun d'entre nous, de la naissance à la mort. Nous tenterons ici, de retracer la mise en place de cette temporalité et du rôle qu'elle occupe dans la construction de l'individu.

a. La naissance d'une temporalité et d'un individu

« Le temps, le rythme, les alternances subtiles entre le rapide et le lent, le temps qui organise la vie et les relations humaines, temps perçu, temps intermédiaire, temps vide, temps plein, temps pris, investi, occupé, rythme ressenti de l'intérieur, rythme construit à deux, musicalité de la parole, temps si intimement lié aux mouvements vitaux, organiques, conscients et inconscients » (Potel, 2019, p.124).

La temporalité se vit dans la relation et est avant tout corporelle. Elle apparaît donc, in-utéro, grâce à la mise en place des organes sensoriels, le fœtus est alors capable de ressentir des sensations qui sont toutes liées au mouvement. Elle se construit dans une relation particulière, indissociable de l'espace, d'abord dans un espace utérin puis dans l'espace de la relation. L'acquisition des notions de temps et d'espace s'inscrit alors dans l'intimité de chaque individu, « c'est pourquoi il est impossible d'accompagner une personne malade sans que le chef d'orchestre de ce qui se vit soit la personne elle-même » (De Broca, 2016, p.21).

Le « langage sensoriel » dont parle Catherine Potel (2019), qui passe par les modulations de la voix, des rythmes, leur tonicité et ce au cours des différents temps de la journée « va s'imprimer dans les recoins les plus profonds de la personnalité humaine, et va tisser la toile de fond de la temporalité inscrite dans les replis de la mémoire du corps » (p.132).

À la naissance, l'univers spatio-temporel du nourrisson dépendra de la réponse à ses besoins primaires. En effet, « ce qui se vivait dans le ventre de la mère, naturellement, physiologiquement et dans l'immédiateté, se trouve limité maintenant par le temps de latence entre l'expression de la demande (pleurs) et sa compréhension par un autre » (Potel, 2019, p.126). Ainsi, c'est par le cheminement de la continuité vers la discontinuité, celui d'une rupture avec le temps intemporel de l'espace utérin, illustré par l'alternance quiétude/manque que l'humain parvient à se faire une proto-représentation du temps. Une triangulation entre besoin, attente et satisfaction se met alors en place.

L'enfant va se mettre à expérimenter, à prendre le temps d'attraper ce qui l'entoure ou à se hisser sur ses jambes encore et encore. Au fil du temps il va construire et éprouver sa temporalité, elle-même témoin de la construction de l'individu, dans l'intégration et l'organisation d'un corps « selon des schèmes moteurs prédisposés, dans une temporalité qui lui est propre et est influencée par l'extérieur » (*Ibid*, p.130).

De plus, Potel (2019) insiste sur le dialogue tonico-émotionnel comme une dimension essentielle de la temporalité. Pour Ajuriaguerra (1977), le dialogue tonico-émotionnel, repris du « dialogue tonique » de Wallon, correspond au « reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge ». Ainsi, selon Potel « la relation humaine est faite de moments pleins et de moments creux, de moments d'excitation et de moments de détente. [...] L'une des principales qualités de la mère est de savoir doser la quantité suffisante d'excitation dont l'enfant a besoin, sans en dépasser les limites. [...] Cette fonction de pare-excitation maternelle est essentielle dans l'établissement d'un rythme interne du bébé. » (p.129). Par l'accordage rythmique qui se crée dans la relation, paroles de la mère, prosodie de la voix, comptines, lallations du bébé etc., un accordage tonico-émotionnel émergera et soutiendra l'identité de l'individu.

L'arrivée du langage va ensuite permettre à l'enfant de parler ce temps, de répéter, de construire des phrases avec un ordre pour chaque mot « la hiérarchisation des idées, la mise en place d'une stratégie pour dire les mots les uns derrière les autres sont un apprentissage de ce que le temps veut dire » (De Broca, 2016, p.25). Ainsi, la structuration temporelle se fera selon trois composantes ; l'ordre, la succession et la gestion, conjuguées à notre perception et à l'ajustement de notre action.

Ces dimensions du temps se retrouveront dans la motricité de l'enfant qui apprendra à faire ses lacets, écrire ou encore bricoler, « le temps se construit avec l'accès à la hiérarchisation des idées, des gestes pour en faire un acte complexe (praxie fine) » (*Ibid.*). La notion de temps semble suivre et soutenir les acquisitions psychomotrices de l'enfant tout en étant alimentée par les expériences qu'il en fait. Se crée alors un individu de plus en plus unifié, passant par la découverte d'un corps et ses potentialités et des représentations évolutives qu'il en a.

Les notions de schéma corporel et d'image du corps sont alors au premier plan d'une temporalité subjectivée. En effet, pour le premier, défini par Ajuriaguerra (1980) comme « Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, il réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, et qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. » et le second comme « L'idée intime que nous nous formons de notre corps, c'est-à-dire la représentation mentale de nos ressentis corporels, représentation changeante et influencée sans cesse par notre silhouette visible dans le miroir [...] inclut la perception qu'une personne a de son corps, la perception qu'elle croit que les autres en ont, ce qu'elle ressent lorsqu'elle pense à son corps et comment elle se sent dans son corps » (Nasio, 2007, p.81). La construction de ces deux notions se fera donc par l'intermédiaire d'interactions entre le corps, le milieu humain et l'environnement et ce tout au long de la vie. Cette construction est ainsi inscrite dans un mouvement, dans une répétition, une succession qui sous-tend un cadre temporel et donc une temporalité propre à l'individu qui lui permettra d'être sujet.

En parallèle de la construction motrice, une construction cognitive s'opère. Alimentée par les éprouvés du corps dès la grossesse, elle s'enrichit par la répétition des expériences et les temps d'attente « une attente non vide, une attente créée par lui comme un moment de jeu ; les premiers jeux de l'enfant » (Potel, 2019, p.129). Ainsi, la mémoire dans toutes ses dimensions (mémoire de travail, mémoire épisodique, mémoire sémantique et mémoire procédurale s'appuyant sur la mémoire corporelle) participe activement à la construction de l'individu en permettant à ce dernier de s'appuyer sur ce qui a déjà été vécu.

De la temporalité partagée du fœtus, à la temporalité plus différenciée de l'enfant, le temps intervient comme décor garant de la construction de l'individu. « Ainsi, les grandes fonctions psychomotrices témoignent de l'organisation rythmique particulière du corps, dans sa globalité comme dans sa fonctionnalité » (*Ibid*, p.130).

b. La déconstruction psychomotrice chez le sujet âgé

Le corps du sujet âgé, bien souvent déprécié dans notre société actuelle, apparaît comme témoin d'une vie, d'histoires, « cette vision du corps âgé, avec toutes ses transformations, déroge à l'image idéale de performance et de beauté. En ce sens, cette image peut faire peur, car elle symbolise un danger : le handicap et la mort » (Feillet et al., 2012). Il est marqué par les épreuves, les accomplissements, la maladie et les douleurs : il est marqué par le temps qui passe.

Comme nous l'avons abordé dans la temporalité du sujet âgé, c'est le corps qui présente les premières marques de vieillissement. Il est expressif, continue à nous parler et nous raconte la personne qu'il enveloppe. En nous tenant face à lui, à nous psychomotriciens de déceler l'identité temporelle qui s'en dégage.

Aubert et Albaret (2001) nous rappellent que « les déficits sensoriels et neuro-sensoriels de la personne âgée sont souvent multiples et s'intriquent, réalisant une déafférentation multimodale » (p.11) et poursuivent en expliquant que « les diminutions de la perception sont en rapport, d'une part, avec la détérioration de l'organe sensoriel et ses constituants et, d'autre part, en lien avec la dégradation de la propagation de l'information et de la connexion aux voies centrales » (p.15). Cette détérioration physiologique touche alors l'ensemble des sens : vision, audition, toucher, proprioception, système vestibulaire et l'olfaction. Ainsi, d'une part, elle privera la personne âgée d'afférences et de sensations essentielles à la compréhension et l'appréhension de l'environnement.

Le vieillissement des muscles et des organes limitera les possibilités motrices et psychomotrices de l'individu en réduisant sa force et son endurance, objectivables par une réduction d'amplitude de mouvements et un ralentissement psychomoteur. Ce dernier étant expliqué « en terme de changement neuro-anatomique et neurophysiologique lié à l'âge, entraînant des modifications sur le plan cognitif. Une diminution de la vitesse de contraction musculaire ou un ralentissement de la transmission synaptique ont ainsi été mis en avant. » (*Ibid*, p.19). Ces derniers ajoutent également que « d'une manière générale les sujets âgés se caractérisent principalement par des mouvements lents et une plus grande variabilité des performances. Les temps de réaction (TR) et de mouvement (TM) sont allongés et plus variables » (p.19).

La sensorialité et la motricité étant altérées, un besoin de recrutement attentionnel est observé afin que la sélection du programme moteur soit le moins coûteux possible, la précision est alors privilégiée au détriment de la rapidité, ainsi nous pouvons être témoins « d'une diminution des performances liée à la stabilité corporelle lorsque l'attention est sollicité par plusieurs tâches cognitives » (*Ibid*, p.31). L'importante affluence des informations issues du milieu humain et de l'environnement qui parviennent au sujet âgé conjuguée à la diminution de ses capacités de traitement pourrait expliquer le nombre important de chutes lors de la marche chez le sujet âgé.

La déconstruction se veut également cognitive. La personne âgée est davantage rendue sujette à des pertes de ses capacités cognitives, pouvant débiter par des atteintes légères et pouvant évoluer vers des démences. En effet, aujourd'hui quatre facteurs désignent une corrélation entre l'avancée en âge et la cognition : « une réduction de la vitesse de traitement de l'information, des difficultés à inhiber une information non pertinente, une diminution des ressources de la mémoire de travail, et un déclin des traitements sensorimoteurs de l'information » (Park, 2000).

Le remaniement psychomoteur de la personne âgée entraîne une réorganisation de la perception de soi par l'intermédiaire de privation d'informations sensorielles et de réduction des productions motrices. En effet, comme nous l'avons vu, le schéma corporel et l'image du corps se construisent à travers nos expériences et se réactualisent afin de nous permettre de nous représenter de manière topologique, grâce au schéma corporel, et de manière spéculaire, grâce à l'image du corps. La vision du soi d'avant est alors inévitable « la comparaison se fait avec soi-même, avec ce que l'on était avant, avec ce que l'on faisait avant. Là encore, il y a beaucoup de souffrances, souvent intimes, beaucoup de petites pertes et de petits deuils qui atteignent les femmes et les hommes âgés. (Sebag-Lanoë, 2008, p.28). La réalisation de l'état actuel s'illustre par « une sorte de décalage interne à la personne, celui qui existe entre ce que l'individu veut faire et ce qu'il peut faire, entre l'esprit et le corps, entre le désir et son accomplissement, devenu difficile, voire impossible... » (*Ibid.*).

Toutefois, pour Feillet et al. (2012) la vulnérabilité du sujet âgé n'est pas uniquement corrélée à la « fragilité du corps biologique » mais également à des vulnérabilités sociales et environnementales. Ainsi, la déconstruction psychomotrice, bien que objective, n'est pas ici synonyme de destruction mais de réadaptation. En effet, « au cours du vieillissement, la prise de conscience des transformations du corps modifie le poids de chaque dimension et nécessite que se reconstruise un autre équilibre identitaire ». Par dimension, Feillet et al. (2012) en introduisent trois : le corps pour soi (manière dont l'individu se perçoit), le corps biologique et le corps pour autrui.

L'ensemble des processus participant à cette déconstruction psychomotrice traduisent d'un remaniement temporel important. L'information circule plus lentement et les gestes l'expriment. De plus, la répartition du temps devient inégale. En effet, le passé occupe une place privilégiée, il est celui qui les a construits, celui dont ils aimeraient bien parler, « le passé, c'est toute leur mémoire, et celle des faits anciens est souvent mieux conservée que celle des faits récents dans le grand âge », il est « un refuge, surtout si le présent est difficile et le futur incertain » (Sebag-Lanoë, 2008, p.29). Le futur, lui, est généralement court dans l'esprit des personnes âgées et associé à la mort, à leur mort puisque généralement ces personnes âgées ont connu et vécu les disparitions de leurs proches et contemporains.

Enfin, le présent est « ralenti et inactif ». Toutefois malgré la lenteur des gestes et des déplacements, Sebag-Lanoë (2008) nous dit que « les personnes très âgées habitaient davantage l'instant » et relève que « le contact avec ces vieillards plus lents et moins actifs peut donner l'occasion aux plus jeunes, habitués à faire, faire tout vite, très vite, trop vite, de se questionner de façon critique et peut-être salutaire... » (p.30).

3. La temporalité du psychomotricien

La déconstruction psychomotrice vécue par le sujet âgé témoigne alors d'une temporalité ralentie. Le corps et l'esprit sèment des indices, des gestes, des mots, des regards, des histoires, tous deux parlent pour le sujet lui-même et renseignent sur ses besoins. Un aspect fondamental pour le psychomotricien est la présence de ce corps dans l'instant présent, ce corps et cet individu qu'il tentera d'appivoiser et de décoder. Le corps, lui, reste présent, bien que porteur des marques du passé et teinté des appréhensions de l'avenir, il apparaît, pour le psychomotricien, comme la porte d'entrée vers la subjectivité.

a. La construction d'une temporalité psychomotrice

Catherine Potel (2019) décrit dans son introduction d'Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir, ce qui fait la formation initiale du psychomotricien et qui passe par « une transmission de savoir, une transmission de savoir-faire, de savoir-être et de savoir penser. Penser non comme les autres mais penser à partir de soi, à partir de son expérience et de ses propres qualités d'analyse et de synthèse » (p.16).

Au cours des trois années de sa formation, le psychomotricien va apprendre, mémoriser et surtout expérimenter corporellement « il s'agit d'expérimenter sur soi-même ce qu'il en est de sa structure corporelle, de sa fonction tonique, de sa posture, de l'organisation du geste, de son corps engagé dans l'action que l'on nomme conduites motrices de base [...], de sa latéralité, de sa relation à l'espace et au temps, de son schéma corporel et de son image du corps. Il s'agit aussi de découvrir et expérimenter ses fonctions sensorielles. [...] cette conscience du corps va s'éprouver avec l'autre, par l'autre et pour l'autre. » (Giromini, 2022, p.21). Il développe ainsi sa corporéité qui forme l'ensemble des corps : réel, biologique, anatomique, physiologique, imaginaire et émotionnel, symbolique et relationnel.

La connaissance de sa propre corporéité apparaît donc comme le premier élément médiateur de la thérapie psychomotrice. Connaître son corps, ses forces et ses faiblesses, et surtout ses capacités dans la rencontre à l'autre, c'est « bien traiter le corps pour bien traiter autrui. C'est aussi éprouver les limites de la rencontre avec autrui, c'est percevoir et respecter l'espace et la temporalité d'autrui par rapport à soi-même, c'est construire une éthique corporelle relationnelle » (*Ibid.*).

La formation initiale permet au psychomotricien de se rencontrer lui-même avant d'aller à la rencontre de l'autre. Elle permet à ce soignant du corps et de l'esprit d'expérimenter une juste distanciation nécessaire entre nos propres sensations et ce que nous pouvons en faire dans la relation thérapeutique. Toutefois, la formation du psychomotricien ne s'arrête pas à ces trois années d'études et s'enrichit des pratiques personnelles et des formations suivies au cours de son exercice. Ainsi, « le thérapeute va développer une conscience du corps et une expressivité corporelle de plus en plus vaste et de plus en plus variée, il va également développer sa capacité à observer finement les attitudes corporelles, à moduler et à s'adapter à toutes les situations rencontrées. Sa fonction créatrice va se construire, se développer et s'enrichir. » (*Ibid.*).

Comme nous l'avons abordé dans la partie concernant ce qui fait le soin psychomoteur, le psychomotricien, en plus de son corps, possède des outils. Les médiations proposées, qui peuvent désigner « un objet concret, un objet culturel ou encore une technique corporelle » (Rodriguez, 2022, p.28) amènent, en plus d'une conscience corporelle, émotionnelle et relationnelle, une symbolisation des vécus du patient. En effet, pour lui grâce à un étayage représentatif venant du psychomotricien, le patient sera en mesure de saisir des effets de la médiation « c'est autour de ce travail de figuration, d'appropriation créative, de mise en sens que s'appuierait le processus thérapeutique de la médiation en psychomotricité » (p.28).

Enfin les savoirs du psychomotricien permettent de venir compléter la triade psychomotrice : corps, outils (créativité) et connaissances (psychisme). En effet, tout au long de ses trois années de formations et ensuite au cours de son activité, le psychomotricien engrangera des savoirs issus d'une multitude de champs d'études, allant de la maîtrise de la physiologie à celle de la psychologie en passant par la neuro-anatomie. Avec ses connaissances, le psychomotricien s'inscrit dans la maîtrise de différents concepts qui seront répertoriés sous forme d'items psychomoteurs tels que le tonus, la motricité (globale et fine), la structuration spatio-temporelle et les représentations corporelles (schéma corporel et image du corps).

« Alors que nous prenions à bras le corps cette interdépendance entre corps et psyché, que nos pratiques ne se basent pas uniquement sur le verbal mais se fondent sur l'action, le mouvement, l'espace, la sensorialité, la rythmicité et la relation, cela nous différencie donc sans ambiguïté des champs psychothérapeutiques qui partent, eux, d'un tout autre point de vue : les mots » (Potel, 2019, pp.73-74). Le psychomotricien se situe donc dans une temporalité de l'agir, une temporalité du corps et de l'esprit et leurs manifestations.

b. L'art psychomoteur

Lorsque le soignant rencontre le patient, il y a une rencontre entre le temps et le soin, entre deux temporalités bien souvent distinctes. Dans ce premier contact et tout au long du suivi le psychomotricien va user de qualités lui permettant de décrypter les manifestations psychiques et corporelles qui témoignent d'une identité, incluant une temporalité propre.

Dans l'Esprit du soin psychomoteur : de l'usage de la présence et des identités (2021), Tracol établit une liste de quatre qualités du psychomotricien. Tout d'abord, nous retrouvons la qualité d'introspection et d'analyse de ses ressentis. En effet, « le travail du psychomotricien porte à la fois sur soi-même, sur son rapport à la situation, au patient, ainsi qu'aux outils. En effet, si je souhaite rester authentique dans la relation je dois commencer par être totalement honnête avec moi-même. Quelles émotions émergent de moi lorsque je suis au contact de cette personne. [...] Accueillir l'émotion telle qu'elle se présente lorsque je vis cette situation, sans jugement. Puis réfléchir à ce qui produit cette émotion. Et revenir au patient, pour comprendre quelles sont les attentes. Enfin, chercher l'outil qui sera le plus utile lors de la prochaine séance. » (Tracol, 2021, pp.37-38). Ce travail sur soi semble alors découler de ce qui est vécu lors de la formation du psychomotricien, une rencontre avec lui-même.

La mise à distance des savoirs théoriques s'illustre comme la deuxième qualité du psychomotricien, « mettre de côté nos connaissances et nos expertises pour rencontrer notre patient de personne à personne avec humilité et authenticité » (*Ibid*, p.36). Un passage du savoir-faire au savoir être est alors essentiel afin « de se laisser toucher, ressentir le moment en présence. [...] S'impliquer pleinement. Dans cet apprivoisement mutuel, l'ajustement physique, psychique et émotionnel est permanent. [...] Il s'agit de garder tous nos sens en éveil afin d'être pleinement présent et de répondre de façon consciente. [...] Le psychomotricien écoute deux canaux simultanément le sien et celui de la personne qu'il découvre. » (p.36). Une qualité d'intuition est alors à l'œuvre afin d'entrer « en résonance corporellement et psychiquement avec celui ou celle qu'il accompagne : ni trop devant, ni trop derrière, mais à ses côtés, parfois dans ses pas » (Quang, p.289).

L'adaptation psychomotrice, troisième qualité du psychomotricien, s'illustre par une volonté de faire jaillir le potentiel de la personne, « s'adapter, c'est modifier un comportement afin de le rendre plus opérant » (Tracol, 2021, p.38). Le psychomotricien offre alors un espace-temps, un cadre susceptible de recevoir les expérimentations psychocorporelles des patients mais aussi leurs verbalisations, quand il y en a, que le psychomotricien se chargera d'étayer. Le cadre spatio-temporel adapté (rythmicité des séances, rituels de début de fin etc.) est prêt pour accueillir les temporalités des deux acteurs. Dans ce travail vers une réappropriation du soi, le psychomotricien apparaît comme figure d'attachement « la salle de psychomotricité était une antichambre où l'on peut se permettre de tester, de jouer, éprouver, un espace potentiel où l'on s'autorise à vivre sous le regard bienveillant de cette mère suffisamment bonne, que figure le psychomotricien » (Jacquemin, p.66). Ici le terme de « mère suffisamment bonne » emprunté à Winnicott, sous-tend un être ni trop présent ni trop absent qui « permet progressivement de quitter l'état de fusion » vers une différenciation.

Enfin, la vision holistique dont fait preuve le psychomotricien est considérée comme sa quatrième qualité. Une vision qui lui permet de partir d'une intention et non d'attentes, ce qui permettra à la rencontre d'advenir. C'est tenir compte de la place du sujet du patient, de son histoire et de ce qu'elle dit de lui, puisque « le degré d'exigence d'un malade est en grande partie lié à la façon dont il a pu apprendre à se créer son intériorité et à accepter les frustrations, les manques durant son enfance » (De Broca, 2016, p.29).

En introduction de l'Esprit du soin psychomoteur: de l'usage de la présence et des identités, de Dutems et Quang (2021), la notion de présence apparaît comme mot d'ordre de la pratique psychomotrice. Être présent c'est « se rendre présent au patient, c'est savoir se séparer de ce qui s'est passé avant, et pouvoir limiter ses projections dans l'avenir : être présent à soi c'est se séparer de soi pour ne pas encombrer le patient, pouvoir se séparer, un moment, de ses faire, dire, pensées, affects antérieurs, c'est ne pas faire jouer au patient sa propre histoire. » (p.15). Ils déclinent ainsi, sur la base des travaux de James F.T, la notion de présence « être présent est un discours que l'on adresse à soi-même [...] être présent est un vécu, la sensation et le sentiment de vivre le moment présent [...] être présent est une communication intentionnelle adressée à autrui [...] être présent désigne aussi une interaction où les deux individus ont pour intention d'obtenir des effets de présence mutuels » (p.16).

Discussion

En ayant dans un premier temps exposé les cas de M.F, M.B et M.R, des questionnements et hypothèses ont fait surface, me permettant de considérer la question de la temporalité par le prisme de l'accompagnement psychomoteur auprès de la personne âgée. Ainsi, après avoir formulé ces interrogations et les notions théoriques se rapportant au sujet de la temporalité, nous nous apprêtons à présent à discuter sur la problématique de cet écrit :

Dans quelle mesure le psychomotricien, en institution de rééducation, adapte sa temporalité, en tenant compte de celle du sujet âgé, afin que celui-ci se rende acteur de sa prise en charge ?

Pour ce faire, les histoires des trois patients suivis au cours de ces pages, nous permettront d'argumenter dans un premier temps sur la notion de rencontre entre la temporalité du sujet âgé et la temporalité psychomotrice ce qui nous donnera l'occasion de mettre en avant ce qui se joue lors de cette rencontre et tout au long du parcours de soin. En parallèle, nous aborderons les clés que le psychomotricien mobilise dans cette compréhension de la temporalité et dans cette quête de subjectivation. Enfin, nous nous intéresserons à l'apport des médiations corporelles, dans le cadre de prises en charge auprès du sujet âgé.

1. Contexte d'élaboration des observations cliniques et ses limites

Malgré une durée d'hospitalisation moyenne de 3 mois, le temps de présence de chaque patient est dépendant d'une infinité de facteurs avec lesquels composer. Plus particulièrement en psychomotricité, qui n'est pas systématique dans le parcours du patient au sein du service, les projets de suivi peuvent débuter dès l'arrivée à l'hôpital ou en cours de séjour et les fréquences de séances étant modulables, il n'y a donc pas de durée de prise en charge type.

Ainsi, nous l'avons vu, les départs peuvent être impromptus ou les arrêts de prise en charge décidés en raison d'une dégradation trop importante du patient. Mes observations cliniques et mes réflexions auront donc été tributaires, comme l'ensemble des acteurs dans cet écrit, de contraintes temporelles.

De plus, les patients et les histoires choisies auront fait l'objet d'un suivi relativement tôt dans cette année de stage, là où mes réflexions sur le sujet de la temporalité n'étaient pas aussi avancées qu'elles peuvent l'être aujourd'hui. En effet, ma perception de la temporalité aura évolué, tout au long de ce travail, comme ces personnes âgées j'aurais moi-même cheminé dans le temps, influençant également ma propre temporalité dans la relation thérapeutique. Cette dernière que je n'avais pas encore appréhendée dans sa globalité au moment de mes observations cliniques.

2. La rencontre de deux temporalités

Nous l'avons vu, au cours de chacune de mes premières rencontres avec les patients, sujets de ce mémoire, la question de la juste posture et donc de la juste temporalité a émergé :

Comment le psychomotricien rencontre-t-il le patient ?

a. La première rencontre : une temporalité psychomotrice d'opportunité

Chacun des cas évoqués m'a questionnée, à sa manière, sur ce qu'il se jouait lors de la première rencontre. M.F et M.R m'interrogent sur notre façon, en tant que psychomotricien, d'entrer dans la relation et notamment avec quels outils. Mme.B m'a quant à elle questionnée sur les attentes que nous pouvions avoir et nos ressentis face au patient. De plus, ils ont tous les trois suscité des réflexions sur la qualité d'observation du psychomotricien, lui permettant de percevoir les manifestations de la temporalité chez chacun d'entre eux.

La brève introduction faite concernant la naissance de la psychomotricité nous a permis de comprendre que l'essence même de cette approche était l'interaction. En effet, nous pourrions parler d'interaction de nos systèmes, entre la psyché et le soma, mais également des interactions entre les disciplines ayant servies de support à la conception psychomotrice. Ainsi, sur la base de la citation de Potel (2019) « la psychomotricité tout au long de son histoire mêle la clinique et la théorie, le terrain et le laboratoire, la théorie et la pratique... » , nous pourrions ajouter que c'est de l'interaction que naît la psychomotricité avec chaque patient. L'interaction suscite alors l'action de deux sujets et non pas d'un sujet soignant sur un « objet » patient. L'échange entre deux sujets sous-tend la rencontre de deux temporalités, propre à chacun puisque elle est subjective, et donc de deux identités.

Sur le terrain gériatrique, la temporalité du sujet âgé est prise dans une dyschronie où elle est tempus et où les autres deviennent chronos. Nous avons amené cette distorsion temporelle avec le sentiment intérieur de la durée de Bergson qui confronte le temps objectif au temps subjectif. De plus, avec une population où le passé, le présent et le futur n'ont plus la même signification, la temporalité et le sentiment d'être sujet se voient remaniés. Pour le psychomotricien, il s'agirait alors d'être capable de se mettre en retrait afin de faire émerger la temporalité du patient, entrer dans son référentiel et prendre le temps de la rencontre pour qu'elle ait réellement lieu. À nous finalement, de devenir « patient », de lui laisser le temps d'assimiler notre présence et d'agir en conséquence.

Cette mise en retrait du psychomotricien serait à relier à la mise de côté de son bagage théorique (techniques, savoirs, médiations) dont nous avons parlé et dont les auteurs de L'esprit du soin psychomoteur : de l'usage de la présence et de l'identité (2021), présentaient quelques limites.

Avec le cas de M.F et M.R, j'ai supposé qu'une rencontre où le psychomotricien possédait déjà une idée assez précise du patient pourrait empêcher la rencontre d'advenir. Rencontrer un patient, dont on s'est déjà créé une représentation par l'intermédiaire de son dossier ou via les commentaires de nos collègues pourrait amener à une rencontre inégale. En effet, cette démarche placerait le soignant en sujet sachant ce qui ne lui permettrait pas la rencontre, car ses savoirs et croyances anticiperaient cette rencontre, la maîtriseraient, l'instrumentaliseraient. Cette inégalité nous empêcherait donc de se laisser saisir par l'instant. Cette démarche nous amène à avoir des idées, parfois erronées, de notre patient, de sa maladie et de ses conséquences. Il s'agirait alors de se séparer de la sécurité que nous procure l'ensemble de ces savoirs pour aller à la rencontre.

Nous pouvons alors revenir au concept d'épochè de Husserl qui désignait justement le fait de proscrire la représentation du patient qui est seulement bidimensionnelle, ne nous permettant pas d'avoir accès à une image globale, tridimensionnelle. Bien que n'étant pas propre à l'approche psychomotrice, cette vision globale du patient, sur laquelle nous reviendrons, nous permet de comprendre une nouvelle fois la manière dont les influences des autres disciplines ont façonné la vision psychomotrice.

Dans le cas de M.F, où j'avais méticuleusement consulté le dossier, il est probable que j'ai, inconsciemment, choisi de privilégier ma sécurité au détriment de la rencontre. Toutefois, il est intéressant de relever qu'au cours de notre « deuxième première rencontre » mon approche avec lui fut différente. En effet, pour cette seconde fois, je me sentais plus armée. Paradoxalement, être plus armée ne signifie pas, dans mon cas, arriver avec plus d'éléments, mais au contraire arriver avec le moins d'idées préconçues. Toutefois, la première rencontre avec M.F, qui m'a désarçonnée, pourrait apparaître comme une réelle approche clinique puisque comme définie dans le Grand Livre des Pratiques Psychomotrices de Vachez-Gatecel et Vaentin-Lefranc (2021), l'approche clinique se fait au pied du lit du malade et permet d'être à côté de ce dernier, permettant alors un échange d'égal à égal.

Pour M.R, je n'avais que peu de connaissance de son dossier mais j'ai soupçonné que les termes de « Parkinson » et de « bipolarité » avaient à eux deux créé des représentations ayant par la suite influencé ma manière d'agir avec lui. Je pense que ces deux mots m'ont laissé me faire envahir par la temporalité de M.R et ce notamment lors de l'examen du tonus que nous aborderons par la suite.

Toutefois, je ne pense pas qu'il s'agisse d'une mise de côté radicale des savoirs et croyances que nous avons de notre patient. D'une part, puisqu'il paraît impossible de ne pas se faire de représentation lorsqu'un patient est abordé en synthèse où qu'une prescription avec un motif de prise en charge apparaît. D'autre part parce que, certains éléments de vie que nous pouvons trouver dans le dossier nous permettent de créer du lien vers notre patient et de commencer un travail d'alliance thérapeutique. Ce fût par exemple le cas avec M.F, où l'apport des éléments du dossier concernant ses voyages aura permis une discussion plus fluide avec des réponses ouvertes de sa part. Ces informations participent ainsi à la vision holistique du psychomotricien, dont nous reparlerons, qui permet à ce dernier de se créer une image globale du patient.

Concernant Mme.B, je ne possédais quasiment aucune information la concernant, pourtant la rencontre avec elle se sera démarquée d'une autre manière que celles avec M.F et M.R. En effet, Mme.B étant atteinte de surdité et de troubles cognitifs je pense que notre rencontre aura  t tributaire de ces éléments, ne nous permettant pas d'être dans un instant partagé. De plus, notre rencontre ayant  t spontanée, je pense que me concernant je n'ai pas eu le temps de l'anticiper. Nous pourrions alors nous dire que l'absence d'anticipation aurait pu permettre une rencontre sans sur-représentation de la patiente. Toutefois, j'ai l'impression d'avoir moins réussi à repérer de manifestations de sa temporalité puisque la compréhension empêchait l'échange d'avoir lieu. Ce constat me paraît étonnant puisque au-delà de l'échange verbal avec Mme.B, des éléments corporels de sa temporalité auraient pu me donner des indices supplémentaires et c'est à ce moment là où je pense avoir réellement perçu que la capacité d'observation du psychomotricien est un « muscle » à nourrir et entretenir. De plus, le fait de ne pas avoir saisi beaucoup d'éléments lors de cette première rencontre a sûrement participé à ma réticence initiale quant à sa prise en charge. Ainsi, c'est plus tard avec la mise en place d'une médiation artistique que je comprendrai les enjeux de prise en charge de Mme.B.

Enfin, la notion de kairos abordée par les Grecs de l'Antiquité m'apparaît comme la pierre angulaire de l'acte de soin et de l'acte psychomoteur. En effet, selon moi ce kairos qui désigne l'instant T, ce moment de bascule entre l'être et le faire, entre l'avant et l'après pourrait nous aider à définir la temporalité du psychomotricien. Bien que ce kairos soit générique et consubstantiel au monde du soin, cette notion d'agir au moment opportun en fonction de ce qui est perçu et ressenti par le psychomotricien pourrait désigner la temporalité du psychomotricien comme une temporalité d'opportunité. À mon sens, la force de ce kairos du point de vue psychomoteur, est ce qui nous a permis de mettre en place le calendrier des objectifs de M.F, de proposer un support musical lors des séances de rééducation de M.R et de mettre en place une médiation artistique pour Mme.B. Ainsi, ce kairos est une sorte de point de départ perpétuel à l'ajustement du psychomotricien. En partant de ce constat, le psychomotricien, lors de la rencontre et tout au long du suivi, se doit d'être sensible à l'ensemble des manifestations psychocorporelles du patient et donc à sa temporalité pour agir au bon moment. Il s'agit alors de s'interroger sur ce qui permettrait d'aider le psychomotricien à distinguer ce qu'est le bon moment.

3. Les clés du psychomotricien

Au cours de la première rencontre le psychomotricien se doit alors d'adopter une posture, qu'elle soit psychique ou corporelle, permettant à la temporalité du patient de se manifester afin qu'il puisse déployer ses caractéristiques d'être sujet.

M.F, M.B et M.R nous questionnent alors sur les capacités du psychomotricien à mobiliser ses ressources dans le but de venir susciter une adhésion chez les patients avec qui l'entrée en relation est périlleuse et ainsi :

Comment percevoir et composer avec différentes temporalités ?

a. L'introspection et l'analyse des ressentis

Au cours de sa formation, l'étudiant psychomotricien ira à la rencontre de lui-même. Les différentes mises en pratiques corporelles lui auront permis d'acquérir une certaine connaissance de sa corporéité et donc une meilleure conscience de sa temporalité. Ces deux concepts que nous pourrions associer à la spatialité sous-tendent une identité psychomotrice éminemment corporelle sur laquelle le futur psychomotricien sera capable de s'appuyer. En effet, c'est par l'exploration de ses ressentis qu'il sera plus ouvert et réceptif aux manifestations psychocorporelles chez le patient. Ainsi, la façon et la vitesse de se mouvoir, de parler de soi, du débit de parole etc. donnent des indices au psychomotricien quant à l'identité du patient.

Cela nous permet de revenir au questionnement formulé grâce à M.R, sur notre manière d'aiguiser notre regard aux manifestations de la temporalité chez notre patient. Il me paraît tout d'abord important de commencer par dire qu'il ne s'agit pas uniquement du regard mais de l'ensemble des sens qui sont mobilisés dans cette observation de la temporalité. Avec M.R, notre première rencontre aura été avant tout sensorielle. L'examen du tonus m'aura donné de nombreuses informations sur les capacités de relâchement de M.R mais c'est en réalité sur nos deux temporalités qu'il m'aura questionnée. En effet, en lui proposant ce test je nous ai confrontés à un moment de vide où j'ai senti ma temporalité se laisser envahir par la sienne. La temporalité de M.R se manifestait dans l'absence de regard, dans la pauvreté de ses gestes et dans la monotonie de ses paroles. J'étais alors face à une temporalité de la lenteur, face à laquelle je n'ai pas su m'adapter car je n'étais, moi-même pas dans une écoute de mes ressentis. Je suppose avoir été plus dans l'intellectualisation de mes mobilisations que dans l'écoute active de ce qui se jouait chez moi et donc de ce qui se jouait pour M.R. Après coup, en plus d'une écoute plus fine de mes ressentis, je pense qu'il aurait été pertinent, dans le cadre d'une première rencontre, de proposer à M.R des mobilisations actives lors de cette première rencontre afin qu'il soit acteur de ses gestes. Cela aurait permis que je sois moins dans un contrôle des mobilisations passives que je lui induisais et que je puisse être plus alerte quant à ce qui pouvait émerger de sa mise en mouvement.

Ce lien fait avec la pertinence d'un test à ce moment de la relation pourrait également nous interroger sur les liens entre temporalité et passation de bilans. En effet, comme nous l'avions précisé, au sein du SSR les psychomotriciennes privilégient les observations psychomotrices et la sélection de quelques items de tests déjà existants au lieu de bilans côtés. Nous pouvons, dans un premier temps, y voir un gain de temps et donc une adaptation temporelle au projet de chaque patient mais également une façon de venir cibler les fonctions susceptibles de faire émerger les éléments nécessaires à l'élaboration de la prise en charge. De plus, le sujet âgé étant plus fatigable, l'adaptation de bilan serait un moyen de s'accommoder aux capacités de chacun d'entre eux.

b. L'adaptation psychomotrice

Nous l'avons vu, l'espace et le temps se construisant dans une relation très intime, cela nous permet d'expliquer pourquoi il apparaît alors impossible d'imprimer son rythme au patient et pourquoi chaque spatialité et temporalité sont uniques. Il s'agit de garder à l'esprit que toute relation aura donc une dynamique spatio-temporelle dans laquelle les protagonistes agissent selon leur propre construction.

Le regard psychomoteur, enrichi par l'expérience, nous donne la possibilité d'aménager l'espace, d'adapter notre rythme à celui du patient et donc d'amener le patient à une intention d'action, quand ce n'est pas le cas, et donc à sa place de sujet.

Ainsi, nous pouvons faire le lien avec ce qui aura été mis en place pour M.F. En effet, afin de lui faire prendre conscience de ses progrès et de le rendre acteur de sa prise en charge, un calendrier des objectifs aura été mis en place par les psychomotriciennes. De plus, il permet à M.F un support à son repérage temporel, qui dès sa première hospitalisation avait été relevé comme fragile. Des objectifs de rééducation étaient alors établis avec M.F, le kinésithérapeute et la psychomotricienne. Chaque jour, M.F était conscient de ses résultats de la veille et cela permettait de susciter chez lui une véritable adhésion aux temps de rééducation. Lors de sa première hospitalisation, une liste des plats qu'il souhaiterait manger en retournant à son domicile avait été inscrite par la psychomotricienne, sur son tableau de chambre afin qu'il puisse garder des objectifs assimilables pour qu'il adhère au projet de soin.

Cette qualité d'adaptation psychomotrice me permet d'aborder la double casquette qu'est capable d'arborer le psychomotricien, en institution de rééducation. Au sein d'un SSR, le psychomotricien appartient à l'équipe de rééducateurs. Toutefois, il me semble important de souligner qu'il est capable d'occuper un rôle de thérapeute conjointement à celui de rééducateur. Il s'agit alors une nouvelle fois d'une interaction et du juste équilibre entre ces deux approches qui permettent de renforcer sa qualité d'adaptation auprès du sujet âgé.

c. L'approche holistique

Si il s'est avéré possible de mettre en place un calendrier des objectifs pour M.F ou la mise en place de médiations pour M.B et M.R, c'est avant tout par la mise en place d'une approche holistique du patient. Nous l'avons vu, nous sommes actuellement dans un système où la technique fait le soin, ce qui n'est pas le cas du soin psychomoteur. Pour ce dernier, l'essence du soin réside dans le fait de se laisser porter par l'histoire du patient et son corps, son état de la veille, du jour et du lendemain. Ce qui fait le soin c'est aussi notre propre histoire d'individu et de psychomotricien, de notre état de la veille, du jour et du lendemain qui nous permettront de proposer ce qui est adapté à chacun de nos patients.

Cette approche holistique aura, de mon point de vue, influencé ma manière de rencontrer les patients puisque comme avec M.F, c'est dans une démarche de me créer une image globale de celui-ci que j'ai cherché les éléments de vie qui me permettraient de comprendre son histoire.

Les trois clés que nous venons de parcourir : l'introspection et l'analyse des ressentis, l'adaptation psychomotrice et l'approche holistique additionnées à la mise à distance des savoirs théoriques évoquée dans la partie précédente nous ramènent donc aux qualités du psychomotricien abordée dans l'Esprit du soin psychomoteur : de l'usage de la présence et des identités de Dutems et Quang (2021).

4. Le cheminement des temporalités

Au cours de ces prises en charge, les temporalités des patients se seront plus ou moins exprimées en fonction du milieu et de l'avancée de leur projet. Les cas de M.F et Mme.B m'auront particulièrement fait réfléchir sur le « choc » des temporalités, de tous les acteurs, qui peut avoir lieu pendant l'hospitalisation. Ainsi, grâce à ces deux cas nous essayerons de comprendre :

Comment le psychomotricien agit-t-il face à un choc des temporalités ?

Concernant M.F, nous avons questionné sa chute le jour de son RAD entraînant une seconde hospitalisation. Cet événement qui nous permet de questionner le respect de sa temporalité et donc la potentielle prématurité de sa sortie. Nous pouvons faire le lien avec le retour d'Ulysse à Ithaque dont Jankélévitch a parlé pour aborder l'irrévocabilité du temps. Comme Ulysse, M.F a passé un certain temps en dehors de chez lui et aura vécu une série d'événements qui auront fait de lui un M.F différent de celui arrivé au SSR. En retournant chez lui, c'est un environnement presque inchangé qu'il allait retrouver, comme Ulysse arrivant à Ithaque, pourtant le temps sera passé et le M.F qui prendra de nouveau possession des lieux ne sera plus le même . Cette analogie avec le célèbre héros grec nous permet alors d'envisager la temporalité de M.F à la fin de sa première hospitalisation. En effet, nous avons fait part d'une certaine ambivalence de temporalités de M.F deux semaines avant son RAD. L'investissement de M.F en rééducation était alors fluctuant et une importante fatigue semblait présente. Je propose alors de mettre l'ensemble de ces éléments en lien avec la temporalité de sa femme. Nous l'avons mentionné, la femme de M.F était très impliquée au cours de l'hospitalisation de son mari et à plusieurs reprises elle était en mesure de confier ses angoisses et craintes à la psychomotricienne. La temporalité de Mme.F semble alors se rapprocher d'une temporalité d'urgence, qui la dépasse et qui se manifeste par un débit de parole important et une motricité engagée contrastant fortement avec celle de son mari. De plus, nous pouvons revenir au rôle d'aidant, évoqué dans la temporalité des familles, qui était le rôle occupé par Mme.F ce qui nous laisse penser à une réorganisation complète de sa propre temporalité. Ainsi, le contraste entre les temporalités de M.F et Mme.F pourrait avoir été un élément qui aurait alimenté la chute de M.F à son RAD. Le réaménagement soudain de son domicile et donc de son mode de vie couplé à la différence de temporalité avec son épouse, pourrait donc être un signe de « l'effondrement » de la temporalité de M.F.

Dans ce cadre-là, nous pouvons également percevoir la place occupée par la psychomotricienne. En effet, c'est avec la psychomotricienne qu'il arrivait à Mme.F de se confier vis-à-vis de ses angoisses concernant le RAD de son mari. Cela nous permet de souligner le rôle de liant, dont nous avons parlé, qu'occupe la psychomotricienne au sein du SSR. Ce rôle permet alors d'assurer une continuité entre soignant, patient et famille et participe à l'approche holistique du psychomotricien dans la quête d'une vision globale du patient. Cette approche permet au psychomotricien d'agir au-delà du soin institutionnel.

Avec Mme.B c'est un choc entre nos deux temporalités qui a eu lieu. En fin de prise en charge, Mme.B aura fait preuve d'inertie psychomotrice qui l'aura amenée à refuser l'ensemble de nos propositions. À ce moment-là sa temporalité prenait le dessus sur le cadre de nos séances. Je me questionne alors sur la nature de ces refus et surtout sur leurs significations. Si nous prenons le cas de M.F, il était également fréquent que nous nous retrouvions face à des refus de sa part mais nous parvenions toujours à lui faire entendre raison sur l'importance de la rééducation dans la réalisation de ses objectifs et notamment sur la nécessité d'entretenir la marche quotidiennement.

Toutefois dans le cas de Mme.B, où il n'était pas question d'une rééducation intense, compte tenu de la dégradation de son état, il était difficile de trouver des points d'accroche pour la convaincre d'accepter les séances. Ainsi, Mme.B manifeste une temporalité ambivalente puisqu'elle comprenait l'intérêt d'une mise en mouvement, via la médiation artistique, mais se murait dans un refus. L'ambivalence est également corporelle, elle est capable de regards et de sourires adressés et fait preuve de politesse tout en ayant un débit de parole et des gestes lents ainsi qu'une sorte de mutisme sélectif et un détournement aux mots de « rééducation » et « peinture ». Il est important de se rappeler que Mme.B est atteinte d'importants troubles auditifs, cependant avec la psychomotricienne nous avons eu l'impression que ces refus n'étaient pas de simples refus pour cause de fatigue mais qu'ils signaient là de réelles limites atteintes chez Mme.B. L'inertie psychomotrice de Mme.B nous permet de revenir à la nécessité d'être nous-même patient lorsque les temporalités ne semblent pas s'accorder.

La question d'être sujet de sa prise en charge est alors ici remaniée car Mme.B nous permet de voir qu'il n'y a pas une façon d'être sujet mais que le pouvoir de dire non en est une facette. Compte tenu de l'importante dégradation qui a suivi ce dernier échange, il est possible que Mme.B ait décidé à ce moment-là de mettre un terme à notre suivi car elle sentait que ses limites avaient été atteintes. Selon moi, le cas de Mme.B nous permet de concevoir, qu'arrivé à ce stade d'hospitalisation, le monde de la gériatrie s'appuie davantage sur le versant corporel et qu'après d'elle un geste, un regard et une disponibilité auraient été des témoignages du respect de sa temporalité.

Mme.B me permet selon un deuxième axe d'envisager la question du cheminement de la temporalité. En effet, elle a été en mesure de faire part à la psychomotricienne de ses difficultés à être confrontée aux problématiques du vieillissement. À travers cette remarque nous pouvons déjà apercevoir une manifestation de la temporalité de Mme.B puisqu'elle évoque la difficulté d'être face à la vieillesse et donc potentiellement aux signes du temps. Nous pouvons alors revenir aux représentations de Kronos/Khronos de l'Antiquité qui associaient l'identité du vieillard à celle du Temps. De plus, le fait que Mme.B prononce cette phrase nous ramène à l'essence même de l'hospitalisation en rééducation qui est celui d'un temps de la cicatrisation et de l'appropriation d'une nouvelle image corporelle et de l'estime de soi. La prise en charge passe alors par un travail de réinvestissement de soi-même qui pourrait mobiliser l'intervention du psychomotricien, spécialiste de l'image du corps. Le psychomotricien serait ainsi en mesure d'accompagner la conscience d'un nouvel état, les possibles régressions et donc un besoin de maternage. De nouveau nous retrouvons ce rôle de patient que doit emprunter le soignant.

Dans le cas de Mme.B, ce travail de deuil de son état antérieur ne fut pas un axe prioritaire lors de son suivi, il prédominait un travail d'adhésion afin de rendre possible la rééducation. Toutefois, nous verrons dans la prochaine partie qu'un travail de mémoire des éléments constitutifs de son identité lui sera proposé via la médiation artistique.

5. L'apport des médiations corporelles dans la prise en charge du sujet âgé

Comme nous l'avons vu, la médiation peut s'inscrire comme l'une des clés du psychomotricien. Toutefois, avec les cas de Mme.B et M.R et les questionnements qui en émanent, il me semblait important de consacrer à cette clé particulière une partie à part entière. En effet, ces histoires m'ont permis de m'interroger dans un premier temps sur la temporalité des médiations proposées à Mme.B et M.R et ainsi de mettre ces deux cas en opposition étant donné leurs différents parcours. De plus, le cas de Mme.B nous permet de nous questionner sur la place de la médiation auprès d'une patiente atteinte de troubles cognitifs. Ainsi, nous nous demanderons :

Comment la médiation corporelle vise-t-elle à une subjectivation du sujet âgé ?

a. Le rôle du passé

Nous sommes dans un SSR gériatrique donc une institution de rééducation qui prépare l'après des résidents. Toutefois, le fait d'intervenir auprès de sujets âgés souligne une double dimension de leur temporalité à prendre en compte. Tout d'abord, nous l'avons abordé précédemment dans la partie La première rencontre : une temporalité psychomotrice d'opportunité, la temporalité du sujet âgé se voit prise dans une dyschronie qui illustre la lutte des temporalités qui peut exister à l'hôpital. Dans cette relation au temps remaniée, nous pouvons également revenir aux propos de Renée Sebag-Lanoë (2008) qui nous dressait un tableau du temps pour la personne âgée, « le temps au grand âge est très long derrière et très court devant, alors que le présent, lui, reste toujours insaisissable ». Ainsi, ce qui est désigné comme long derrière est le passé, il est alors ce qui prédomine dans la vie du sujet âgé, il le considère ainsi comme un refuge face à un présent difficile et un futur incertain. De plus, le fait de s'intéresser à des patients âgés en SSR gériatrique sous-entend la probabilité de se retrouver face à des patients atteints de troubles cognitifs et sensoriels. Ces derniers pouvant alors freiner l'avancée et l'engagement dans la rééducation, car leur relation au temps peut se voir altérée.

Nous pouvons reprendre les travaux de Saint Augustin qui distinguait des présents multiples, notamment en désignant le présent du passé comme étant le souvenir. Ainsi, c'est justement sur ce passé et les souvenirs qui s'en dégagent sur lesquels les choix des médiations proposées pour Mme.B et M.R se sont appuyés. En effet, nous pourrions dire que le passé renferme de précieux éléments pour le psychomotricien, car il est généralement ce dont le sujet âgé se saisit le mieux, il est celui qui l'a construit et qui fait du patient la personne que nous avons en face de nous. De plus, nous avons relevé grâce aux écrits de Potel (2019) que la temporalité du tout petit était avant tout corporelle. Selon moi, il serait intéressant de percevoir notre existence comme une boucle où la temporalité du sujet âgé serait elle aussi éminemment corporelle. De fait, nous pouvons revenir à l'ouvrage Propos sur le grand âge de Sebag-Lanoë (2008) qui désignait le monde de la gériatrie comme davantage tourné vers un versant corporel, sans toutefois omettre le versant psychique. Le corps de la personne âgée continue de nous parler, il est présent, nous intrigue, nous repousse, nous appelle et ce peu importe le niveau de dépendance ou l'avancée dans la maladie, dans certains cas l'infra verbal va suppléer le verbal et finir parfois par le remplacer.

En partant de ce constat, je propose que le rôle du psychomotricien soit de partir de ce passé afin de permettre au sujet âgé de pouvoir éprouver corporellement, de lui-même, son présent et prenne conscience de son avenir.

b. Passer par le corps pour s'ancrer dans le présent

Rappelons que la médiation fait partie d'un bagage psychomoteur qui se construit dès la formation initiale et qui se nourrit des pratiques personnelles du psychomotricien. Nous l'avons dit, le choix de la médiation ne doit pas être neutre et doit résonner pour le psychomotricien comme pour le patient.

Face aux difficultés de l'équipe à susciter une adhésion au projet, et ce, notamment à cause des troubles cognitifs et auditifs de Mme.B, une réflexion autour d'une possible médiation déclenchant son intérêt et donc son initiative s'est imposée. Des indices sur ses appétences, tels que la peinture et la littérature, avaient retenu notre attention à la lecture de son dossier. De plus, le métier de sculptrice qu'exerçait Mme.B a renforcé le choix d'une médiation à orientation artistique. Nous sommes parties du principe que pour ancrer Mme.B dans le présent et la rendre actrice de son projet au sein du SSR, il serait intéressant de revenir à son passé.

Tout d'abord, s'ancrer dans le présent nécessite une réalité tangible et dans le cas du soin psychomoteur, c'est avec le corps que nous composons. Si nous repartons de Sartre qui nous disait que le présent nous échappe, nous pourrions émettre qu'en tant que psychomotricien passer par le corps pourrait nous permettre de procurer des sensations et donc dans le cas de Mme.B de réactiver sa mémoire corporelle afin d'agir au niveau identitaire. Ainsi, c'est grâce au processus créatif que nous allons tenter de réactiver des mouvements entre psyché et soma et inversement afin de permettre à Mme.B d'investir son corps, sa temporalité et son identité.

Nous pouvons alors remettre en question l'approche de Pascal qui disait qu'il est inutile de rechercher le bonheur dans le passé ou le futur, car contrairement au présent, nous ne les vivons pas. Selon moi, dans le processus thérapeutique de la médiation, le psychomotricien avec son approche holistique va venir se servir du passé afin de rendre le présent et l'avenir davantage symbolisable. La médiation peinture utilisée avec Mme.B avait avant tout une visée représentationnelle lui permettant de s'éprouver comme sujet grâce à une dynamique artistique à laquelle elle était habituée. De plus, il nous était possible de venir travailler en parallèle sur différents items psychomoteurs comme la motricité fine, le tonus ou encore la gestion de l'espace. Malgré les difficultés de compréhension et les manques du mot qui pouvaient se manifester, ce support créatif a permis à Mme.B de réactiver sa mémoire procédurale qui s'est tout de suite illustrée à travers ses mimiques, ses regards qui traduisaient d'une temporalité plus incarnée. Pendant ce temps artistique, Mme.B semblait complètement sortie de son apathie habituelle et réussissait à se créer sa propre bulle où en plus d'investir la tâche elle était en mesure de porter attention au travail des autres. Ainsi, c'est un travail ciblant la revalorisation narcissique que nous souhaitons mener auprès d'elle afin qu'elle puisse investir les temps de rééducation.

Nous pouvons reprendre les quatre caractéristiques du processus thérapeutique de la médiation énoncées par Rodriguez pour comprendre ce qu'il en est dans le cas de Mme.B. Tout d'abord, le dispositif se doit d'être séducteur. Pour ce qu'il en est de Mme.B, la peinture proposait à la fois un aspect artistique, qui est un domaine dont elle avait parlé au début de sa prise en charge comme l'un de ses loisirs, et à la fois une possibilité de susciter une attention conjointe puisque la psychomotricienne et moi-même étions nous-mêmes impliquées dans ce processus en réalisant notre propre production.

Ensuite, la peinture a permis de provoquer une action chez Mme.B. En effet, elle s'est très rapidement saisie de la proposition avec une grande autonomie nous laissant percevoir des manifestations de sa subjectivation. Elle était capable de choisir, de décider des couleurs et leurs mélanges, du pinceau et du papier utilisés, mais également du moment où sa production était finie. Sa capacité à s'intéresser à ce que la psychomotricienne et moi-même produisions nous a permis de souligner son implication dans la relation grâce au rôle de tiers qu'occupait la peinture.

Toutefois, la capacité de subjectivation qu'a opérée la peinture avec Mme.B ne peut être rendue possible sans la transformation de la part du thérapeute qui amènera ensuite à la quatrième caractéristique : la symbolisation. Ainsi, il était important à chaque fin de séance de pouvoir parler des productions du jour, de les décrire, de leur donner un nom et de comprendre ce qui nous avait poussées à les réaliser. Cette étape était plus difficile pour Mme.B car les problèmes de compréhension et de manque du mot ne lui permettaient pas de nous expliquer clairement quelles avaient été ses intentions. Toutefois, nous pouvions voir en fin de séance les effets de la peinture sur Mme.B, elle était plus souriante et une baisse de tonus était observable.

Cependant, les séances autour de la médiation artistique avec Mme.B ont été peu nombreuses. Dans les derniers échanges avec elle, nous avons remarqué qu'elle avait réussi à associer les séances de psychomotricité aux séances de peinture et il lui était possible de se souvenir brièvement d'une semaine à l'autre ce qui avait été fait.

Je propose alors de mettre en lien le cas de Mme.B avec le cas de M.R. Comme pour Mme.B, les séances avec M.R se sont appuyées sur un processus médiateur avec un support musical ainsi que sur des pas de danse faisant référence aux pratiques qu'il avait eues en étant plus jeune. Les deux patients ne présentant pas les mêmes histoires et les mêmes pathologies, il devient difficile de venir comparer ce qui s'est joué pour eux. Toutefois, je trouve pertinent de venir relever les manières avec lesquelles ils se sont saisis des médiations proposées. Mme.B, avant la dégradation de son état, était en mesure d'accepter les séances de peinture et une fois arrivée dans la salle était capable de s'immerger dans la création avec une remarquable indépendance. Malgré son investissement psychocorporel durant ces 45 minutes, Mme.B a eu du mal à mettre cet investissement dans les autres temps de rééducation par la suite. De son côté M.R qui, comme Mme.B, se saisissait du temps de rééducation qui était fait en musique et avec la danse comme support, était en mesure de transposer ce qui était fait en séance dans sa vie quotidienne.

Conclusion

Cette étude du temps, de l'histoire, et de la temporalité, la manière de la vivre, nous aura permis de nous interroger sur la question suivante : **dans quelle mesure le psychomotricien, en institution de rééducation, adapte sa temporalité, en tenant compte de celle du sujet âgé, afin que celui-ci se rende acteur de sa prise en charge ?**

Le psychomotricien, thérapeute et rééducateur, possède un bagage théorico-clinique lui permettant d'adopter une temporalité psychomotrice d'opportunité. Bien que singulière à chaque psychomotricien, cette temporalité spécifique lui permet de s'affranchir d'une image bidimensionnelle du patient afin de privilégier une tridimensionnalité pour qu'une rencontre à égalité advienne. Cette temporalité amène le psychomotricien à se saisir de ce qu'il perçoit et ce qu'il ressent au contact d'une temporalité riche de vécus.

Les capacités d'introspection, d'adaptation et d'approche holistique du psychomotricien lui permettent de se rendre disponible face à une temporalité parfois altérée par le temps et les pathologies. De plus, ces spécificités lui permettent d'utiliser sa propre temporalité afin de chercher ce qui fait la spécificité de la personne âgée, de son histoire et de son corps. Ainsi, ce n'est pas au psychomotricien de rendre sujet la personne âgée mais à la personne âgée de trouver elle-même ce qui fait sens pour elle grâce aux dispositifs thérapeutiques mis en place par le psychomotricien visant à une intention d'action du patient.

La médiation corporelle à orientation artistique aura donc été un moyen d'insuffler de la temporalité dans la relation avec le patient, qu'il soit atteint de troubles cognitifs ou non, en lui permettant de se servir du passé pour se sentir un peu plus dans un présent en passant par le vécu corporel. Cette approche aura été une manière de recontacter une facette de l'identité du patient afin qu'il puisse se sentir sujet et actif dans le processus de rééducation qui sous-entend la notion d'avenir.

Nous pourrions étendre le sujet afin de se questionner sur l'apport de la nouvelle réforme, transformant les SSR en SMR, et ses conséquences sur les manières de prendre en charge les sujets vieillissants. De plus, il serait intéressant d'observer la manière avec laquelle les rééducateurs, et plus particulièrement les psychomotriciens, vont composer avec cette réforme. Cette dernière, qui semble générer une temporalité de la standardisation, avec le même nombre de séances pour tout le monde, et de la performance quotidienne, avec une augmentation des séances quotidiennes de rééducation, au détriment d'une écoute attentive de la temporalité de chaque patient, mais aussi de la temporalité de chaque soignant.

Bibliographie

Ajuriaguerra, J. D. (1977). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.

Ajuriaguerra, J. D. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. (éd. 2^e édition). Paris : Masson.

Albaret, J. M., & Aubert, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. De Boeck.

Aquino, J. (2007). Le vieillissement : d'un modèle « déféctologique » à un modèle « ontogénique ».

Gérontologie et société, 30(123) pp.13-29.

<https://doi.org/10.3917/g.s.123.0013>

Alter, N. (2003), Mouvement et dyschronies dans les organisations. *L'Année sociologique*, 53(2),

pp. 489-514.

<https://doi.org/10.3917/anso.032.0489>

Auzimour, R., Denis, B., & Merle, R. (2017). Hospitalisation, perception du temps patient-famille.

La concordance des temps à l'hôpital. *Soins cadres santé*, 26 (101), pp.27-28.

<http://doi.org/10.1016/j.scad.2017.01.006>

Bejan, A. (2019). Why the Days Seem Shorter as We Get Older. *European Review*, 27(2), pp.187-194.

<https://doi.org/10.1017/S1062798718000741>

Bergson, H. (1889). *Essai sur les données immédiates de la conscience*. Félix Alcan.

Bertillot, H. (2016). Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogénèse d'une rationalisation en douceur. *Sociologie du travail*, 58(3), pp. 227-252.

<https://doi.org/10.4000/sdt.1133>

Brandily, A., Barnich, L., Removille, C., & Roux, J. (2022). Les seniors. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (dirs). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices - 2e éd. : Fondements, domaines d'application, formation et recherche.* (pp.375-414). Dunod.

Buser, P., & Debru, C. (2011). *Le temps, instant et durée: de la philosophie aux neurosciences.* Sciences. Paris : Odile Jacob.

Burgoni, C. (2021). Esprit du soin psychomoteur et esprit d'équipe en gériatrie. Dans Dutems, C., & Quang, L. P. (dirs). *L'esprit du soin psychomoteur : De l'usage de la présence et des identités.* (pp.217-254). Editions L'Harmattan.

Chami, J. (2007). Formation, analyse des pratiques et temporalités. Temporalités en conflits. *Soins cadres de santé*, 16(62), pp. 38-41.

DOI : [SCAD-05-2007-00-62-0183-2980-101019-200702852](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(20)30303-0)

Daune, F. (2020). Les aménagements du temps et les soignants. Le temps dans les soins. *Soins : la revue de référence infirmière*, 65 (851), pp. 28-31.

DOI : [10.1016/S0038-0814\(20\)30303-0](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(20)30303-0)

Delaroche, R. (2021). D'involutive à développante : l'évolution d'une enveloppe. Dans Dutems, C., & Quang, L. P. (dirs). *L'esprit du soin psychomoteur : De l'usage de la présence et des identités.* (pp.97-122). Editions L'Harmattan.

De Broca, A. (2016). *Soigner aux rythmes du patient : les temporalités du soin au XXIème siècle.*

Paris : Seli Arslan.

Dickason, R. (2018). Asclépios, Hygie, Chronos et Poséidon : le temps et les émotions au cœur du soin. *Gestion 2000*, 35(4), pp. 45-75.

Dutems, C. (2021). Accompagner les patients à vivre leur corps au jour le jour en neurologie adulte : la place de la psychomotricité. Dans Dutems, C., & Quang, L. P. (dirs). *L'esprit du soin psychomoteur : De l'usage de la présence et des identités.* (pp.73-95). Éditions L'Harmattan.

Feillet, R., Héas, S., & Bodin, D. (2012). Corps et identité au grand âge. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), pp.21-35.

DOI:10.7202/1008216ar

Fradet, M. (2021). Le visible et l'invisible de l'être psychomoteur et de l'être psychomotricien. Dans Dutems, C., & Quang, L. P. (dirs). *L'esprit du soin psychomoteur : De l'usage de la présence et des identités*. (pp.123-159). Editions L'Harmattan.

Friedman, W. J. (1990). *About Time : Inventing the Fourth Dimension*. Cambridge : MIT Press

Geoffroy, M. (2004). *La patience et l'inquiétude : pour fonder une éthique du soin*. Rommillat.

Giromini, F. (2022). Les racines philosophiques de la psychomotricité dans l'œuvre d'Ajuriaguerra. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (dirs). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices - 2e éd. : Fondements, domaines d'application, formation et recherche*. pp.7-14. Dunod.

Hall, E.T. (1984). *La danse de la vie: temps culturel, temps vécu*. Paris : Ed. du Seuil.

Housset, E. (2000). *Husserl et l'énigme du monde*. Paris : Ed. du Seuil.

Hugo, V (1931). *Notre-Dame de Paris*. Charles Gosselin.

Jacquemin, É. (2021). Recontacter le corps, partie par partie, pour se réconcilier avec. Intervention psychomotrice en centre de rééducation pour adulte. Dans Dutems, C., & Quang, L. P. (dirs). *L'esprit du soin psychomoteur : De l'usage de la présence et des identités*. (pp.43-72). Éditions L'Harmattan.

Jankélévitch, V. (1980). *Le je-ne-sais-quoi et le presque-rien*. (p.91). Paris : Ed. du Seuil.

Joly, F. (2017). Entre neurosciences et psychopathologie du développement et psychanalyse: le carrefour psychomoteur. Ajuriaguerra et son héritage dans l'identité des psychomotricien, Dans N.Girardier (dir), *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences. Histoire, actualités et perspectives pour une pensée en mouvement.* (p.49). Paris: In Press.

Josion-Portail, M., Amine, A., & Bonnemaizon, A. (2020). Quand le temps du soignant rencontre les temporalités des personnes âgées vulnérables. *Carnets de consommation.* <https://doi.org/10.48748/NKW6-Y161>

Kaës, R. (2006). La multiplicité des formes du temps dans le processus individuel, groupal et institutionnel. Dans L. Michel et J.-N. Despland (dirs) *Temps et psychothérapie.* Paris : In Press.

Klein, É. (2003). *Les Tactiques de Chronos.* Flammarion.

Lebovici, S. (1995). Empathie et enactement dans le travail de contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 58(numéro spécial), pp.1553-1563.

Michon, J.A. (1985). The compleat time experiencer. In J.A. Michon & J.L. Jackson (Eds.), *Time, Mind and behavior.* Heidelberg : Springer Verlag

Morçet, P.Y., Richard,S., Vervaeke, C., Mathieu, S. & Baron, S. (2020) Le temps en centre de rééducation-réadaptation. Le temps dans les soins. *Soins : la revue de référence infirmière*, 65 (851), pp. 43-47.

Nasio, J. D. (2007). *Mon corps et ses images.* Paris: Payot

Nizard, G. (2007). Choc des temporalités et souffrance des soignants. Temporalités et conflits. *Soins cadres santé*, 16 (62), pp.42-43.

DOI : [SCAD-05-2007-00-62-0183-2980-101019-200702853](https://doi.org/10.1019-200702853)

Panofsky, E. (1939). *Studies in iconology : Humanistic themes in the art of the Renaissance.* (p.109) Oxford University Press.

Park D. C. (2000). The basic mechanisms accounting for age-related decline in cognitive function, in D. C. Park & M. N. Schwartz (éd.), *Cognitive aging: A primer*, Hove, Psychology Press, pp. 3-21.

Pascal, B. (1670). *Les Pensées de M. Pascal sur la religion et sur quelques autres sujets, qui ont été trouvées après sa mort parmi ses papiers*. Guillaume Desprez.

Quang, L. P. (2019). *Ethique des pratiques psychomotrices : Eléments d'une philosophie du corps*. Paris : l'Harmattan, coll. Santé, éthique et formation.

Quang, L. P. (2021). Ce que le soin psychomoteur fait à l'identité du psychomotricien : crises et transformations. Dans Dutems, C., & Quang, L. P. (dirs). *L'esprit du soin psychomoteur : De l'usage de la présence et des identités*. (pp.281-302). Editions L'Harmattan.

Potel, C. (2019). *Être psychomotricien*. Eres.

Prouteau, F. (2017). Le temps des "autres". La concordance des temps à l'hôpital. *Soins cadres santé*, 26 (101), pp.24-26.

<http://doi.org/10.1016/j.scad.2017.01.005>

Raoul-Gilardin, G.A. (2021). D'un corps à l'être. Dans Dutems, C., & Quang, L. P. (dirs). *L'esprit du soin psychomoteur : De l'usage de la présence et des identités*. (pp.255-279). Éditions L'Harmattan.

Ribau, C. P., Lasry, J., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C., & Marc-Vergnes, J. (2005). La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*, 81(2), pp.21-27.

<https://doi.org/10.3917/rsi.081.0021>

Rodriguez, M. (2022). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (dirs). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices - 2e éd. : Fondements, domaines d'application, formation et recherche*. pp.27-37. Dunod.

Romano, H. (2020). Concilier la temporalité dans la trilogie soignant-usager-famille. Le temps dans les soins. *Soins : la revue de référence infirmière*, 65 (851), pp.24-27.

DOI : [10.1016/S0038-0814\(20\)30302-9](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(20)30302-9)

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human Aging : Usual and Successful. *Science*, 237(4811), pp.143-149.

Saint Augustin. (1994) *Confessions*, livres IX-XIII, texte établi et traduit par P.de Labriolle. Paris, Les Belles Lettres.

Sebag-Lanoë, R. (2008). *Propos sur le grand âge: réfléchir une expérience*. Paris : Doin.

Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2022). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*

- 2e éd. : *Fondements, domaines d'application, formation et recherche*. Dunod.

Valax, M.F. (1996). Le temps psychologique. In J.M. Cellier, V. De Keyser & C. Valot (Eds), *La gestion du temps dans les environnements dynamiques*. pp 51-67. Paris, PUF

Winnicott, D.W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels : une étude de la première possession non-moi. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1989. Paris : Payot

Sitographie

Corniou, M. (2014, 23 octobre). *Étienne Klein : Qu'est ce que le temps ?*

<https://www.quebecscience.qc.ca/sciences/etienne-klein-quest-ce-que-le-temps/>

Décret n° 2022-25 du 11 janvier 2022, (J.O. 11 janvier 2022). *Relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation.*

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947234>

Duméry, H. (s.d.). *Temporalité, Encyclopædia Universalis.*

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/temporalite/>

Larousse, É. (s. d.-a). *Définitions : spatialité - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/spatialit%C3%A9/74066>

Larousse, É. (s. d.-a). *Définitions : soignant - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant/73228>

Larousse, É. (s. d.-a). *Définitions : temporalité - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temporalit%C3%A9/77227>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : temps - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/temps/77238>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : vieillesse - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921>

Ministère de la Santé et de la Prévention, (2022, 14 septembre). *Tout savoir sur les soins de suite et de réadaptation (SSR).*

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr>

Médiagraphie

Basquin, M. (1992). *Le métier de psychomotricien*. [Interview]. Dans Saladin.M & Casanova. A. Paris : Starfilm international.

Klein, É. (2013, 18 octobre). *Le temps du point de vue scientifique et philosophique*. [Conférence].

https://www.youtube.com/watch?v=07pMwQthvQI&list=OLAK5uy_Ir1x1WYVejC44fByNS05qdb-urZUBLxM&index=4

Le Breton, D. (2008, juillet). *Plaider pour le respect des singularités*. [Conférence]. *Les pratiques de soin en situation interculturelle, l'Espace éthique de l'AP-HP*, Hôpital Saint-Louis.

Les Revues du Monde (2023, 5 février). *Le temps n'a pas toujours existé*. [Youtube]
<https://www.youtube.com/watch?v=EakwdPrTy5Y>

Résumé

Nous sommes tous soumis au temps physique, mais chacun d'entre nous possède une temporalité qui participe à l'élaboration de notre identité. Ces temporalités seraient alors notre façon d'habiter le temps, de l'appréhender et de l'éprouver à travers des vécus du corps et de l'esprit. Cet écrit propose une réflexion sur les temporalités du sujet âgé et du psychomotricien au sein d'une unité de rééducation gériatrique. En partant de questionnements cliniques et en s'appuyant sur des bases théoriques, cette réflexion met en lumière les capacités du psychomotricien à trouver un équilibre entre les temporalités des différents acteurs du soin. Ainsi, par l'intermédiaire d'une approche psychomotrice, c'est l'intention d'action du sujet âgé et donc les manifestations de sa temporalité qui seront recherchées afin de participer à l'établissement de son agentivité dans sa prise en charge.

Mots clés : temporalité, sujet âgé, psychomotricien, rééducation, autonomisation

Summary

We are all subject to physical time, but each of us has a temporality that contributes to the development of our identity. These temporalities would then be our way of living time, of apprehending and experiencing it through the experiences of body and mind. This writing proposes a thought on the temporalities of the elderly person and the psychomotrician within a geriatric rehabilitation unit. Starting from clinical questions and relying on theoretical bases, this thought sheds light on the ability of the psychomotrician to find a balance between the temporalities of the different actors of care. Thus, through a psychomotor approach, it is the older subject's intention of action and therefore the manifestations of his temporality that will be sought in order to participate in the establishment of his empowerment in his medical care.

Key words : temporality, elderly person, psychomotrician, rehabilitation, empowerment