



**HAL**  
open science

# L'envie d'avoir envie : la relance de l'élan vital chez une personne âgée fragilisée en s'appuyant sur la médiation Tai Chi Chuan en psychomotricité

Capucine Richard

## ► To cite this version:

Capucine Richard. L'envie d'avoir envie : la relance de l'élan vital chez une personne âgée fragilisée en s'appuyant sur la médiation Tai Chi Chuan en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03736730

**HAL Id: dumas-03736730**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03736730>**

Submitted on 22 Jul 2022

**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  
Médecine Sorbonne Université  
91, Bd de l'Hôpital  
75013 PARIS

## **L'envie d'avoir envie**

La relance de l'élan vital chez une personne âgée fragilisée  
en s'appuyant sur la médiation Tai Chi Chuan en psychomotricité

Capucine RICHARD

Maître de mémoire : Léa Devulder

Mémoire présenté pour l'obtention du DE de psychomotricien

2021/2022



## Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Léa Devulder, ma maîtresse de mémoire. Elle a su me guider, me conseiller, et s'est montrée disponible tout au long de cette 3<sup>ème</sup> année pour m'accompagner sur le chemin de la professionnalisation.

Merci également à Alexia, Clarisse, et Chloé, pour leur écoute, et pour les nombreux échanges et partages, si riches, les jeudis.

Merci à tous les résidents, et tout particulièrement, à Mme B, pièce maîtresse de ce mémoire. Ils m'ont accordé leur sourire, leur regard, leur confiance.

Merci à tous les professionnels que j'ai eu la chance de côtoyer, et grâce à qui j'ai beaucoup appris, pendant les stages jalonnant ces trois ans.

Merci à mes amies de cœur de l'Institut de Formation en Psychomotricité – elles se reconnaîtront - pour leur soutien infaillible à chaque étape de cette reconversion que nous réussissons ensemble.

Merci à ma famille, Sébastien, Alexandre, Mathilde, et mes parents, pour leur soutien permanent, leurs encouragements, et leur patience.

Enfin, merci à Jean-Jacques Goldman, célèbre auteur-compositeur-interprète, qui a bercé mon enfance et à qui j'ai emprunté le titre d'une chanson pour l'intitulé de ce mémoire.

# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Mme B .....</b>	<b>9</b>
<u>1.1 Présentation de Mme B, anamnèse et antécédents médicaux .....</u>	<u>9</u>
<u>1.2 Bilans pluridisciplinaires et suivis .....</u>	<u>10</u>
<u>1.3 Premières rencontres.....</u>	<u>11</u>
1.3.1 Les ateliers « prévention des chutes » de l'APA .....	11
1.3.2 L'évaluation psychomotrice : amorce d'alliance thérapeutique .....	11
<u>1.4 Evaluation psychomotrice .....</u>	<u>12</u>
1.4.1 Sémiologie psychomotrice de Mme B.....	13
1.4.2 En conclusion : le diagnostic psychomoteur .....	17
<u>1.5 Objectifs thérapeutiques et projet psychomoteur .....</u>	<u>18</u>
<b>2 Le plaisir, un élément clé pour relancer l'élan vital .....</b>	<b>20</b>
<u>2.1 Définition du plaisir.....</u>	<u>20</u>
<u>2.2 L'élan vital, en lien avec le plaisir.....</u>	<u>20</u>
<u>2.3 Le point de vue de la psychanalyse .....</u>	<u>22</u>
2.3.1 Libido et principe de plaisir.....	22
2.3.2 Vieillesse et libido.....	23
<u>2.4 Neurobiologie du plaisir .....</u>	<u>24</u>
2.4.1 Le système de la récompense .....	24
2.4.2 Dopamine et sérotonine : des hormones du bien-être.....	25
<u>2.5 Plaisir et mémoires .....</u>	<u>26</u>
<u>2.6 Quand le plaisir disparaît : démotivation, apathie, ou dépression ? .....</u>	<u>28</u>
<u>2.7 Répercussions psychomotrices de la perte d'élan vital .....</u>	<u>29</u>
<u>2.8 La perte d'élan vital de Mme B .....</u>	<u>30</u>
<u>2.9 Qu'entend-t-on par plaisir en psychomotricité ? .....</u>	<u>32</u>
<b>3 La médiation corporelle en psychomotricité .....</b>	<b>34</b>

3.1	<u>Qu'est-ce que le mouvement ?</u> .....	34
3.2	<u>Les liens entre motricité et vie psychique</u> .....	35
3.2.1	Le mouvement, reflet de la vie psychique .....	35
3.2.2	Le corps en mouvement, source de vie psychique .....	36
3.2.3	Mouvement, tonus et émotions.....	38
3.2.4	L'intégration psychomotrice .....	39
3.3	<u>Médiation corporelle et mise en mouvement</u> .....	39
3.4	<u>Quelle médiation par le mouvement pour Mme B ?</u> .....	41
3.5	<u>Le tai chi chuan : une approche holistique</u> .....	42
3.5.1	Origines et esprit de la pratique.....	42
3.5.2	L'énergie, le « Qi », ou « Chi ».....	43
3.5.3	Principes fondamentaux .....	43
3.5.4	Imitation et engagement du schéma corporel.....	45
3.5.5	Mouvement lent et conscience corporelle .....	47
<b>4</b>	<b>Evolution de la prise en soins de Mme B</b> .....	<b>49</b>
4.1	<u>Cadre thérapeutique</u> .....	49
4.2	<u>Conception de la séance</u> .....	49
4.3	<u>Première et unique séance de groupe</u> .....	51
4.4	<u>Evolution au cours des séances individuelles</u> .....	52
4.4.1	Première séance individuelle : curiosité, et un souhait pour le printemps.....	52
4.4.2	Fausses notes dans le dialogue tonico-émotionnel .....	54
4.4.3	La chute, même pas peur !.....	55
4.4.4	Visualisation et élan tonique .....	56
4.4.5	Danse à deux .....	57
4.4.6	Mme B investit sa prise en soins .....	58
4.4.7	Evolution .....	59
<b>5</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>61</b>
5.1	<u>Le soin psychomoteur en gériatrie</u> .....	61
5.1.1	Le dialogue tonique .....	61
5.1.2	La fonction contenante .....	63
5.1.3	Le toucher.....	64
5.1.4	Le regard.....	65

<u>5.2</u>	<u>Quel chemin pour retrouver l'élan vital ?</u> .....	<u>65</u>
5.2.1	Stimuler les sens .....	66
5.2.2	Enrichir et valoriser les représentations du corps .....	67
5.2.3	Renforcer l'axe corporel : la verticalité, symbole de l'élan vital .....	70
5.2.4	Diriger son regard.....	72
5.2.5	Explorer l'espace et le temps.....	72
5.2.6	Moduler son tonus .....	73
<b>Conclusion</b> .....		<b>75</b>
<b>Références bibliographiques et sitographiques</b> .....		<b>77</b>
<b>Annexe 1 : Dessin de soi de Mme B</b> .....		<b>I</b>
<b>Annexe 2 : Timed up and go de Mme B</b> .....		<b>II</b>
<b>Annexe 3 : MMSE de Mme B, mars 2021</b> .....		<b>IV</b>

## Introduction

Lors de stages courts en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) en deuxième année, j'ai découvert que l'univers de la gériatrie m'intéressait tout particulièrement. J'aime le contact avec les personnes âgées : je trouve les moments d'échange avec elles, sur leur ressenti, leur vécu, leur histoire, riches et émouvants. C'est ainsi que j'ai poursuivi mon expérience par un stage long de 3<sup>ème</sup> année en EHPAD. C'est un lieu de vie dans lequel nous nous inscrivons. Chaque fois que nous entrons dans une chambre, nous entrons dans leur espace intime, un « chez-soi », bardé - la plupart du temps - de couleurs, de photos, de leurs meubles personnels...

Cependant, l'institutionnalisation peut être un passage difficile à vivre pour les personnes âgées. C'est généralement une décision qui fait suite à une dégradation irrémédiable de l'autonomie, s'accompagnant de pertes : perte de capacités motrices et/ou cognitives, perte des habitudes de vie antérieures, du logement, et parfois, du conjoint, de l'animal de compagnie... la personne ne peut plus rester en sécurité à domicile, ou bien, l'aidant - s'il y en a un - s'est épuisé. Le passage en institution s'accompagne, souvent, d'un bouleversement identitaire, plus ou moins surmonté.

Pour certains, l'adaptation se fait bien : c'est l'occasion de nouvelles amitiés, ou parfois de retrouvailles. Ces résidents retrouvent du plaisir dans la participation à la vie sociale et aux animations de cette micro-société, tout en bénéficiant de suivis médicaux, paramédicaux, et psychologique, qui les rassurent et les aident à maintenir le plus possible une certaine autonomie dans leur « dernière maison ».

Pour d'autres, la prise de nouveaux repères est plus compliquée. Les troubles cognitifs et en particulier mnésiques, dont la personne peut avoir conscience, sont source d'angoisse et diminuent l'estime de soi. L'incapacité à se souvenir contribue également à la perte identitaire. Le résident se voit rappeler qu'il a participé à tel ou tel événement mais ne s'en souvient pas : le confronter à ses troubles est violent et angoissant. Il y a discontinuité du vécu, perte des repères spatio-temporels. Il s'en suit une altération de la conscience de soi. Un certain nombre de personnes ayant ce vécu se replient sur elles-mêmes, restant dans leur chambre en permanence - indépendamment des fragilités motrices. Je rencontrai l'une d'elles, Mme B,

arrivée dans l'EHPAD neuf mois auparavant. Sa chambre était nue. Elle refusait qu'il y ait, en dehors de quelques vêtements, des affaires personnelles.

Plusieurs questions se posent : doit-on respecter indéfiniment ce repli ? Est-il mortifère ? Laisse-t-on seule, et dans l'immobilité, cette personne, qui, peut-être, attend une main tendue ? Comment nous positionner, en tant que professionnel, dans ce type de situation ?

Il est difficile d'apporter des réponses tranchées ; je suppose que chaque psychomotricien a son point de vue. Cependant, le psychomotricien prend en compte la personne dans sa globalité d'être humain. Il cherche à faire progresser le sujet vers une meilleure conscience de soi, un meilleur équilibre physique, psychique, émotionnel et à soutenir l'engagement du sujet dans la relation et l'environnement, de façon adaptée.

Devant cette perte d'élan de vie, la thérapie psychomotrice, passant par le corps, permet-elle de rallumer la petite étincelle, le désir de vivre, « l'envie d'avoir envie » ? A. Ciccone, psychomotricien et psychologue, souligne le fait que la pratique corporelle en psychomotricité, est « *le médiateur dans un travail qui vise toujours, au bout du compte, des effets psychothérapeutiques, c'est-à-dire des effets de changement ou de développement quant à l'état d'esprit des patients, quant à leur subjectivité* » (2010, p.43).

Ainsi, je fais l'hypothèse que la relance de l'élan vital par la thérapie psychomotrice est possible. En particulier, est-ce que passer par le mouvement, dans le plaisir du partage, pourrait raviver le désir de vivre ? Ma problématique est la suivante : en quoi les spécificités du soin psychomoteur, en passant par le mouvement, favorisent la relance objectale ?

Après avoir présenté le cas de Mme B, avec un point de vue clinique propre au regard du psychomotricien, j'évoquerai les liens théoriques entre plaisir et élan vital. Ensuite, je reviendrai sur une idée fondatrice de la psychomotricité : celle des intrications entre mouvement physique et mouvement psychique. Si le mouvement physique témoigne des processus psychiques, peut-il également les soutenir ? S'en suivra le choix d'une médiation corporelle pour soutenir le travail avec Mme B, et un retour sur la progression du suivi de Mme B en psychomotricité. Enfin, dans la partie discussion, je tenterai d'apporter des éléments de réponse à ma problématique.

# **1 Mme B**

## **1.1 Présentation de Mme B, anamnèse et antécédents médicaux**

Mme B se présente comme une dame de petite corpulence fine et frêle. Elle a 86 ans. Fille unique, elle s'est mariée sur le tard et a exercé toute sa vie en tant que psychologue. Elle est entrée à l'EHPAD en décembre 2020, après le décès de son mari et l'évolution défavorable de son état de santé. Elle n'a pas d'enfant. Elle reçoit la visite d'une amie proche toutes les semaines, son ancienne dame de ménage. Une cousine lui téléphone ou vient la voir également de temps en temps.

Dans l'EHPAD, elle participe peu aux activités proposées et refuse de personnaliser sa chambre, refusant de considérer cet endroit comme son nouveau « chez-elle ». Elle dit se sentir enfermée, elle qui aimait beaucoup les marches dans la nature avec son époux. Elle s'ennuie et passe beaucoup de temps à somnoler. Le seul élément de sa chambre qu'elle s'est approprié est son lit. Le reste de sa chambre ne contient que ses vêtements ; les murs sont nus, il n'y a aucune photo ni meuble personnel. Quand on entre dans sa chambre, elle est systématiquement allongée sur son lit, sur le dos de tout son long, ce qui peut évoquer une image de mort. Parfois, elle marche sans but dans le couloir, en admettant chercher à s'occuper. Elle possède une canne qu'elle utilise peu car elle marche correctement sans. Elle est semi-autonome (aide partielle à la toilette et à l'habillage).

Concernant ses pathologies médicales, elle présente une leucoaraïose (raréfaction de la substance blanche sous-corticale). Elle a également une rétinopathie acquise d'aggravation progressive (cécité de l'œil gauche et myopie sévère de l'œil droit).

Mme B présente des troubles cognitifs suffisamment présents pour empêcher son maintien à domicile.

Elle souffre d'un syndrome anxio-dépressif. Elle a plusieurs traitements médicamenteux, dont des anxiolytiques et des anti-dépresseurs.

## 1.2 Bilans pluridisciplinaires et suivis

Mme B a été évaluée par la psychologue de l'EHPAD. Le MMSE (Mini Mental State Examination) permettant d'évaluer les troubles cognitifs chez la personne âgée, donne un score de 19, en mars 2021, ce qui laisse supposer un syndrome démentiel à un stade limite entre léger et modéré, au vu de son haut niveau d'éducation. Le syndrome démentiel est défini par le Collège des Enseignants de Neurologie comme un affaiblissement ou une perte de plusieurs fonctions intellectuelles (cognitives), entraînant une perte d'autonomie et des troubles comportementaux (CEN, 2016). Ces troubles sont dus à des lésions structurelles du cerveau (pertes neuronales), d'où leur caractère progressif et irréversible. Les troubles de la mémoire y sont centraux. Le DSM-5 (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, de l'Association Américaine de Psychiatrie) donne les critères diagnostiques et utilise le terme de trouble neurocognitif majeur, plutôt que syndrome démentiel.

De plus, le GDS-15, qui est une échelle de dépression gériatrique, donne un score de 7, signifiant une forte probabilité de dépression. Selon le DSM-5 (Manuel MSD, s. d.), l'épisode dépressif majeur est un trouble de l'humeur, caractérisé par au moins cinq symptômes parmi la liste suivante (dont a minima soit une tristesse persistante, soit une perte d'intérêt ou de plaisir), depuis au moins deux semaines : humeur triste, perte d'intérêt ou de plaisir, modification significative du poids ou de l'appétit (sans régime), insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, dévalorisation ou culpabilité excessive, diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer, pensées de mort récurrentes. Il y a dépression si le patient souffre, que le fonctionnement au quotidien est impacté.

L'évaluation en kinésithérapie par un test de Tinetti donne un score de 25, montrant un risque de chute modéré.

Après ces évaluations, en 2021, Mme B est restée quelques mois sans bénéficier de suivis particuliers dans l'EHPAD. Elle avait de plus en plus tendance à rester au lit toute la journée. Plus aucune animation ne semblait l'intéresser. Elle était isolée, non stimulée. Comme elle avait pratiqué la gymnastique dans sa vie, la psychomotricienne l'a conviée à venir participer à un atelier de renforcement musculaire et de prévention des chutes mené par un éducateur APA (Activité Physique Adaptée) les jeudis matin, jour de mon stage.

## 1.3 Premières rencontres

### 1.3.1 Les ateliers « prévention des chutes » de l'APA

Tous les jeudis, nous invitons les résidents à rejoindre l'atelier prévention des chutes de l'APA. Cet atelier comprenait une dizaine de personnes, dont Mme B. Les premières fois que je lui ai proposé de venir, Mme B ne se souvenait ni de l'atelier, ni de moi. J'ai donc dû me présenter à chaque fois et expliquer en quoi consistait l'atelier. En insistant un peu, elle acceptait de participer, se remémorant l'activité physique à laquelle elle s'adonnait plus jeune avec plaisir et assiduité.

Pendant la séance d'APA, je restais près d'elle et l'aidais à suivre le groupe et à effectuer les mouvements. Sa mauvaise vue et ses difficultés de compréhension la perdaient, et le rythme de l'atelier était trop rapide pour elle. En effet, les autres participants, majoritairement sans troubles cognitifs, venaient en autonomie à l'atelier. Je la raccompagnais après à son étage. L'atelier n'était pas adapté pour elle.

### 1.3.2 L'évaluation psychomotrice : amorce d'alliance thérapeutique

Au vu de ses difficultés et du repli sur soi de Mme B, la psychomotricienne et moi avons décidé de faire un bilan psychomoteur. J'ai fait passer ce bilan en plusieurs fois : avec la psychomotricienne au début, puis seule.

Après les deux premières séances d'évaluation, je suis allée l'inviter à l'atelier APA, comme d'habitude. Allongée dans son lit, elle avait eu un malaise au petit matin et se sentait épuisée et très angoissée.

L'après-midi, elle se souvenait vaguement de mon premier passage. La voyant allongée, à ce moment-là, la convaincre de passer les épreuves de bilan me sembla inapproprié. Je lui demandai comment elle se sentait, et si elle préférait que je reste ou que je parte. Elle me demanda de rester.

Je lui proposai alors de la relaxation, par un toucher-massage au niveau des mains, elle accepta. J'ajustai ma tonicité pour que mon toucher soit doux tout en étant ferme, contenant,

sécurisant, sans ambiguïté. Je décidai de caler mon rythme respiratoire sur le sien, afin de renforcer, en plus du contact tactile, la communication par le dialogue tonique entre nous. Puis, j'ai réalisé des mobilisations passives de Wintrebert. Yeux fermés, elle participait aux mouvements. Quand je lui ai demandé de déposer son poids dans mes mains, elle le fit. Ayant finalement l'impression qu'elle somnolait, je suis restée quelques minutes près d'elle, en silence.

Se redressant sur le lit, elle verbalisa que la relaxation l'avait beaucoup détendue. Commença alors une longue discussion. Elle évoqua son sentiment de solitude à l'EHPAD, son ennui, et son besoin de relation, même si pour elle à présent, « converser demande trop d'efforts ». Elle raconta des événements personnels ; son discours était construit, lucide, posé. Elle était pleinement présente.

Nous avons pu terminer le bilan psychomoteur lors des séances suivantes. Mon visage devenait vaguement familier. Elle m'accueillait avec le sourire, même s'il fallait réexpliquer qui j'étais et pourquoi je venais.

Je pense que ce moment de partage et de relaxation avec elle, en s'accordant le temps, avec ma qualité de présence, a laissé une trace mnésique au niveau émotionnel qui m'associe à une sensation positive et a contribué à créer le lien thérapeutique.

## **1.4 Evaluation psychomotrice**

L'examen psychomoteur que nous avons fait passer est basé sur des items de l'EGP (Examen Géronto Psychomoteur), le Timed Up and Go, l'EMG (Evaluation de la Motricité Gnoso-praxique distale), le Goodenough (présenté sous la forme d'un dessin de soi), le test de Piaget/Head.

Plusieurs séances ont été nécessaires : Mme B est très fatigable et ses difficultés de compréhension rendaient la progression du bilan compliquée. Pendant toute la passation, l'attention était labile, Mme avait du mal à se concentrer sur les consignes.

## 1.4.1 Sémiologie psychomotrice de Mme B

### 1.4.1.1 Représentations du corps

Les somatognosies de Mme B sont préservées. Elle connaît et montre les parties du corps sur elle et les nomme sur autrui.

Les imitations de postures sont la plupart du temps réussies en immédiat ou en pièce à pièce sur étayage verbal important (compte tenu de sa malvoyance). Cependant, de rares fois, elle engage certaines parties du corps en étant persuadée de répondre à la consigne alors que ce n'était pas la partie demandée et ne corrige pas la posture malgré notre étayage. Le schéma corporel semble donc plutôt préservé et intégré mais présente des fragilités.

J'ai demandé à Mme B de « se dessiner telle qu'elle se sent aujourd'hui ». Elle dit qu'elle est fatiguée et qu'en conséquence elle va « dessiner quelque chose qui tombe ». Elle se dévalorise en disant qu'elle dessine mal et en rit doucement, sans sembler réellement craindre le jugement pour autant. Elle décrit verbalement son dessin tout en le faisant. Elle commence par le visage et fait des petits traits comme des hachures (pas de trait continu), comme pour sans cesse reprendre son tracé sans rien « affirmer ». Tout en dessinant de la main droite, sa main gauche demeure posée sur le bas du visage, cachant bouche et menton. Elle commente « c'est pas joyeux » et souhaite intégrer « un plateau pour la nourriture » (mais ne le fait pas). La silhouette est présente, de petite taille, occupant le quart supérieur gauche de la feuille. Plusieurs fois elle rajoute des cheveux. Mme B accorde de l'importance à sa chevelure, symbole de féminité : elle se recoiffe quand elle passe devant le miroir. Son dessin est consultable en annexe 1 (p. I).

De manière générale, ses attitudes renvoient à l'idée d'un corps subi. Debout dans un couloir, elle dit être totalement épuisée, « j'ai l'impression que mon corps va tomber dans la terre, mon corps est mou ».

### 1.4.1.2 Tonus et posture

Mme B présente une hypertonie de fond modérée. Elle est capable d'accéder au relâchement volontaire. Les mobilisations passives montrent de grandes amplitudes de mouvement, surtout au niveau des membres supérieurs. Concernant les membres inférieurs, le tonus est plus élevé et les amplitudes au niveau des chevilles sont limitées.

Assise, elle a tendance à s'affaisser et le buste se penche d'un côté ou de l'autre : elle ne tient pas son axe. Debout, elle est légèrement voûtée. Elle présente une hypotonie posturale. On remarque une prédominance des chaînes musculaires antéro-médiane et antéro-latérale, montrant une tendance au recentrage sur soi et à l'introspection. Quand elle est assise, elle croise les bras et les jambes, comme recroquevillée sur elle-même.

#### ***1.4.1.3 Motricité globale***

L'équilibre bipodal statique debout se fait facilement sans appui, en unipodal avec appui.

La marche est lente, sans aide technique la plupart du temps, et sans traîner des pieds, avec une longueur de pas correcte et un polygone de sustentation réduit. La dissociation des ceintures est spontanément quasiment absente. Cependant, Mme B est capable de cette dissociation si elle doit le faire consciemment. Le ballant des bras dans la marche est difficile à voir car Mme B s'accroche toujours à son gilet en marchant. Le pied est posé à plat sans déroulement de la voûte plantaire. Les appuis sont fragiles. Sa démarche est par moments vacillante, et la trajectoire incertaine, légèrement déviante, peut-être davantage parce qu'elle ne sait plus où elle doit aller que par manque de contrôle posturo-moteur. Ses troubles de l'attention et sa déficience visuelle contribuent à la fragilisation de son équilibre.

Les transferts se font aisément : elle se lève sans difficulté d'une chaise (en s'aidant ou non des accoudoirs), ou du lit.

Le Timed Up and Go (cf annexe 2 p. II) montre un risque de chute modéré. Le meilleur essai est à 20 secondes, en partie dû au fait qu'elle a oublié la consigne et a dépassé le siège au retour.

Concernant les coordinations, la sollicitation d'un seul hémicorps et les dissociations sont difficiles. Elle a tendance à engager les deux hémicorps simultanément dans des mouvements symétriques. Elle présente de temps en temps des persévérations motrices.

#### ***1.4.1.4 Espace***

Mme B sait où elle est, dans quel établissement et dans quelle ville. L'orientation spatiale est préservée mais réduite aux périmètres familiers, dans lesquels elle évolue : sa chambre et son étage. Elle ne change jamais d'étage et ne sort pas dans le jardin de l'EHPAD

seule. Les tests montrent une structuration spatiale relativement préservée. Elle décrit verbalement la configuration spatiale de son étage. Elle a donc une représentation mentale de l'espace familier, mais se restreint dans ses explorations de l'espace. Elle est autonome dans ses déplacements à son étage.

La latéralité et la réversibilité sont préservées.

Elle croise l'axe médian du corps, ce qui signifie que l'axe corporel est toujours intégré et que l'espace demeure unifié pour elle.

#### ***1.4.1.5 Temps***

Malgré le rappel de la date du jour à deux reprises au cours du bilan, Mme B n'est pas en mesure de la restituer. Elle identifie difficilement le moment de la journée. Elle ne sait pas à quelle saison nous sommes. Elle se souvient de quelques événements (atelier APA, déjeuner) de sa journée mais pas dans la totalité, et ne nous reconnaît pas d'une fois sur l'autre. Elle pense être arrivée à l'EHPAD il y a deux mois, alors qu'en réalité elle est là depuis presque un an. Elle présente une désorientation temporelle.

#### ***1.4.1.6 Sensorialité***

Mme B accepte le toucher et l'apprécie. Elle aime les mobilisations passives. Elle aime être guidée par le toucher quand elle n'arrive pas à effectuer un mouvement.

Elle a une cécité à l'œil gauche et une malvoyance à droite avec une acuité visuelle estimée à 3/10<sup>ème</sup> à l'œil droit. Ceci altère probablement sa perception de l'espace.

L'audition est efficiente.

Différentes propositions de prises de postures et de mouvements effectués yeux fermés montrent que les perceptions proprioceptives et kinesthésiques sont encore efficaces.

#### ***1.4.1.7 Motricité fine et praxies***

La motricité fine de Mme B est préservée pour les actes ancrés dans la mémoire corporelle mais elle est entravée par sa malvoyance. Elle a cessé d'écrire.

Les praxies idéomotrices sont conservées : elle mime correctement des gestes de la vie courante ou exécute des gestes symboliques, sur demande orale.

Les praxies idéatoires sont préservées : Mme B sait faire ses lacets, boutonner un gilet, se brosser les cheveux, se brosser les dents, utiliser des couverts, écrire, par exemple. Elle participe cependant de moins en moins à la toilette et à l'habillage le matin, alors qu'elle en est capable d'un point de vue moteur. Elle dit être trop écrasée par la fatigue. Le soir, elle se déshabille seule.

#### ***1.4.1.8 Fonctions cognitives***

- L'attention de Mme B est labile, et elle est très fatigable. Dès que les phrases sont trop longues, les mots compliqués, ou les consignes multiples, elle décroche et il est nécessaire de répéter plusieurs fois et de fragmenter les consignes. Sa fragilité attentionnelle empêche l'encodage mnésique.
- Mémoire : Mme B semble présenter un oubli à mesure, observable dans les épreuves de mémoire de l'EGP. La mémoire à court terme (immédiate, et mémoire de travail) est fonctionnelle si et seulement si elle accorde son attention, et si on lui répète plusieurs fois les informations. A court terme, elle mémorise mieux la dernière information donnée, il y a effet de récence. Le passage en mémoire à long terme est fragile. La mémorisation verbale échoue, malgré un contrôle de l'encodage avec indiçage et rappel immédiat. Le rappel libre différé échoue quelques minutes après, et l'indiçage est inefficace. Les informations n'ont pas été stockées dans la mémoire épisodique. Malgré notre insistance sur l'importance de mémoriser les postures, et sa stratégie de mémorisation (le « toit » pour les mains), le rappel différé est échoué, même indicé. Elle ne se souvient pas d'avoir exécuté les postures quelques minutes avant. Le stockage en mémoire kinesthésique a échoué, malgré l'emploi de moyens mnémotechniques trouvés elle-même.
- Langage : Sa fatigue et sa quasi-somnolence constantes entravent son articulation, ce qui donne une impression de confusion. Lorsqu'elle est disponible, Mme B s'exprime dans un langage soutenu et avec un vocabulaire riche, même si son discours est fréquemment perturbé par un manque de mot. Elle est capable de soutenir une conversation et d'avoir un discours structuré et cohérent. Elle peut exprimer des souhaits, des refus (avec tact), ou encore ses émotions de façon mesurée.

- Fonctions exécutives : Mme B contrôle son comportement et ses émotions. Elle ne présente aucune impulsivité. La flexibilité mentale semble conservée au sens où elle est capable de passer d'une tâche à une autre sur demande. Cependant, on remarque par moments des difficultés au niveau de l'inhibition motrice, et des persévérations. Elle présente des difficultés de planification.

#### ***1.4.1.9 Relation, communication non-verbale et aspects psychoaffectifs***

Mme B est d'un abord souriant, avenant, tout en étant discrète. Elle apprécie d'être en relation avec autrui. Elle dit souffrir de la solitude. Elle discute volontiers. Malgré sa malvoyance, son regard cherche le contact, sauf quand son épuisement est trop grand : elle ferme les yeux tout en exprimant son besoin de repos. Elle a le visage expressif. La voix est audible et la prosodie conservée, mais elle articule peu. Au niveau de la proxémie, elle entre dans la distance intime quand elle cherche le contact. Mme B se touche beaucoup le visage avec une ou les deux mains, dans des moments de confusion, d'épuisement, ou d'anxiété.

Elle souffre de troubles anxio-dépressifs. Elle ne présente pas de troubles du comportement « bruyants ». Elle semble de plus en plus apathique. Elle manque de motivation pour s'engager dans des activités. Si l'on insiste, il se peut qu'elle accepte de participer aux propositions, pour finalement s'y soustraire. Elle éprouve peu de plaisir dans les activités en tant que telles. En plus de cette anhédonie, elle présente une aboulie : c'est la diminution ou la privation de la volonté, s'accompagnant de l'incapacité d'orienter et de coordonner la pensée dans un projet d'action ou une conduite efficiente (définition du Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales).

#### **1.4.2 En conclusion : le diagnostic psychomoteur**

Mme B présente une bradypsychie, des troubles cognitifs handicapants (attention, mémoire épisodique antérograde), et une désorientation davantage temporelle que spatiale. S'ajoutent à cela une déficience visuelle d'apparition tardive et des problèmes de compréhension qui l'isolent en l'empêchant de s'engager dans des activités et de participer à la vie sociale de l'EHPAD. Le bouleversement de ses repères et la conscience de la perte de ses capacités alimentent son anxiété.

Sa perte d'élan vital se traduit par une hypotonie posturale, un ralentissement psychomoteur, une passivité, une asthénie et une fuite dans le sommeil. Mme B subit son corps et se dévalorise : elle perd confiance en elle. Elle désinvestit son corps et l'environnement. On peut faire l'hypothèse d'un sentiment de perte d'identité et de dégradation de l'image du corps, tout ceci en lien avec son syndrome dépressif.

L'axe corporel est une construction tonique et psychique, représentative du Moi, qui permet de déployer ses fonctions instrumentales dans l'espace perçu comme unifié, et d'avoir une appréhension structurée de son propre corps. Mme B se voûte et passe beaucoup de temps allongée au lit, tout en désinvestissant l'environnement. Même s'il semble toujours intégré, il y a un risque de perte progressive de l'axe corporel et de perte d'accès à la verticalité.

Pourtant, elle est avide de relation, le verbalise, et a de nombreuses capacités. Au niveau de la motricité globale, elle est autonome dans ses transferts et déplacements, même si ses équilibres sont altérés par ses appuis fragiles, son défaut de vigilance et sa malvoyance. Par conséquent, il existe un risque de chute avéré, mais qui reste modéré.

Autres points d'appui, le schéma corporel, la latéralité, et la sphère spatiale sont encore relativement préservés. Cela lui donne la capacité de déployer ses fonctions instrumentales. D'ailleurs, ses praxies sont conservées et elle reste plutôt autonome. Quand elle est motivée par des activités physiques douces qu'elle a toujours appréciées, elle sait réaliser des mouvements relativement précis et amples, et évoque spontanément le plaisir que cela lui apporte.

La relation, les échanges, le toucher, et l'imitation peuvent la soutenir dans ses expériences psychomotrices.

## **1.5 Objectifs thérapeutiques et projet psychomoteur**

A court terme, l'objectif en psychomotricité pour Mme B est de :

- Soutenir la valorisation de soi, le réinvestissement de son propre corps et de son environnement en l'aidant à prendre conscience de ses ressources internes, retrouver de l'élan vital

- Améliorer ses compétences motrices afin de diminuer le risque de chute et conserver son autonomie le plus possible

Sur le long terme, l'objectif est de favoriser la relation à autrui pour rompre son isolement et soutenir son identité. Nous espérons qu'elle investira sa chambre, la personnalisera, et participera à la vie sociale de l'établissement. Nous veillerons également, en trame de fond, à stimuler indirectement ses capacités attentionnelles et mnésiques.

En termes d'axes de travail plus précis sur les items psychomoteurs, le but est de :

- Renforcer la solidité des appuis, de l'ancrage, ainsi que l'axe corporel, afin d'améliorer ses équilibres, à la fois physique et psychique
- Préserver la motricité globale pour soutenir l'intégrité du schéma corporel et prévenir sa dégradation
- Encourager la prise d'initiatives dans le plaisir du mouvement et la valoriser pour rendre Mme B actrice et davantage confiante, pour valoriser l'image du corps

Nous avons proposé, au début de la prise en soins, une séance d'une heure par semaine en petit groupe de quatre personnes : la psychomotricienne et moi, Mme B, et une autre résidente très impliquée dans la vie sociale de l'établissement, Mme F, autour de la médiation taï chi chuan. Le petit groupe de quatre a été formé au début pour proposer un cadre contenant et sécurisant à Mme B, favoriser une ouverture à la relation, et soutenir le sentiment d'identité. Cependant, la prise en charge en groupe n'a pas duré, et Mme B a été suivie en individuel.

En psychomotricité, les propositions s'appuient grandement sur les appétences et goûts des patients, afin de favoriser l'émergence de plaisir en séance. C'est un moyen pour, tout d'abord, faciliter l'instauration de l'alliance thérapeutique, et ensuite, motiver le patient. Ainsi, la séance permet de « mettre au travail » via l'adhésion de la personne. La dimension plaisir en séance est un élément capital pour à la fois, favoriser l'engagement du patient, et soutenir les progrès par un meilleur ancrage dans la mémoire corporelle.

## **2 Le plaisir, un élément clé pour relancer l'élan vital**

Suite à l'élaboration des axes thérapeutiques pour Mme B, il m'a semblé nécessaire qu'elle puisse expérimenter à nouveau du plaisir à être, pour progresser vers un réinvestissement de soi et de l'autre. Mais, qu'entend-t-on par le mot « plaisir » ? Dans cette partie, je vais exposer les notions de plaisir et d'élan vital selon différents auteurs et courants. La relance de l'élan vital est un objectif clé pour Mme B. L'élan vital peut être rapproché du concept de libido théorisé par la psychanalyse ; j'évoquerai ensuite les apports des neurosciences sur ces notions, avant de les préciser d'un point de vue psychomoteur.

### **2.1 Définition du plaisir**

Selon le dictionnaire Le Robert en ligne, le plaisir est « *une sensation ou émotion agréable, liée à la satisfaction d'un désir, d'un besoin matériel ou mental* » (s. d.). Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales ajoute qu'il peut être procuré par l'accomplissement d'une activité gratifiante. Il concerne tous les âges et est, comme le désir, indispensable à l'équilibre d'un être humain.

Il se vit dans des expériences sensorielles, motrices, intellectuelles, ou relationnelles. Bien qu'éphémère, cette sensation de bien-être peut laisser une empreinte, qui va motiver l'Homme à la retrouver.

### **2.2 L'élan vital, en lien avec le plaisir**

B. Spinoza développe une pensée dite moniste, dans laquelle corps et psyché sont deux expressions d'une seule et même chose, la Nature, dite la *Substance*. L'Homme est avant tout une unité, et une puissance d'exister, où la pulsion de vie est première. Cette pulsion de vie, qui peut être assimilée à la notion d'élan vital, est appelée *conatus* pour Spinoza, ce qui signifie « *effort pour persévérer dans son être* » (Scialom, Giromini, et al., 2015, p. 211). L'Homme cherche d'emblée à maintenir sa vie, se développer, s'affirmer, agir. Selon le philosophe, le désir ne naît pas d'un manque. Cette force première se confronte à la réalité et se module en conséquence.

L'élan vital désigne, selon le philosophe H. Bergson (dans son œuvre *L'évolution créatrice* de 1907), une tendance créatrice de vie, qui assure la continuité de l'espèce et engendre l'évolution des êtres. Chez un individu, l'élan vital se caractérise par la volonté d'accéder au bien-être et de se développer, la capacité d'adaptation, et la capacité de résilience. Il est entretenu par le plaisir ressenti dans le vécu d'expériences sensorielles, motrices, intellectuelles, relationnelles, en lien avec le système de la récompense, qui sera décrit plus loin.

L'élan vital permet la résilience, le rebond. La résilience est un concept de B. Cyrulnik, datant des années 1990, dans le champ de la psychologie. G. Ribes (2006), citant Cyrulnik, rappelle sa définition : c'est « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative* ». Elle implique donc une dynamique développementale, c'est-à-dire que le psychisme continue à se développer toute la vie.

Qu'en est-il lorsque la personne est atteinte de troubles neurocognitifs ou psychiatriques, qui amenuisent ses capacités à penser et à s'inscrire dans une temporalité ?

L'altération de l'élan vital se manifeste par la perte de la capacité à éprouver du plaisir (anhédonie) et une diminution importante de la volonté (aboulie). Ainsi, si la vie n'apporte plus de plaisir, l'élan vital s'éteint et la motivation disparaît. La personne se désintéresse de tout et se retire de la vie sociale.

La perte d'élan vital est un symptôme de la dépression. Selon le DSM-5, l'un des critères clés de la dépression est la « *diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours* » (Manuel MSD, s. d.). S'engager dans une activité devient trop coûteux en termes d'énergie.

Nous avons vu que l'élan vital peut se rapprocher de la notion de désir. Nous pensons ainsi au concept de libido proposé par S. Freud. Voyons à présent ce que la psychanalyse théorise à ce propos.

## 2.3 Le point de vue de la psychanalyse

### 2.3.1 Libido et principe de plaisir

En psychanalyse, dans la première théorie des pulsions, l'évolution des processus psychiques de l'Homme est régie par le principe de plaisir (Freud & Dreyfus, 1963). L'activité psychique a pour but de procurer du plaisir et d'éviter le déplaisir.

S. Freud oppose principe de plaisir et principe de réalité. Le plaisir correspond à l'apaisement d'une tension générée par des pulsions. La pulsion, de source corporelle, est une force inconsciente qui, agissant de façon permanente, suscite une certaine conduite. Elle se manifeste par un état d'excitation (comme la faim, la soif, le besoin sexuel...) qui oriente l'organisme vers un objet, grâce auquel la tension sera réduite, réduction qui génère du plaisir. Le but de la pulsion est d'être satisfaite. Elle opère donc une sorte de « poussée » qui fournit l'énergie psychique nécessaire à l'activité de l'appareil psychique : la libido. C'est cette énergie libidinale fait tendre l'appareil psychique vers un but. Mais, le Moi tient compte des exigences de la réalité. Le Moi concilie en permanence la libido du ça, la sévérité du surmoi et l'adaptation au monde extérieur. Ainsi, si le principe de plaisir régit le ça, le Moi lui substitue le principe de réalité, plus à même d'assurer sa sécurité dans le monde. La libido se dirige alors sur des Objets, dont le Moi lui-même. La part de libido qui investit le Moi, l'amour de soi en quelque sorte, est le narcissisme. Ainsi, l'Homme dirige son énergie psychique sur soi-même et sur les relations et l'environnement, en tenant compte des exigences de la réalité.

Freud décrit les stades successifs du développement psycho-affectif de l'enfant, dans lesquels le plaisir prend une place centrale : stade oral, stade anal, stade phallique, puis stade génital après la période de latence. Ainsi, les premières expériences de satisfactions se trouvent dans un plaisir d'organe. Le plaisir est avant tout corporel, et à chaque stade correspond une évolution du fonctionnement psychique de l'enfant, en lien avec la zone érogène phare du stade. Les stades décrits par Freud ne seront pas ici développés davantage.

La libido se manifeste par l'engagement de l'Homme dans des activités (scientifiques, artistiques, etc.) et des créations (œuvres d'art, poésie, etc.). C'est le processus de sublimation. La capacité de sublimation permet donc le passage à une satisfaction, un plaisir, autre que la

satisfaction sexuelle. Cette satisfaction « psychique » peut se rapprocher de la satisfaction procurée par l'exercice de la sexualité.

Cependant, Freud évolue au fil des années, grâce à sa clinique. Il finit par modifier sa théorie des pulsions pour y introduire les notions de pulsion de vie et pulsion de mort.

La pulsion de vie, « Eros » en référence à la mythologie grecque, est la force vitale. Elle pousse l'individu à maintenir son existence et à se reproduire. Elle représente les pulsions d'autoconservation (pulsions vitales présentes chez le nouveau-né : faim, ...) et les pulsions sexuelles (le besoin corporel se transforme en besoin d'entrer en relation avec l'objet d'amour).

D'un autre côté, la pulsion de mort, « Thanatos », représente l'effort pour se soustraire aux tensions, la « *tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique* » (Pontalis et al., 2004). Tournée d'abord vers l'intérieur et tendant à l'autodestruction, la pulsion de mort pourrait secondairement se diriger vers l'extérieur, en se manifestant alors sous forme de pulsion agressive ou destructrice. La pulsion de mort tournée vers soi pourrait être une sorte d'abandon face à une vie trop difficile à affronter.

Pour le psychanalyste C. Jung, la libido est l'énergie psychique, quel que soit son objet. La libido serait l'élan vital, l'appétit de vivre.

On peut supposer a priori que cet élan se modifie, toute la vie, au gré des expériences et du vécu psychoaffectif de la personne. L'entrée dans le grand âge, dernière phase de la vie, se caractérise-t-elle par des particularités au niveau de l'énergie psychique du sujet ?

### 2.3.2 Vieillesse et libido

La personne âgée vit des pertes répétées et rapprochées touchant le corps, l'image qu'elle a d'elle-même (vieillesse de la peau, reconnaissance sociale...), les fonctions cognitives, la vie affective (décès de proches, isolement). Elle voit également approcher sa propre mort. Il se produit une attaque du narcissisme : chaque perte le grignote un peu plus. Ainsi, s'opère une « *véritable crise identitaire qui impose de faire le deuil de ce que l'on a été* » (Fantini-Hauwel et al., 2020, p. 3).

Chaque deuil prend du temps et nécessite des remaniements psychiques. Quand les deuils sont rapprochés, la capacité de résilience est dépassée. Il y a une fragilisation, un effeuillage du Moi : il ne trouve plus les ressources pour rebondir. Le sentiment d'identité se perd. Bien entendu, cela est très variable d'un sujet à un autre, en fonction de ses ressources propres et de son histoire.

F. Villa (2015), psychanalyste, évoque la vision Freudienne: la personne âgée vivrait un « gel » de la libido, des désirs, des projets. Cependant, pour Villa, l'âge ne réduit pas la force pulsionnelle. L'énergie vitale est bien présente. Le but des thérapies est de remobiliser la libido, la faire circuler, que le sujet redevienne acteur, réinvestisse la vie. Ce n'est pas le temps lui-même qui produit de la pathologie, mais ce que Villa nomme *l'accumulé*, le poids de la *revendication pulsionnelle lésée* qui croit avec le temps. Moins l'appareil psychique sait répondre aux exigences rencontrées, plus son énergie s'engage dans des compensations nécessaires au maintien de son équilibre précaire, et plus le Moi se fragilise.

## **2.4 Neurobiologie du plaisir**

Après cet abord psychanalytique des notions de plaisir et de libido, j'expose à présent ce que la neurophysiologie nous enseigne sur les mécanismes mettant en jeu le plaisir et le désir de (re)vivre les situations satisfaisantes.

### **2.4.1 Le système de la récompense**

Le rôle principal de notre cerveau est de maintenir l'équilibre de notre milieu intérieur (homéostasie). Il y parvient en incitant notre corps à agir pour rétablir les déséquilibres quand ils se créent. Se nourrir, boire, se reproduire, être materné, sont essentiels pour la survie de l'individu. Au cours de l'évolution, la sélection naturelle a associé à ces expériences de fortes sensations de satisfaction : le plaisir. Lorsqu'une action associée à du plaisir est possible, le système de la récompense s'active et enclenche le cycle « désir – action – satisfaction » en nous poussant à agir pour obtenir la sensation de plaisir associée (Le cerveau à tous les niveaux, s. d.).

D'un point de vue neuroanatomique, si ce circuit de la récompense s'est développé pour favoriser les comportements reliés aux besoins fondamentaux, il s'est ensuite élargi pour nous inciter à répéter les expériences agréables découvertes au cours de la vie.

Le circuit de la récompense est ainsi au cœur de l'activité humaine et oriente nos comportements.

Les principaux centres du circuit de la récompense ont été localisés le long du MFB (Medial Forebrain Bundle). Le circuit de la récompense est formé par les axones des neurones dopaminergiques de l'ATV (Aire Tegmentale Ventrale, située dans le tronc cérébral) qui se projettent vers le noyau accumbens. L'ATV et le noyau accumbens constituent les centres majeurs de ce circuit qui en comporte plusieurs autres comme le septum, l'amygdale (structure cérébrale du système limbique, essentielle au décodage des émotions), le cortex préfrontal ainsi que certaines régions du thalamus. L'amygdale présente des liens très étroits avec l'hippocampe, impliqué dans la mémorisation de toute la scène et de l'expérience générant du plaisir. Chacune de ces structures cérébrales participerait à sa façon à divers aspects de la réponse comportementale.

De plus, tous ces centres sont interconnectés et innervent l'hypothalamus, ce qui entraîne une modification des fonctions végétatives et endocrines de tout le corps par l'intermédiaire de l'hypophyse.

Le MFB est un système majeur de motivation pour l'individu. Le plaisir constitue ainsi un renforcement positif des comportements le générant.

#### 2.4.2 Dopamine et sérotonine : des hormones du bien-être

Nous avons vu que la dopamine joue un rôle clé dans le circuit de la récompense. Ainsi, elle est indispensable à notre santé psychologique. En effet, elle est responsable des sensations de bien-être, de plaisir, de récompense et de motivation. La réalisation d'une activité agréable stimule la libération de dopamine, d'où la sensation de plaisir poussant à renouveler l'expérience. Cependant, un excès de dopamine peut provoquer des comportements addictifs et compulsifs.

La dopamine, et la sérotonine, interviennent aussi dans la régulation de l'humeur. Lorsque les neurones et réseaux neuronaux impliqués dans la sécrétion et la transmission de ces hormones sont atteints, l'équilibre émotionnel de la personne est altéré. Par exemple, la dépression est associée à la baisse de ces neurotransmetteurs. Cela entraîne un ralentissement psychique, une baisse de l'énergie vitale, une anhédonie, une perte d'intérêt, des troubles de l'attention, mais également un emballement de l'activité d'autres zones cérébrales, provoquant insomnies, angoisses, ruminations.

Ainsi, nous venons de voir que ces hormones jouent un rôle important dans l'équilibre psychique, émotionnel et dans l'accès au bien-être. La dopamine est simultanément, très importante pour une motricité régulée et harmonieuse. En effet, la dopamine est essentielle dans les circuits de régulation de la motricité, constitués de réseaux entre les noyaux gris centraux, le thalamus et le cortex. D'ailleurs, la dégénérescence de neurones dopaminergiques entraîne des syndromes extra-pyramidaux caractérisés par des difficultés à initier et réguler le mouvement, comme par exemple, dans la maladie de Parkinson.

L'activité physique augmente la production naturelle de dopamine et de sérotonine, tout en faisant baisser le taux de cortisol (l'hormone du stress), ce qui a un effet antidépresseur. Elle entraîne également la sécrétion d'endorphines, qui ont un pouvoir analgésique et procurent une sensation de bien-être.

En soutenant l'accès au plaisir, au bien-être psychique et corporel, ce fonctionnement hormonal complexe, impliquant tout particulièrement le système de récompense et les noyaux gris centraux, soutient les mécanismes de motivation, d'apprentissage et de mémorisation.

## **2.5 Plaisir et mémoires**

Une expérience générant du plaisir ou du bien-être laisse une trace en mémoire. On peut même dire que le plaisir facilite l'ancrage en mémoire.

Le cerveau comprend plusieurs types de mémoires (Le cerveau à tous les niveaux, s. d.). L'hippocampe et le cortex rendent possible une mémoire consciente explicite. De son côté, l'amygdale permet l'une des formes de nos mémoires implicites, la mémoire émotionnelle.

Différents aspects reliés à une situation chargée émotionnellement seront donc pris en charge à la fois par l'hippocampe et l'amygdale. Ces deux structures fonctionnent en parallèle et en lien étroit. L'hippocampe stocke tous les paramètres, en particulier sensoriels, de la scène vécue dans la mémoire épisodique. L'amygdale module l'activité hippocampique selon la valence émotionnelle (négative, positive, neutre) de l'événement.

Les émotions favorisent la modulation des différentes étapes de la mémorisation (encodage, stockage, récupération), par l'entremise de l'amygdale. Proposer des expériences porteuses de sensations et émotions agréables apporte du bien-être et favorise un meilleur ancrage de ce vécu dans les différentes mémoires.

En outre, N. Feil (2018), psychosociologue spécialisée en gérontologie, précise que des événements actuels peuvent provoquer des réminiscences. Par exemple, la musique - entre autres - peut réveiller des souvenirs et les émotions liées, pour le résident. Nous pouvons donc tenter, par nos propositions en séance, de convoquer la mémoire émotionnelle, sensorielle. La réinscription dans le temps semble être une source de plaisir et d'identité.

Dans le vieillissement normal, il existe un effet de positivité qui se manifeste par une augmentation du traitement des stimuli positifs et une réduction du traitement des stimuli négatifs (Sava & Chainay, 2013). Ainsi, les sujets âgés s'attardent beaucoup plus sur les stimuli positifs que négatifs, contrairement aux jeunes. Selon une théorie dite de la sélectivité socio-émotionnelle, l'effet de positivité est dû au fait qu'au cours du vieillissement normal, les personnes, conscientes du temps qui passe, cherchent à réaliser leurs projets dans un futur proche et à augmenter leur bien-être. Ainsi, les sujets âgés accordent leur attention aux stimuli positifs, et toute expérience vécue positivement sera beaucoup mieux stockée en mémoire (et récupérée) qu'un vécu négatif, vite « évacué ». Ainsi, nous avons tout intérêt à favoriser l'accès au plaisir si l'on souhaite que la personne mémorise et progresse dans un apprentissage. Si cela est vrai à tout âge, ça l'est d'autant plus chez la personne âgée.

A.-A. Sava et H. Chainay, neuropsychologues, ajoutent que dans la maladie d'Alzheimer, l'effet des émotions sur la mémoire reste opérationnel surtout dans les premiers stades de la maladie, et d'autant plus si les informations ou événements concernés sont intenses émotionnellement et d'une grande pertinence personnelle. Dans les stades plus avancés de la maladie, l'atrophie amygdalienne atténue l'effet des émotions sur la mémoire.

Dans la dépression, les émotions sont de faible intensité et plutôt négatives, et la personne présente des troubles attentionnels. La dépression et l'anhédonie entravent donc l'encodage et le stockage en mémoire.

## **2.6 Quand le plaisir disparaît : démotivation, apathie, ou dépression ?**

Selon C. Hazif-Thomas et P. Thomas (2009), psychiatres et gériatres, la motivation est soutenue par le désir et comporte en elle-même « *l'anticipation des possibilités* ». Qui dit anticipation dit temporalité. La menace sur les perspectives d'avenir qui est présente à l'esprit de nombreuses personnes âgées effrite leur capacité d'anticipation. Les troubles cognitifs et la désorientation temporelle entravent également ces processus. Découragées par les pertes fonctionnelles, certaines personnes âgées cessent de s'engager dans toute activité et se replient sur elles-mêmes.

Il existe deux types de motivation : la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. La première provient d'un désir interne, visant la réalisation d'un besoin d'auto-détermination. La seconde provient d'une influence extérieure : besoin d'éviter quelque chose de désagréable ou besoin d'être récompensé par quelqu'un.

La motivation renvoie à l'apprentissage et au système de récompense. Le succès, le plaisir, la renforcent, là où l'échec ou l'absence de résultat la diminuent. La disparition de la motivation est la conséquence de la perte de contrôle du résultat qui suit le comportement. Se produit alors peu à peu un émoussement affectif, puis de l'indifférence : c'est l'apathie.

L'apathie se définit comme : « *la perte ou la diminution primitive de la motivation c'est-à-dire des processus qui permettent d'organiser le comportement vers un but en fonction de l'expérience passée, de la situation actuelle et du résultat attendu ; c'est l'absence de réponse à l'environnement par une diminution des actions auto-initiées* » (Albaret et al., 2018, p. 636). A la démotivation, s'ajoute un émoussement affectif. Souvent, la motricité volontaire reste conservée, le tonus et l'activité spontanée sont normaux, selon l'HAS (Haute Autorité de Santé).

Selon C. Hazif-Thomas et P. Thomas, « *la démotivation est une mort de l'investissement social qui précède la mort physique* » (Ibid.). L'amertume et l'ennui envahissent tout,

accompagnées en soubassement d'une angoisse de mort. Citant Pontalis, les auteurs ajoutent que la démotivation et/ou l'apathie traduit plutôt un refus de la perte et un refus d'endurance, là où dans la dépression, la perte est reconnue mais le deuil refusé, et le désespoir lié à l'incapacité à se projeter. Faire le deuil ouvre la voie à un possible réinvestissement.

La démotivation accentue la sédentarité et aggrave la dépendance, alors que souvent, les capacités motrices sont encore présentes. Il n'y a plus de désir de faire un effort, dans une sorte de résistance passive, qui, dans l'apathie, s'accompagne d'une répression des affects. La démotivation est à la fois renoncement au mouvement et « *perte du plaisir de désirer* ». Au contraire, la dépression est caractérisée une tristesse et un pessimisme, et l'autonomie est vécue comme définitivement perdue.

C. Hazif-Thomas et P. Thomas pensent que les psychothérapies non verbales peuvent contribuer au travail de soutien de la personnalité dans ces situations complexes. La psychomotricité a, en effet, un rôle privilégié à jouer dans la prise en soins des patients atteints de perte du plaisir de fonctionner.

## **2.7 Répercussions psychomotrices de la perte d'élan vital**

Au niveau psychomoteur, la perte d'élan vital se traduit principalement par un ralentissement psychomoteur et une asthénie. Nous pouvons évoquer les signes suivants :

- Une diminution du tonus postural et du tonus d'action, un affaissement de la posture
- Une perte d'initiative motrice, une moindre réactivité, une bradykinésie, et par conséquent un déconditionnement progressif des capacités au niveau de la motricité globale (perte de la verticalité, perte de mobilité du tronc, diminution du contrôle postural, équilibres fragiles, ralentissement moteur, troubles de la marche et de l'endurance, perte de force et de masse musculaire, fragilisation des articulations, et par conséquent augmentation du risque de chute)
- Un ralentissement des habiletés manuelles
- Une fréquence des auto-contacts du visage, comme pour se protéger, se couper de la relation
- Une accentuation de la perte des sensations proprioceptives liée à l'immobilité

- Une accélération de l'appauvrissement du schéma corporel, conséquence de la disparition du mouvement s'accompagnant de l'altération sensorielle, proprioceptive, kinesthésique
- Une dévalorisation de l'image du corps, de par le désinvestissement de soi, la perte du sentiment d'auto-efficacité, la conscience de la perte de la capacité de résilience, la perte du sentiment d'identité
- Une perte de la perception des appuis et de la verticalité posturale, à force de rester alité ou assis, une fragilisation de l'axe corporel
- Un désinvestissement massif de l'espace et des structures rythmiques et temporelles apportées par l'environnement, avec un risque d'aggravation de la désorientation spatio-temporelle
- Un appauvrissement de la communication verbale et non-verbale : mutisme ou langage laconique, monotonie de la prosodie, diminution de l'intensité de la voix et de la vitesse d'élocution, altération de l'articulation, pauvreté de l'expression faciale, diminution des contacts oculaires
- Des troubles de la relation par absence ou refus d'interactions, de partages, d'accordages
- Un ralentissement de la pensée et l'accentuation des troubles cognitifs.

## **2.8 La perte d'élan vital de Mme B**

Mme B présente des facteurs à la fois psychologiques, neurobiologiques, et cognitifs, expliquant son aboulie et son anhédonie.

La dépression va de pair avec un déséquilibre complexe en termes de neurotransmetteurs, qui altère le fonctionnement cérébral et entraîne des troubles cognitifs, un ralentissement psychomoteur, et une démotivation. Rappelons cependant que la dépression persistante de la personne âgée est un facteur prédisposant à l'entrée dans la démence. De plus, Mme B est restée longtemps isolée, sans stimulation particulière. Avec une leucoaraïose qui progresse, la dégénérescence progressive des faisceaux de substance blanche entraîne une mort neuronale dans les zones qui ne sont plus connectées ; on peut faire l'hypothèse que les interconnexions entre les différentes aires cérébrales, dont le système de récompense - entre autres - fonctionnent moins bien. D'après l'article de C. Hazif-Thomas et P. Thomas (2009), la démotivation et l'apathie chez la personne âgée pourraient être liées à des altérations de circuits

dopaminergiques sous-corticaux. C'est pourquoi elles sont si répandues dans les cas de démences. Consciente de sa perte de repères et de l'avancée de ses troubles cognitifs, perdant son estime d'elle-même, Mme B se déprime encore plus et prend de moins en moins d'initiative. Elle se trouve ainsi dans un cercle vicieux et ne trouve plus l'énergie de la résilience.

L'apathie est une « *altération des comportements liés à l'action* » (Albaret et al., 2018, p. 635). Faisant partie des troubles comportementaux dits « négatifs », silencieuse, elle risque de ne pas être repérée et le déclin fonctionnel peut être important. En effet, la personne ne se plaint pas et le personnel de l'EHPAD non plus, dans la mesure où elle ne réclame rien et « ne dérange pas ».

Le tableau clinique comprend :

- Une diminution de l'initiative, du comportement intentionnel dirigé vers un but, que ce soit d'un point de vue moteur ou relationnel
- Une diminution des activités cognitives intentionnelles : diminution des champs d'intérêt, manque d'appétence pour apprendre de nouvelles choses ou vivre de nouvelles expériences
- Diminution des aspects émotionnels : monotonie de l'affect.

On parle d'apathie si la personne présente au moins deux des trois critères (*Ibid.*).

Pour une psychomotricienne débutante, il est difficile de faire la différence, d'un point de vue clinique, entre dépression et apathie. Je me suis beaucoup demandé si Mme B présentait une apathie, en plus de sa dépression. Les deux syndromes sont pourtant décrits comme distincts. La perte d'initiative, en faveur de l'apathie, est pourtant présente chez Mme B. Est-ce que l'apathie pourrait être un mécanisme de défense contre l'anxiété et la dépression ? Mme B serait-elle atteinte de dépression et d'une installation progressive de l'apathie ? La déficience visuelle récente peut être un facteur supplémentaire de démotivation. Cependant, elle s'engage encore parfois elle-même dans des promenades dans le couloir de son étage, pour « conjurer l'ennui » dit-elle. Elle évoque son envie de recevoir la visite de son amie, qui la raccroche à sa vie d'avant l'EHPAD. Après la séance de psychomotricité, elle sourit et dit qu'elle se sent mieux, mais aussi qu'elle a hâte de retrouver son lit. Elle est donc encore capable d'éprouver des émotions agréables, même si elles sont de faible intensité.

Mme B n'a pourtant plus de désir, l'énergie psychique est « bloquée ». Ses mouvements psychiques et physiques se réduisent au minimum. Lors des premières séances, elle est parfois irritée quand je me présente, car je la dérange dans son besoin de repli, dans son anhédonie. Je crains qu'en l'absence d'étayage externe et interne, la pulsion de mort ne l'emporte sur la pulsion de vie. Je me pose la question : y a-t-il un risque de syndrome de glissement ? Son installation est paraît-il, insidieuse.

Deux leviers pour la soutenir subsistent pourtant : elle apprécie les relations, dit éprouver du plaisir à échanger, et d'autre part, elle a toujours aimé la gymnastique et la marche. Elle a très longtemps pris soin d'elle et de sa santé par le mouvement, ce qu'elle évoque aujourd'hui encore avec fierté, en en parlant au passé. Ces points montrent que la médiation corporelle en psychomotricité est probablement un point d'entrée pour mettre en œuvre le projet thérapeutique avec elle.

## **2.9 Qu'entend-t-on par plaisir en psychomotricité ?**

En psychomotricité, la notion de plaisir s'écarte de la conception psychanalytique (Boscaini & Saint Cast, 2012, p. 54). Le plaisir découle de la mise en œuvre des capacités psychocorporelles:

- Capacité à s'exprimer, plaisir d'échanger dans le dialogue tonico-émotionnel
- Capacité d'action, via le plaisir du geste, qui ouvre à davantage d'initiative motrice
- Capacité à apprendre

Dès la naissance, chez un bébé, ces trois tendances sont présentes et peuvent trouver satisfaction grâce à l'adulte, le « caregiver ». F. Boscaini et A. Saint Cast, psychomotriciens, ajoutent que « *la complexité des jeux de dépendances-indépendances, présence-absence, satisfaction-frustration, permet peu à peu l'ouverture d'espaces intermédiaires de pensée et d'action, où la liberté du sujet apparaît, le faisant progresser sur le chemin de l'autonomie* ». Prenant de plus en plus d'initiatives personnelles, l'enfant cherche et parvient petit à petit à satisfaire lui-même ses besoins. En psychomotricité, nous concevons le plaisir « *comme bien-être, comme base de l'expérience du corps, de revalorisation narcissique, de dynamisation des processus de pensée, donc d'apprentissage* » (Ibid.).

En revanche, la recherche de plaisir peut devenir anxiogène quand les besoins ne sont pas satisfaits (non entendus, ou refusés), ou les attentes de l'environnement démesurées.

F. Boscaini et A. Saint Cast précisent :

*En psychomotricité, pas de « laisser faire » ou de « faire plaisir » au patient. On construit un cadre thérapeutique où les limites de l'espace et du temps reconnues et acceptées permettent l'expression de désirs positifs et réalistes. C'est grâce à l'expérience du plaisir corporel dans la satisfaction de l'action ajustée et orientée, de l'expression reconnue, du ressenti cénesthésique apaisé, que la thérapie psychomotrice favorise l'ajustement de la personne à son environnement et le déploiement de ses potentiels, dans l'adéquation entre désir et réalisation de soi. L'expérience positive du corps fournit les repères sécurisants et rassurants qui permettent de [...] [développer] des comportements ajustés.*

Le psychomotricien apporte un cadre contenant, sécurisant, de relation privilégiée. Ce cadre est ferme et souple à la fois, toujours présent, même si parfois, le patient le met à mal. Cette sécurité est indispensable pour que le patient puisse accéder au plaisir dans les séances. Éprouver du plaisir en séance donne envie de poursuivre la thérapie psychomotrice, qui sera associée à des émotions agréables. Cela contribue à créer l'alliance thérapeutique. Plus l'alliance thérapeutique se solidifie, plus il est possible aussi de favoriser l'émergence du plaisir en séance. S'enclenche ainsi un cercle vertueux. De plus, il se peut que le plaisir favorise l'envie de devenir de plus en plus acteur de sa thérapie.

Les ressorts de la thérapie psychomotrice s'appuient sur le plaisir de vivre des expériences dans la relation à l'Autre. Ainsi, le psychomotricien travaille beaucoup avec la notion de plaisir : plaisir de sentir et ressentir, plaisir de se mouvoir, plaisir d'être en relation, plaisir d'être enveloppé ou touché, plaisir de réussir à faire, plaisir de jouer, plaisir de s'exprimer et d'être entendu, plaisir d'exister dans le regard de l'autre, plaisir de donner un sens à ce qui est vécu et de se sentir vivant et reconnu.

Ce plaisir donne envie de continuer à investir son corps, l'environnement et la relation. En ce sens, il contribue à relancer le désir de vivre, donc l'élan vital. Tout particulièrement, le psychomotricien invite le patient à se mettre en mouvement, mais pas n'importe lequel ni

n'importe comment. Voyons à présent ce que recouvre la notion de médiation corporelle et de mouvement en psychomotricité.

### **3 La médiation corporelle en psychomotricité**

La séance de psychomotricité engage les corps, du patient et du psychomotricien. Nous avons vu précédemment que le plaisir en psychomotricité émerge du fait d'éprouver sa capacité à ressentir et à agir, tout en se réalisant, et en partageant ses expériences avec l'Autre. Le psychomotricien dispose de tout un éventail de possibilités pour faire des propositions.

De façon privilégiée, le psychomotricien passe par le mouvement et la mise en sens de l'expérience. En quoi le mouvement soutient-il l'évolution du sujet ? Après avoir défini le mouvement, nous verrons ce que différents auteurs théorisent des intrications entre mouvement et psyché, puis nous cheminerons vers le choix d'une médiation corporelle nous semblant être un point d'appui pour la prise en soins de Mme B.

#### **3.1 Qu'est-ce que le mouvement ?**

Le mouvement se définit comme « *la modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture (relation des parties entre elles), soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. Il est plus ou moins finalisé, plus ou moins volontaire ou réflexe, plus ou moins automatisé, plus ou moins conscient* » (Scialom, Giromini, et al., 2015, p. 181).

La trame du mouvement, c'est le tonus. Le tonus, notion fondamentale en psychomotricité, est un « *état de tension des muscles, active, permanente, involontaire, d'intensité variable selon les actions syncinétiques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent* » (Scialom, Giromini, et al., 2015, p. 161). Pour A. Bullinger, psychologue, le tonus varie selon le niveau de vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain (en lien avec le dialogue tonique et les émotions), et les représentations. J.-C. Coste dit que le mouvement humain, sous toutes ses formes, s'élabore sur un fond tonique, qui en est à la fois le substrat et la matière. Le tonus étaye la posture, qui elle-même étaye le mouvement. La psychomotricité comprend ces trois

dimensions comme fondatrices de l'Homme, qui soutiennent le psychisme et les émotions, tout en étant simultanément sous leur influence.

En outre, la mobilité « *est orientée vers la recherche d'informations, l'action sur l'environnement, la recherche de relation à l'Autre. Ses finalités premières sont la communication et la satisfaction des besoins vitaux* » (Scialom, Giromini, et al., 2015, p. 182). Le mouvement volontaire serait donc de l'ordre d'une tension vers quelque chose ou quelqu'un, sous-tendue par un besoin, un désir, un projet. D'ailleurs, si un bébé progresse dans son développement psychomoteur, rampe, se redresse, se met debout, puis marche, c'est parce que la maturation neurologique le permet, mais c'est surtout pour explorer plus loin son environnement, aller quelque part, aller vers quelqu'un ou s'en éloigner : devenir un sujet autonome.

La motricité peut être déclinée en termes de « gestes », évoquant les dimensions d'intentionnalité (consciente ou non) et d'expressivité, ou encore en « actes ou actions » sous-tendant un but ou une finalité directe sur l'environnement.

## **3.2 Les liens entre motricité et vie psychique**

### **3.2.1 Le mouvement, reflet de la vie psychique**

Nous avons vu que l'Homme se met en mouvement quand il cherche à obtenir satisfaction à ses besoins, ses désirs, conscients ou non. Le besoin du mouvement est « *inné à toute créature vivante et se réalise en chacune d'une manière analogue à sa nature et à son organisation* » (Bautain, 1842, p. 132).

Dès la naissance, le bébé dépend de son entourage pour la satisfaction de ses besoins, qui était automatique in utero. H. Wallon, psychologue, précise qu'il découvre alors la souffrance de l'attente et du manque, qu'il exprime par des cris, une élévation des tensions et une impulsivité motrice. Ainsi, Wallon (1956) ajoute qu'à ce stade, entre la naissance et six mois environ, « *les mouvements sont tout ce qui peut témoigner de la vie psychique et la traduire toute entière* ».

Ainsi, ses mouvements deviennent pour l'entourage des signes. A l'*hypertonie d'appel*, selon l'expression du fondateur de la psychomotricité, J. De Ajuriaguerra, succède ensuite l'*hypotonie de satisfaction*, reflétant l'apaisement de l'enfant, bien compris par les parents. S'établit alors un modèle d'échanges réciproques et de communication qui conditionne les réactions de l'enfant et de ses parents. Par la suite, chacun adapte son expression tonique, posturale et motrice à l'autre pour communiquer, transmettre un message, de façon consciente ou non. Dans ce processus de communication réciproque appelé dialogue tonique, l'enfant ajuste, diversifie et enrichit peu à peu son répertoire de mouvements, gestes, attitudes, mimiques, vocalisations, pour s'exprimer. La maturation neuromotrice et les interactions avec son entourage permettent peu à peu l'émergence de son intentionnalité, d'un projet, sous-tendant son expression motrice.

Cependant, par le mouvement, les forces s'épuisent : « *l'être qui s'est jeté au dehors sent le besoin de revenir au-dedans, de rentrer en lui-même pour s'y reposer et s'y refaire* » (Bautain, 1842, p. 132). D'ailleurs, S. Robert-Ouvray (2010) souligne que « *le projet psychique de l'être humain, dès le début de la vie, est l'acquisition progressive et l'établissement d'un jeu fondamental entre deux positions [...]: rester dans [...] la sécurité du connu, dans le déjà ressenti / aller vers le dehors* » (p. 41). Il y a ainsi classiquement, à la fois une alternance dynamique et un équilibre entre des phases de recentrage sur soi et des phases de découverte du monde.

Le déséquilibre entre les tendances centrifuges et centripètes se rencontre dans la pathologie : nous pouvons évoquer l'excès de mouvement, l'hyperactivité, comme dans le cas des enfants TDAH par exemple, ou à l'opposé, l'absence ou la rareté de mouvement comme dans l'inhibition psychomotrice. Chez la personne âgée atteinte de vieillissement pathologique, l'excès de mouvement peut s'incarner par exemple dans la déambulation permanente de certains sujets déments, et à l'opposé, l'immobilité dans l'apathie, le repli sur soi.

### 3.2.2 Le corps en mouvement, source de vie psychique

Selon S. Freud, le Moi, en tant qu'instance psychique, est avant tout corporel. Le nourrisson est envahi de sensations corporelles qu'il cherche à comprendre. Il développe sa pensée à partir de ses expériences et ressentis corporels. Comme évoqué plus tôt avec les

théories des pulsions en psychanalyse, le développement psychoaffectif se fait en lien avec la dynamique pulsionnelle d'origine corporelle, et avec les interactions précoces.

Pour J. Piaget, psychologue, l'action sur le monde crée de la pensée. Décrivant le développement cognitif de l'enfant, il souligne à quel point la diversité des expériences sensori-motrices et l'interaction avec l'environnement soutiennent le développement de l'intelligence. H. Wallon ajoute qu'à partir du stade sensori-moteur et projectif, entre un et trois ans environ, l'exploration active de l'environnement par l'enfant l'amène à manipuler, bouger, puis petit à petit à imiter. Le petit enfant fait aussi pendant ce temps, des progrès sur le plan du langage, ce qui est concomitant avec le développement de l'intelligence pratique et la capacité de représentation.

Si l'on en vient à des auteurs contemporains, le médecin et danse-thérapeute B. Lesage (2012), évoquant les travaux de Lamb (pionnier de la communication non-verbale) et de Laban (danseur et théoricien du mouvement), relève « *la corrélation entre organisation motrice et style cognitif* » (p. 155). Le geste reflète la pensée, mais le geste est aussi le substrat, l'organisateur de la pensée. Selon l'auteur, par exemple, la façon d'investir l'espace renvoie à des styles spécifiques de traitement de l'information et de communication. Inversement, faire l'expérience de nouvelles façons de se mouvoir dans l'espace va étayer l'élaboration d'autres représentations. Pour Lesage, une qualité gestuelle modifie l'état psychique, au niveau cognitif et émotionnel, ouvrant la voie à d'autres qualités de présence et de relation.

Les sciences cognitives développent, depuis une trentaine d'années, le concept d'*embodied cognition* ou *cognition incarnée*, proposé par F. Varela, neurobiologiste. Selon cette théorie, les représentations mentales se fondent sur les expériences sensori-motrices de l'individu. La cognition incarnée insiste sur les racines corporelles de l'activité psychique. Cognition et expérience subjective sont intimement liées. Dans cette perspective, le langage et la pensée symbolique prennent leur ancrage dans le corps, se construisent sur la base des gestes et actions, et sont donc profondément liés aux expériences corporelles et aux interactions.

D'ailleurs, selon R. Rinaldi (2017), docteur en psychologie cognitive, ce concept est un descendant de la phénoménologie : les représentations mentales naissent dans l'expérience de l'être dans son environnement (Husserl, Kant, Merleau-Ponty). Le corps en mouvement, en perception et en émotion, structure la compréhension psychique de l'expérience vécue. L'auteure évoque des études en neurosciences prouvant l'activation cérébrale des systèmes

sensoriels et moteurs lorsqu'un individu raisonne sur des concepts. Par exemple, si l'on pense à un nom d'objet, des caractéristiques sémantiques sont rappelées (catégorie, matière, ...), mais aussi des informations sensorielles et motrices liées à l'utilisation de l'objet (sensations tactiles de la matière, façon d'approcher et de saisir l'objet de telle façon dans la main, etc.). Nous pensons les choses en fonction de ce qui se passe dans nos systèmes sensoriels et moteurs. Selon M. Merleau-Ponty (1945), philosophe, le corps est le « *véhicule de l'être au monde* » (p. 97).

### 3.2.3 Mouvement, tonus et émotions

Se mettre en mouvement témoigne d'une tendance, d'une intention, d'un élan. En se faisant, le mouvement s'accompagne de sensations et d'émotions : celles-ci, se transformant en perceptions et affects, influencent à leur tour le mouvement.

En effet, selon A. Berthoz (2013), neurophysiologiste, « *il n'est pas de perception de l'espace, du mouvement, [...] il n'est pas de geste de capture ou de préhension, qui ne s'accompagne d'émotion ou qui n'en induise* » (p. 13). Puis, il ajoute : « *l'élément profond [de la vie affective] consiste dans les tendances, les appétits, besoins, désirs, qui se traduisent par des mouvements.* ». Ainsi, l'auteur souligne la réciprocity, voire l'intrication, entre mouvement et affect. Le mouvement est pour Berthoz « *un véritable organe de perception, de l'espace, du temps, de soi, de l'autre* » (Scialom, Giromini, et al., 2015, p. 182).

En effet, tout mouvement est sous-tendu par le tonus. S. Robert-Ouvray (2010), citant J. De Ajuriaguerra, précise que si le tonus est le signe de vie du muscle, soutenant posture et mouvement, il est également « *extrêmement important dans l'organisation de la personnalité* » (p. 43). H. Wallon écrit que les « *émotions sont une formation d'origine posturale et ont pour étoffe le tonus musculaire* » (1949, p. 174). Le tonus est un vecteur de communication émotionnelle, lisible pour l'autre, dans la relation. Il est directement lié aux affects et aux représentations, par l'intermédiaire des sensations associées, agréables ou désagréables. Ce lien d'étayage entre tonus, sensation, affect et représentation, correspond à l'intégration des sphères motrices et psychiques de l'individu : c'est l'intégration psychomotrice.

### 3.2.4 L'intégration psychomotrice

La base de ce système décrit par S. Robert-Ouvray (2010) est le tonus, comme élément clé de l'unité corps-psyché. Selon elle, le développement de l'organisation motrice, basée sur le tonus et ses variations, soutient « *le développement psychique du sujet dans le sens d'un élargissement du Moi* » (p. 29). Mais cet étayage se fait grâce à la relation à l'autre, en particulier sur la base du dialogue tonique et de la communication verbale qui met en sens le vécu corporel.

Le tonus peut varier d'un extrême (hypotonie) à un autre (hypertonie), se trouvant ainsi associé à des sensations : mou, dur, chaud, doux, froid, rugueux, etc. Or, ces sensations donnent du plaisir ou du déplaisir. Elles sont agréables ou désagréables. L'enfant est satisfait ou insatisfait. Le passage de la sensation à l'affect et à la représentation se fait grâce au parent qui donne du sens aux manifestations sensori-toniques de l'enfant. Le parent interprète les manifestations de son enfant en nommant son état affectif, en lui disant par exemple : « je sens que tu es en colère ». Petit à petit, « *les variations toniques et sensorielles prennent une valeur affective et communicationnelle* » (Robert-Ouvray, 2010, p. 82). L'enfant devient capable d'analyser ses états toniques et sensoriels, et de se représenter soi-même et le monde extérieur. L'intégration psychomotrice vise à étayer la pensée et la capacité de se comprendre soi, de comprendre l'autre, et à communiquer.

C'est ce que cherche le psychomotricien : à faire progresser le patient sur le chemin de l'intégration psychomotrice. Cela nous distingue clairement d'un éducateur APA ou d'un kinésithérapeute.

Avec une personne âgée, si je lui propose une expérience corporelle, je lui demande d'être à l'écoute de ses sensations et de les identifier en les nommant. Pour étayer la représentation, je peux lui demander d'exprimer ce qu'elle pense de ce vécu, ou si elle l'associe à des images, des souvenirs, par exemple.

## 3.3 Médiation corporelle et mise en mouvement

En psychomotricité, corps et psyché sont les deux faces d'une même pièce, selon l'expression de B. Meurin, psychomotricien. Ainsi, le mouvement soutient la pensée et la

pensée soutient le mouvement, même si le fait de l'énoncer de cette façon comporte en soi le dualisme corps/esprit, ce qui s'oppose à l'idée prônée d'unité psychocorporelle. La psychomotricité se réfère à B. Spinoza : « *tout ce qui augmente ou diminue la puissance d'agir du corps augmente ou diminue la puissance de penser, et inversement* » (Scialom, Giromini, et al., 2015, p. 212).

Ainsi, la mobilisation corporelle proposée en psychomotricité participe pleinement du travail thérapeutique. Lorsqu'elle est adaptée aux besoins du patient, c'est, simultanément, une mobilisation psychique (*Ibid.*).

Suivant cette idée, le soin psychomoteur prend en compte le patient dans sa globalité, avec toutes ses dimensions : perceptives, motrices, cognitives, psychoaffectives, relationnelles. La médiation engageant le corps en mouvement dans la relation est une voie d'accès au changement, de par l'intrication entre mouvement et vie psychique.

Le psychomotricien peut utiliser des médiations corporelles diverses : danse, mime, arts martiaux, etc. Une médiation « *canalise et oriente les vécus du corps afin de permettre qu'ils deviennent matière à transformation et à élaboration psychique* » (Scialom, Canchy-Giromini, et al., 2015, p. 19). Le but n'est pas de travailler la technique pour elle-même. La technique est un point d'appui qui soutient l'évolution espérée pour le patient. Le travail psychique peut se percevoir dans l'engagement du patient dans la rencontre. Ce sont des mécanismes d'identification entre le patient et le psychomotricien qui sont mis à l'œuvre. Le temps de la médiation, un espace transitionnel s'ouvre, au sens de D. Winnicott : le sujet se construit dans une co-création avec le psychomotricien. Selon C. Potel (2019), la « *médiation propose un espace « entre », et un objet commun à partager et à créer, [...] témoin de la relation* » (p. 401).

La médiation corporelle peut être particulièrement adaptée quand par exemple, le mal-être ne peut être mis en mots, quand l'élaboration par la pensée est entravée, ou quand les défenses psychiques sont trop importantes pour mentaliser... Cependant, le psychomotricien est engagé dans la parole pendant les séances et choisit avec soin chaque mot. Les mots viennent lier les éprouvés aux affects, afin que des processus de pensée plus élaborés puissent se développer.

D. Liotard, psychomotricienne et psychologue, précise que notre approche se caractérise par l'engagement actif et psychocorporel du psychomotricien, pas uniquement du patient.

Véritable partenaire d'échanges, le corps du thérapeute fournit un appui tout autant qu'un miroir pour le patient. L'accompagnement se fait par « *une écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique [...] et la mise en sens [...] dans un climat sécurisant* » (2010, p. 56). A partir des sensations et éprouvés vécus dans l'expérience, le psychomotricien aide le patient à habiter son corps, porteur d'un message, et à développer sa capacité de représentation, de pensée, de relation, et d'action.

### **3.4 Quelle médiation par le mouvement pour Mme B ?**

Si un art ou une technique n'est pas utilisé(e) pour elle-même, il ou elle est tout de même choisi(e) pour certaines de ses qualités, qui semblent être à même d'être un point d'appui, dans une certaine mesure, par rapport aux objectifs fixés pour le patient. Ensuite, le psychomotricien adapte la médiation en séance en tenant compte des capacités du patient et de ce qu'il apporte à ce moment-là, en gardant en tête ses axes de travail. Pour C. Lefèvre (2019), psychomotricien, « *la médiation n'est pas thérapeutique en elle-même, c'est le psychomotricien qui la rend thérapeutique. [...] La psychomotricité peut favoriser le travail de deuil de la perte chez la personne âgée. Elle soutient la relance objectale en remobilisant l'énergie psychique* » (p. 373).

Il a été important, pour Mme B, d'entretenir sa forme physique toute sa vie. Elle en parle toujours aujourd'hui. Même si elle ne prend presque plus l'initiative du mouvement, Mme B a encore des compétences motrices, qu'il semble primordial de soutenir.

Le taï chi est une gymnastique chinoise, dans laquelle se font des enchaînements de mouvements lents partant de l'axe corporel, en coordination avec la respiration. Il mobilise l'ensemble du schéma corporel, et permet d'engager la régulation tonique, les équilibres statiques et dynamiques, les coordinations dynamiques générales, la planification gestuelle, l'organisation spatio-temporelle, la latéralité. Il recrute également l'attention et la mémoire.

Cette pratique douce et chorégraphiée comprend un aspect esthétique, tout en apportant un sentiment de solidité par l'importance accordée à l'ancrage des appuis dans le sol. Elle a été choisie comme médiation car elle semblait être potentiellement à même d'intéresser Mme B et éventuellement, de lui donner envie de s'y investir. La lenteur et la douceur permettent de rejoindre la résidente là où elle est. Cette médiation peut la mobiliser physiquement et psychologiquement sans que cela ne soit au-delà de ses capacités et que l'effort soit trop grand.

## 3.5 Le tai chi chuan : une approche holistique

### 3.5.1 Origines et esprit de la pratique

Le tai chi chuan est un art martial chinois, inspiré de la philosophie taoïste. Il y a quelques siècles, le moine taoïste Zhang San Feng, qui vécut centenaire, inventa le tai chi chuan suite à l'observation d'un combat entre un serpent et une grue blanche. Il fit une analyse des techniques et qualités motrices des différents animaux et fut inspiré par la souplesse du serpent face aux attaques de l'oiseau par son long bec (Personne et al., 2014, p. 81).

Par la suite, le tai chi fut étudié, codifié et enseigné. Peu à peu, les enchaînements à mains nues furent unifiés en un seul long enchaînement, appelé la *forme*. La *forme* est au tai chi ce que sont les katas au karaté, par exemple. Elle représente une séquence de mouvements précis, anciennement codifiés et fidèlement transmis au cours des générations, représentant des attaques, des défenses, à l'aide des armes naturelles du corps humain comme les poings, les pieds, les genoux (Gaudry et al., 2008, p. 62). Il s'agit donc d'un combat fictif et chaque mouvement de la *forme* a une application martiale qui peut être travaillée à deux.

Le tai chi fait partie de la médecine traditionnelle chinoise. La conception du vieillissement n'est pas la même en Occident et dans la médecine chinoise : cette dernière ne considère pas que les manifestations de l'âge sont de l'ordre de la perte. Le tai chi est une « *gymnastique de longue vie* » (Dumontet, 2010). En Chine, la longévité correspond au fait de mener sa vie harmonieusement jusqu'à son terme. En lien avec la conception unitaire de l'univers vivant, la Vie, le Tao, est un processus de transformation permanent. La santé serait l'adaptation réussie à ce perpétuel mouvement. En médecine traditionnelle chinoise, vieillir passe par la gymnastique quotidienne et la méditation : le tai chi comprend ces deux aspects.

Cet art ancestral est basé sur des enchaînements de mouvements lents, à réaliser avec continuité, sans rupture, comme une rivière qui s'écoule : l'exercice apporte sérénité, aisance dans le déplacement, stabilité physique et psychique (Personne et al., 2014, p. 67).

### 3.5.2 L'énergie, le « Qi », ou « Chi »

La pratique du tai chi viserait à régénérer et faire circuler l'énergie vitale universelle, le « Chi » ou « Qi », traduit par « souffle », à la fois matière et esprit, constituant l'unité de base qui anime tout être vivant et relie tout l'univers.

Pour nous occidentaux, il est difficile d'appréhender une telle notion, d'autant que son existence n'est pas démontrée scientifiquement. Cependant, chacun peut éprouver l'existence d'un tel souffle : par exemple, lorsqu'un musicien, malgré une technique encore hésitante, sent que l'inspiration prend place et dirige comme par magie ses mains, produisant la mélodie.

Selon C. Bellissent (2019), enseignant de tai chi depuis 30 ans, le Chi obéirait aux lois du mouvement : une suite d'accélération, ralentissements, forces centrifuges, centripètes, générées par la pratique corporelle, induiraient le déplacement de ce souffle de vie dans tout le corps et même au-delà.

On pourrait rapprocher le Chi de la notion de flux. Selon B. Lesage (2012), un corps cristallise dans sa forme la mémoire des flux qui l'animent (p. 245). Il s'agit un processus actif en permanence. Ces flux sont : les flux de migrations cellulaires qui ont formé l'embryon puis le fœtus, les flux de milliers de cellules qui continuent à voyager dans le corps à tout instant, les flux liquidiens (sang, lymphe, liquide céphalo-rachidien, synovie, liquide intracellulaire...), les flux hormonaux, les flux nerveux, les flux respiratoires... l'énergétique chinoise reconnaît que la forme du corps résulte de l'action de l'ensemble de ces flux, eux-mêmes compris dans une dynamique plus vaste. D'ailleurs, nos rythmes biologiques se calquent sur les rythmes de la nature.

### 3.5.3 Principes fondamentaux

Le tai chi peut être vu comme une forme de relaxation dynamique. Selon M. Cerioli (2014), psychomotricien, ses enchaînements et la coordination de mouvements exécutés avec lenteur, fluidité, et continuité, amènent à une « *détente psychophysique* » (Personne et al., 2014, p. 83). Ce que l'on appelle la *forme* est un enchaînement continu de mouvements et gestes, codifié, s'effectuant dans des directions précises de l'espace (Dumontet, 2010). Cerioli précise que cette pratique est à la fois corporelle, psychique, et cognitive. Les principes de la pratique sont les suivants :

- Le pratiquant doit veiller à son axialité, à l'alignement tête, colonne vertébrale, bassin, en diminuant les lordoses. Le sommet du crâne est imaginé relié par un fil au ciel et le menton est légèrement rentré, entraînant un allongement de la nuque. Le bassin est en légère rétroversion et les genoux légèrement fléchis.
- Les coordinations et déplacements sont pensés et exécutés harmonieusement, comme dans une danse ; l'esthétique est importante et motive le pratiquant.
- La pratique est ponctuée de nombreux mouvements circulaires, détendus et souples sans être mous, avec l'idée de continuité du mouvement.
- La conscience et la pensée du mouvement guident l'action à chaque instant.
- Le mouvement part du centre de gravité et de l'axe corporel, en synchronisation avec une respiration abdominale profonde.
- L'espace et le temps sont structurés : l'espace est orienté avec des directions claires qui guident l'enchaînement des mouvements pendant l'exécution de la *forme*. La *forme* commence par un mouvement d'ouverture, et se termine par un mouvement de clôture. La chronologie des mouvements est fixe. Chaque mouvement porte un nom, se déroule suite à un mouvement précis, et donne naissance à un autre mouvement différent juste après, représentant ainsi la perpétuelle transformation de la vie. On exécute la *forme* à vitesse constante et lente.
- La notion Yin/Yang, (féminin/masculin) guide le mouvement, dans l'idée d'une complémentarité et d'équilibration au sein d'un tout. Il s'agit de la coexistence harmonieuse de deux impulsions solidaires, formant un couple, dont les rapports varient selon les circonstances. L'un n'existe pas sans l'autre. L'un engendre l'autre. Une chose n'est jamais totalement yang ni totalement yin. Pensons au symbole rond noir et blanc représentant le yin et le yang : chacun comporte (petit point) en son sein une part de l'autre. Dans la pratique, nous penserons aux actions : vider/remplir, absorber/repousser, accumuler/disperser ... La main qui est au-dessus exprime déjà

l'amorce d'une descente vers le bas ; l'appui sur un pied prépare déjà le transfert de poids pour déclencher l'appui sur l'autre pied.

- Les symboles et l'imaginaire qui imprègnent la pratique du taï chi viennent soutenir le participant. Les mouvements portent des noms d'actions (« tirer », « presser »...), se réfèrent à des animaux (par exemple : « la grue blanche déploie ses ailes ») ; cela induit des représentations mentales et donc, une influence sur le tonus et différentes qualités de mouvement. Cela facilite également la mémorisation des mouvements et de leur enchaînement.

Le taï chi induit un travail sur la posture, l'ancrage, l'équilibration, l'élaboration et la planification des gestes, le renforcement de la proprioception et du sens kinesthésique, en plus d'un travail cognitif puisqu'il faut, à tout instant, porter attention au mouvement au moment même où il est en train d'être exécuté.

#### 3.5.4 Imitation et engagement du schéma corporel

Le pratiquant apprend par imitation du modèle en général placé devant lui et dos à lui, tous deux face au miroir. Ils sont ainsi dans le même sens pour exécuter les mouvements, car la *forme* est codifiée d'un point de vue spatial. En séance avec Mme B, l'imitation se faisait en face à face, en miroir.

L'imitation permet l'apprentissage par l'observation. Elle exige des capacités cognitives suffisantes pour se représenter mentalement la séquence de mouvements du modèle. La psychologie du développement montre que l'enfant imite en immédiat les actes de ses proches pour communiquer. L'imitation différée révèle le développement du symbolisme : la pensée se détache de l'action et persiste sans elle. Pour H. Wallon, le dialogue tonique soutient l'imitation qui a pour résultat un partage émotionnel. Le sujet perçoit l'action de l'Autre, et la reproduit à sa façon. Sa production comprend sa perception de l'acte et son intelligence propre. Ainsi, l'imitation n'est pas du mimétisme. Elle participe au processus d'autonomie et d'affirmation de soi.

Du point de vue des neurosciences, l'imitation repose sur les systèmes de neurones miroirs, découverts au cours des années 1990 par Rizzolatti, médecin italien, chercheur en

neurosciences, et ses équipes (Guillain & Pry, 2012). Ainsi, cette découverte majeure montre que la biologie du cerveau pousse l'humain à imiter, dès le début de la vie. Les neurones miroirs constituent une classe particulière de neurones corticaux, qui s'activent lorsqu'un individu observe un autre individu en train d'exécuter une action, mais également quand l'individu visualise mentalement l'action par la pensée sans l'exécuter, ou l'exécute lui-même. Les neurones miroirs humains codent les aspects spatiaux, temporels, et le but de l'action. Ils s'activent aussi en cas d'actes intransitifs, non dirigés vers des objets, ou à la vue d'un mime.

L'activité des neurones miroirs est liée à des aires corticales frontales et pariétales. A la vue du modèle, les cortex somesthésique, prémoteur, et moteur primaire s'activent. Selon Raos, Evangeliou, Savaki en 2007, mentionnés dans l'article de A. Guillain et R. Pry, cela suggère une véritable simulation mentale de l'action et une mobilisation de la sensibilité proprioceptive et kinesthésique, et donc, du schéma corporel. Ainsi, l'imitation permet de renforcer les réseaux neuronaux impliqués dans les capacités proprioceptives, sensorielles, cognitives, praxiques, et motrices.

Selon E. Pireyre, psychomotricien, le schéma corporel relève d'un fonctionnement physiologique non subjectif. Il en donne la définition suivante : c'est « *une représentation sensori-motrice, tridimensionnelle, non consciente, automatique et sans cesse réajustée de la position globale et/ou segmentaire du corps et de ses mouvements* » (2021, p. 416). L'auteur ajoute que cette représentation implique différents systèmes sensoriels, leur coordination et leur intégration (proprioception, vision, équilibration grâce au système vestibulaire). La proprioception en est, chez l'adulte, la référence principale. Le mouvement effectué renvoie en retour des informations sensorielles qui mettent à jour en temps réel la représentation spatiale cohérente du corps et de tous ses segments dans leurs positions relatives, au niveau cortical.

La représentation interne de l'action s'appuie sur – et nourrit – la représentation du corps propre, donc le schéma corporel, ce qui va peu à peu augmenter l'efficacité du geste. Ainsi, imiter nécessite :

- De porter attention aux mouvements du corps de l'Autre perçu comme tel, et de retenir dans la mémoire à court terme (mémoire immédiate et mémoire de travail) les gestes effectués

- D'identifier sur l'Autre quelles parties du corps sont engagées dans le mouvement, de quelle façon et dans quel ordre. Grâce, entre autres, aux capacités visuo-spatiales, le sujet perçoit les trajets dans l'espace des segments corporels ainsi que la séquence temporelle des différents paramètres du mouvements, afin de les reproduire dans son propre corps. L'apprentissage par imitation s'appuie donc sur la conscience corporelle et le schéma corporel, tout en les enrichissant.
- De plus, le sentiment de réussite et de partage avec l'Autre entraîne de la satisfaction quant à ses capacités à la fois motrices et de relation, ce qui contribue à valoriser l'image du corps.

Ainsi, indépendamment du taï chi, nous pouvons nous rendre compte de l'apport intéressant de l'imitation : elle sollicite les sphères cognitive, sensorielle, et motrice du sujet tout en enrichissant les représentations du corps. De plus, elle permet d'accéder à une façon de se mouvoir inhabituelle, élargissant ainsi le nuancier gestuel de la personne. Elle vient aussi compléter la compréhension d'un geste, en plus d'un étayage verbal. Dans la relation d'imitation, chacun écoute et observe l'Autre, chacun s'adapte au rythme de l'Autre. Il y a partage d'un geste commun. Cela porte l'espoir d'ouvrir la voie à plus de communication et d'expressivité.

### 3.5.5 Mouvement lent et conscience corporelle

Dans nos sociétés actuelles, il est rare de chercher intentionnellement la lenteur dans le mouvement, sauf pour un nouvel apprentissage moteur, ou pour ajuster la précision d'un geste grâce à la rétroaction sensorielle (Gorgy, 2012, p. 191).

Pour O. Gorgy, psychomotricien, exécuter lentement un mouvement nécessite un effort de régulation tonique de chaque instant qui est difficile (*Ibid.*). Marcher lentement entraîne un déséquilibre à compenser en permanence. Le mouvement est sous le contrôle d'afférences sensorielles, proprioceptives, kinesthésiques. La lenteur stimule donc le sens de l'équilibre et pousse à affiner et améliorer ses perceptions et représentations de la dynamique corporelle. Elle donne le temps de porter attention à des dimensions différentes du mouvement (équilibre, ancrage, fluidité, continuité, mémorisation de la séquence, orientation et positionnement spatial,

tonicité...). Elle favorise l'ancrage dans la mémoire corporelle. Le mouvement intentionnellement lent constitue donc un travail de conscience corporelle.

A l'heure où le sujet âgé se sent en perte de repères et d'identité, faire un travail de conscience corporelle en psychomotricité, dans le mouvement et en imitation, paraît pertinent. C'est pourquoi la remise en mouvement active, dans la lenteur, a été proposée à Mme B.

## **4 Evolution de la prise en soins de Mme B**

Le taï chi a été un support inspirant pour les séances avec Mme B. Voyons à présent comment s'est déroulée sa prise en soins et comment elle a évolué au fur et à mesure, s'adaptant à tout moment à la résidente.

### **4.1 Cadre thérapeutique**

Les premiers temps, les rencontres avec Mme B avaient lieu l'après-midi, mais elle souhaitait dormir ou espérait recevoir de la visite. J'ai donc déplacé la séance à 11h le jeudi matin, dans sa chambre au début. Ainsi, la séance pouvait se terminer par une marche ensemble jusqu'à la salle du déjeuner.

Les points de vigilance étaient de tenir compte de sa fatigabilité, d'éventuelles douleurs, de donner des consignes claires, simples, et répétées, de faire attention à sa sécurité physique par rapport au risque de chute, de lui donner des repères stables de progression de la séance. Ainsi, les premiers temps, comme elle était au lit au début de la séance, nous allions toujours de la position couchée à assise, puis vers la verticalisation, pour finir par le mouvement à deux debout.

### **4.2 Conception de la séance**

La séance a été pensée comme ceci :

- Elle commence par un éveil corporel qui prépare au mouvement et permet à la personne de sentir et reprendre conscience de tout son corps ici et maintenant. En position assise, avec les pieds ancrés dans un support pour favoriser le redressement de la posture, en face à face et en imitation, toutes les articulations et tous les segments corporels sont sollicités dans la fluidité et la douceur pour ne pas réveiller de douleurs. L'éveil corporel comprend, entre autres, un engagement de l'axe corporel avec des enroulements-déroulements du buste et des rotations de droite à gauche. Nous progressons dans le

sens céphalo-caudal, sens du développement psychomoteur. Nous sollicitons ainsi par l'imitation, le schéma corporel tout en l'enrichissant.

- Nous nous concentrons ensuite sur les pieds, en proposant une stimulation plantaire, en commençant par le pied droit, car l'hémicorps droit est l'hémicorps d'entrée en relation. Nous utilisons pour cela une balle à picots durs et nos mains pour envelopper et masser les pieds, tout en verbalisant les différentes régions du pied touchées pour faciliter le travail de conscience corporelle. En effet, E. Martin (2010), masseur-kinésithérapeute appliquant les recherches sur la plasticité cérébrale à la kinésithérapie, conseille de commencer les séances de prévention des chutes chez la personne âgée par une stimulation tactile de toute la surface du pied. Parmi les mécanorécepteurs de la peau, les corpuscules de Meissner et de Pacini semblent particulièrement affectés par la sénescence. Ils sont impliqués dans la sensibilité tactile (Meissner : sensibilité au tact, aux vibrations et au mouvement, et Pacini : sensibilité à la pression, aux vibrations, et aux déformations). Les corpuscules de Ruffini situés dans le derme profond, stimulés par le toucher-massage manuel profond, sont des propriocepteurs. Or, la posture et l'équilibre dépendent en partie des afférences tactiles et proprioceptives envoyées par les récepteurs sensoriels de la plante des pieds aux systèmes d'équilibration et système antigravitaire. La stimulation plantaire permet de renforcer la proprioception, la perception des appuis et d'améliorer l'équilibre. Ensuite, la résidente ferme les yeux. On continue à passer la balle ou à masser, et la personne doit nommer la partie massée : est-ce qu'elle sent ? Est-ce agréable ? Est-ce désagréable ? Nous lui demandons de verbaliser ses ressentis. Cela renforce sa représentation mentale de ses appuis.
- La personne devient actrice en effectuant ensuite sa propre stimulation plantaire avec la balle à picots en l'écrasant sur le sol, nous l'accompagnons verbalement afin qu'elle masse bien toutes les zones explorées jusque-là. Puis, elle poursuit cette stimulation debout avec le poids du corps dans les appuis. Nous l'encourageons à percevoir la différence et à prendre conscience des sensations dans les pieds et dans le corps maintenant que la gravité et le poids du corps agit en plus. Cela accentue la dynamique du « repousser » et sollicite également l'équilibre statique debout.
- Debout, nous proposons d'effectuer lentement des transferts de poids d'un pied à l'autre, pour prendre conscience des appuis : de gauche à droite, de l'avant vers l'arrière. Nous

travaillons ainsi les bases du schéma de marche, en reprenant les fondamentaux des équilibres debout, statiques et dynamiques.

- Démarre ensuite le début de la *forme* du taï chi, qui commence par la posture de l'arbre invitant à la verticalité et à l'ancrage dans le sol (« imaginez un fil qui relie le sommet de la tête au ciel », « imaginez que vos pieds sont des racines qui vous ancrent dans le sol »). Nous proposons : le mouvement circulaire d'ouverture qui coordonne le haut et le bas du corps ainsi que les deux hémicorps droit et gauche en symétrie par rapport à l'axe corporel, un changement de direction d'un côté avec mouvements des bras, transfert de poids vers l'avant sur un pied, et retour vers soi (image « rassembler l'énergie et la ramener vers le cœur »). Puis, vient un changement de direction à 180 degrés balayant tout l'espace du regard et du corps, avec les bras à l'horizontale, vers la gauche, (image : « lisser le lac en caressant la surface de l'eau »), avec un retour à la position de départ. Cet enchaînement cyclique se fait dans la fluidité et la continuité, stable dans les pieds, avec une rotation autour de l'axe corporel et l'attention au geste à chaque instant, le regard à l'horizon. L'enchaînement est répété phase par phase plusieurs fois puis réalisé entièrement plusieurs fois, en imitation. Nous synchronisons les mouvements avec la respiration.
- Eventuellement, nous ajoutons de la musique pour soutenir le mouvement (Eric Satie, *Gymnopédie n°1*), apporter le plaisir de la danse, en espérant l'évocation de souvenirs, et l'obtention d'une détente psychique et corporelle.
- Invitation à s'asseoir quelques instants pour fermer les yeux, visualiser le mouvement à nouveau, puis yeux ouverts, à évoquer ses ressentis, et d'éventuelles émotions, associations d'images ou souvenirs, avant de clôturer la séance.

### **4.3 Première et unique séance de groupe**

Début janvier, la psychomotricienne et moi allons chercher Mme B avec Mme F. Mme F, extravertie, sociable, et active dans l'EHPAD, présente des troubles neurocognitifs majeurs à un stade modéré et est en bonne forme physique.

Mme B, allongée dans son lit, se redresse, me reconnaît d'emblée pour la première fois et sourit : « Ah, c'est vous qui étiez venue pour faire des exercices ! ». Elle accepte nous suivre, malgré une fatigue accablante. Elle vacille plusieurs fois sur le trajet, marchant à petits pas glissés, ce qui est inhabituel. Exténuée à l'arrivée, elle passera toute la séance assise, yeux fermés les premières minutes.

Pendant la stimulation plantaire, Mme B s'anime. Nous sommes à ce moment en contact par le regard et le toucher, tandis que je verbalise les zones massées. Elle semble se détendre, sourit. Elle essaie ensuite d'imiter les mouvements de l'enchaînement, alternant entre moments de concentration et moments d'absence, où son regard décroche, lointain et vide. Elle se saisit des consignes sur la respiration qui accompagne les mouvements. Ses gestes des bras rappellent ceux d'une danseuse classique. Nous avons sollicité sa mémoire procédurale. Mais le buste reste fixe dans la suite des mouvements proposés, inspirés du taï chi. Elle ne dissocie pas les ceintures scapulaire et pelvienne, elle ne s'engage pas dans l'espace et n'effectue pas les changements de direction, les amplitudes sont minimales. L'ajout de musique pour soutenir le mouvement par le rythme ne semble pas faire écho en elle.

En fin de séance, Mme B dit se sentir mieux et évoque un souvenir familial. Nous la raccompagnons dans sa chambre, où elle se recouche directement.

En réalité, Mme B était indisponible car elle avait attrapé un virus. Elle a, par la suite, gardé un vague souvenir de cette séance groupale mais l'empreinte émotionnelle associée était négative. Elle a émis sa préférence pour un accompagnement individuel. Elle avait davantage besoin d'étayage au niveau physique et verbal. Avec sa déficience visuelle, elle a besoin de proximité et de réassurance.

## **4.4 Evolution au cours des séances individuelles**

### **4.4.1 Première séance individuelle : curiosité, et un souhait pour le printemps**

Mme B me reconnaît d'emblée à ma voix, lorsque je m'annonce sur le pas de sa porte. Selon le code de la proxémie théorisé par E. T. Hall, auteur de *La dimension cachée*, la distance sociale se situe entre 1m20 et 3m60 : en entrant dans sa chambre, j'entre dans la distance

sociale. Mais j'entre aussi dans son « territoire ». Je dois m'annoncer avant d'entrer dans la distance personnelle pour ne pas être trop intrusive et ne pas générer d'angoisse d'emprise. Nous commençons la séance.

Assise face à moi, Mme B s'enfonce dans le dos du fauteuil, en croisant les bras, le buste penché sur le côté, et ses jambes sont croisées également. C'est une posture « entortillée », à la fois fermée et avachie, qu'elle adopte quasi systématiquement. Je lui demanderai souvent de décroiser les jambes pour sentir l'appui de ses pieds au sol, de prendre conscience de sa posture pour se redresser et retrouver son axe, sa verticalité, et de poser ses mains sur les cuisses.

Pendant la stimulation plantaire, Mme B verbalise que cela lui fait beaucoup de bien, et manifeste de la curiosité pour la balle. « Quel est cet objet étrange ? ». La curiosité induit son redressement : elle saisit l'objet, l'explore. Pendant que je lui explique l'intérêt de cette balle, elle penche son buste vers l'avant et me présente son dos sans rien dire. Je m'approche alors pour masser tout le dos en nommant les différentes parties, et en lui demandant d'être à l'écoute de ses sensations et ressentis au niveau des différentes zones. Je laisse ensuite la balle de côté, pour masser son dos avec mes deux mains en symétrie de part et d'autre de la colonne vertébrale, l'axe central, unifiant ainsi ses deux hémicorps autour de l'axe corporel. Au vu de cet appel vers son dos, je décide ensuite de solliciter le ressenti de ses limites corporelles et applique un toucher contenant de la tête aux pieds.

Une fois debout, je l'invite à synchroniser la respiration sur les mouvements que nous faisons face à face, en nous tenant les mains, en miroir. Ses appuis au sol sont fragiles. A chaque expiration, Mme B ferme les yeux et se plie quasiment en deux en se penchant vers l'avant. Elle n'a pas conscience de sa posture : je lui demande de se grandir et d'orienter son regard vers moi en soutien, même si l'expiration implique naturellement un léger repliement. Au bout d'un moment, je lui propose de refaire les mouvements en musique : elle refuse, la musique « lui embrouillerait la tête, ce serait trop ». Elle est donc consciente de ses difficultés au niveau cognitif.

A la fin de la séance, s'ensuit un long temps d'échanges. Mme B émet alors un souhait : « quand il fera beau et moins froid, pourrions nous aller ensemble marcher dans le jardin ? »

Ce jour-là, je suis restée environ 1h30 avec Mme B. Cela me semblait nécessaire de prendre ce temps, sans regarder la montre, en tout début de prise en soins. Cependant, je me

suis promise de réduire le temps de rencontre petit à petit pour trouver la « juste » distance et instaurer un cadre.

#### 4.4.2 Fausses notes dans le dialogue tonico-émotionnel

Etant contrariée par des problèmes personnels, je ne voulais pas que Mme B le ressente. J'ai donc tenté de compenser mon indisponibilité par une fausse bonne humeur légèrement surjouée.

Lors de cette séance, Mme B prend des initiatives que je saisis au vol. Lors de l'éveil corporel, elle choisit d'emblée un mouvement des deux bras. Je la suis et lui demande de me guider. Comme elle persévère sans rien modifier, au bout d'un moment je lui propose de dissocier en mobilisant un seul bras, puis l'autre, elle réussit. Puis, spontanément, elle synchronise sa respiration sur les mouvements suivants. Je suis agréablement surprise par le fait qu'elle fasse des choix et qu'elle investisse d'elle-même la respiration, la régulation tonico-émotionnelle. Evoquant des souvenirs de la gymnastique qu'elle pratiquait dans son passé, elle se lève de la chaise, se dirige vers le cadre du lit, prend appui dessus et me montre des mouvements qu'elle avait l'habitude de faire. Je viens face à elle et effectue ses mouvements également, en suivant son rythme. Elle n'a ensuite plus d'idée. Je lui propose des transferts de poids d'avant en arrière, à deux en se tenant les mains, en lui disant que nous allons nous guider, l'une puis l'autre. Elle a du mal à comprendre les consignes, le placement des pieds ne lui paraît pas facile, elle se voûte, s'affaisse, en regardant vers le bas ; j'insiste, explique, peut-être trop. Fatiguée, elle retourne s'asseoir.

Lui proposant de choisir le prochain mouvement, elle refuse, trop fatiguée. Je reviens à la stimulation plantaire pour renouer le contact, et qu'elle reprenne conscience de ses appuis. S'ensuit un toucher se voulant contenant des pieds à la tête, mais elle dit rapidement qu'elle est fatiguée et a très envie de retourner dans son lit, même si « cela ne se fait pas » selon elle. Ainsi, je comprends qu'elle met fin à la séance. Je lui demande de retracer avec moi le déroulement de la séance : elle se rappelle du début, de l'éveil et de la gymnastique qu'elle a proposée, mais pas de la suite debout à deux ni de la stimulation plantaire faite cinq minutes avant. Elle s'inquiète de ne pas s'en souvenir. J'ai eu l'impression que par le dialogue tonique, elle a « reçu » ma fausse énergie voire même mes tensions, qu'elle n'était pas en mesure d'absorber. La toucher, au vu de mon état tonique, n'était pas approprié. De plus, je n'étais pas ajustée, pas

assez à l'écoute pendant la séance. Je pense qu'elle a inconsciemment fui en occultant la suite de la séance.

Nous sommes soignants et humains. Nous avons aussi des mauvais moments, des passages à vide. Désormais, je pense qu'il vaut mieux, en cas de mal-être personnel :

- S'accorder un vrai temps de respiration et de relaxation, avant d'aller voir le patient, afin d'auto-réguler notre propre tonus, dans la mesure du possible
- Si nous ne sommes vraiment pas disponibles, annuler la séance en expliquant au patient qu'à cause de problèmes personnels, nous ne sommes pas en mesure de faire la séance aujourd'hui mais que nous reviendrons la prochaine fois
- Ou bien, expliquer au patient, s'il peut le comprendre, que nous ne sommes pas bien aujourd'hui mais qu'on peut essayer de faire une séance axée sur la détente ensemble pour se sentir mieux tous les deux après
- De façon plus large, se faire superviser.

#### 4.4.3 La chute, même pas peur !

En arrivant pour la séance de Mme B, elle est en train de marcher à petits pas glissés dans le couloir, en titubant légèrement, avec sa canne entre les pieds, la tapant à chaque pas. « J'ai la tête qui tourne ce matin », dit-elle. Je l'accompagne dans sa marche, jusqu'à ce qu'elle décide de retourner en chambre.

Elle reconnaît d'emblée la balle à picots, mais dit ne pas se souvenir de ce que nous avons fait en séance ensemble les fois précédentes. « Mon cerveau se bloque. Je ne me souviens plus de la date. C'est dur de découvrir tout ce que je ne fais plus. Je n'ai pas le moral du tout. » Pendant l'éveil corporel, elle propose à nouveau, le mouvement des bras comme une danseuse, qui remonte de sa mémoire procédurale. Je la laisse me guider avant de reprendre la main. Plusieurs fois pendant la séance, elle me demande si je reviens bientôt, et quand, sans se souvenir de ma réponse à chaque fois. Elle dit être rassurée par le fait d'avoir un soin individuel. Elle évoque le fait que les infirmières accourent pour lui donner sa canne, quand elle marche sans elle dans le couloir. Cela la vexe légèrement, elle qui était si bonne marcheuse. « Je tombe rarement... d'ailleurs, je n'ai pas peur de tomber. » Je sens à son ton dans cette affirmation comme une forme de fierté.

En fin de séance, je lui demande comment elle se sent dans son corps, si elle ressent une différence par rapport au début de la séance, ou si elle a des pensées ou souvenirs à évoquer. Elle ne sait pas, se sent « incapable d'analyser ». L'accès aux représentations, à la symbolisation, à partir des sensations et émotions, n'est pas aisé. Cependant, en sortant pour aller à la salle de restaurant, Mme B marche sans sa canne d'un pas légèrement plus rapide, plus assuré, non traînant, d'une meilleure longueur, et son regard porte au loin dans le couloir. Elle réussit à recruter son tonus axial et donne de l'élan à sa marche. Elle a trouvé, au fur et à mesure de la séance, une réassurance temporaire dans ses appuis et son équilibre, sans s'en rendre compte. Je lui fais observer que sa marche est plus aisée que juste avant la séance, afin qu'elle prenne conscience de cette amélioration. A sa demande, je porte sa canne, à ses côtés, pour la poser près de sa table.

Le comportement des soignantes de l'étage est compréhensible, d'autant que son asthénie, ses troubles de l'attention et sa malvoyance la prédisposent à la chute. Cependant, elle semble le vivre comme un renvoi à ses difficultés.

#### 4.4.4 Visualisation et élan tonique

Mme B somnole dans son lit, et évoque son inquiétude par rapport au fait de dormir sans arrêt. Elle cherche des réponses, de la réassurance : aurait-elle envie que sa situation s'améliore ? Elle a l'impression de « flotter » : elle ne sent pas son corps. La séance commence ainsi, allongée dans son lit. Au fur et à mesure, après des mobilisations passives douces, elle accepte de s'asseoir sur le bord du lit, et je dois insister pour qu'elle accepte de venir au bord du lit pour poser ses pieds au sol et qu'elle ressente le contact du dur sous ses pieds. Elle s'intéresse au mouvement des chevilles que je lui propose, a envie de « bien faire », puis accepte de pousser la balle à picots dans le sol elle-même, d'imprimer de la force et du poids dans ses appuis. Elle se saisit de la respiration et arrive à se concentrer quelques instants. Elle reprend contact avec la terre et la dynamique du repousser, elle redevient actrice de ses mouvements.

Une fois debout, elle comprend plus rapidement les transferts de poids avant/arrière : il semble que ce mouvement partagé lors de séances précédentes ait laissé une trace dans sa mémoire corporelle. Elle parvient à me guider, et nous nous écoutons mutuellement, corporellement, dans le dialogue tonique. Lors de transferts de poids de droite à gauche, j'évoque les fondamentaux de la marche que nous explorons ensemble, afin de donner du sens

à ce que nous faisons. Est-ce que cela lui rappelle des images ? Elle parle des lieux où elle allait marcher avec son mari. Tout en me racontant ses souvenirs, elle ne se rend pas compte que nous continuons à passer d'un pied sur l'autre, en nous tenant les mains qui décrivent le 8 couché.

Dans la continuité et la fluidité du mouvement, tandis qu'elle parle je la vois sautiller d'un pied sur l'autre : elle donne une impulsion à chaque pas, et c'est moi qui la suis. Elle rebondit. La représentation mentale, la visualisation d'elle-même en train de randonner avec son époux, lui fait revivre dans son corps cette dynamique de la propulsion, de l'élan tonique, partant de la prise d'appui dans la terre. Convoquer le passé lui a permis de retrouver une part de son identité. Après cette évocation, je lui fais prendre conscience du fait que nous étions entrées dans une danse à deux ; elle s'étonne d'avoir été capable de cela.

#### 4.4.5 Danse à deux

Après un éveil corporel fait allongée sur le lit, par des mobilisations passives pour lui faire prendre conscience de son corps, Mme B commence à participer et à se mobiliser activement dans le mouvement.

Après un travail sur l'ancrage et l'axe corporel, où elle choisit un mouvement, et sa durée, une fois debout, je souhaite donner une continuité à la séance précédente, qui avait vu jaillir une étincelle de vitalité, en revenant sur la danse à deux. Je lui propose de mettre de la musique, en annonçant d'emblée que la chanson de Jacques Brel, *La valse à mille temps*, commence lentement, puis accélère, et que nous arrêterons la danse dès qu'elle le voudra.

Dubitative au départ, elle commence à fredonner la chanson, puis esquisse un balancé d'un pied sur l'autre. Nous nous tenons les mains et dansons toutes les deux en faisant les transferts de poids d'un pied sur l'autre en rythme, la valse impulsant une qualité de mouvement de l'ordre du poids fort, favorisant ainsi le repousser. Ma tonicité et la sienne s'accordent à tout instant. Mais rapidement, la chanson est difficile à suivre, comme attendu. Nous reprenons la danse sur un morceau de piano plus lent, ce qui induit une tout autre qualité de mouvement, tandis qu'elle évoque d'anciens cours de piano : me livrant ainsi quelques éléments identitaires, je rebondis en m'y intéressant en retour. Elle s'arrête rapidement de danser, fatiguée. Nous tenant toujours les mains, elle affiche un large sourire, dit que danser lui a fait du bien. Lui demandant si elle pourrait souhaiter renouveler l'expérience une prochaine fois, elle amorce un

début de twist avec son bassin et me dit « oui ! » avant de regretter aussitôt car elle sent exténuée. Le recrutement au niveau du tonus postural et du tonus d'action, initié par la danse, et soutenu dans le dialogue tonique, l'a dynamisée, physiquement et psychiquement.

#### 4.4.6 Mme B investit sa prise en soins

J'apprends par la psychomotricienne que Mme B a participé, quelques jours après la séance de danse à deux, à une après-midi d'animation et a dansé avec elle, alors qu'elle ne l'avait jamais vue danser auparavant. J'espère y voir un signe de changement en Mme B.

Mme B m'accueille ce jour, en évoquant une fête où elle m'avait attendue en vain, sans m'en dire davantage. Selon elle, la séance de la dernière fois était beaucoup trop fatigante et elle avait eu du mal à s'en remettre. Respectant cela, je décide donc de revenir au mouvement lent comme médiation et de laisser la danse de côté pour l'instant.

Mme B est particulièrement attentive lors de la séance. Son regard alerte suit autant que possible mes mouvements dans l'imitation tout en essayant de les reproduire. Elle pose des questions sur la façon de réaliser tel geste. Gênée par ses accoudoirs dans les mouvements des bras, elle réclame une chaise sans accoudoirs et se décolle du dossier pour se redresser davantage. Elle fait la remarque qu'une de ses chevilles tourne mieux que l'autre et se demande pourquoi. Pendant les transferts de poids debout, elle dit sentir la terre, « je ne quitte pas la terre ! ».

Un enchaînement de gestes inspiré du tai chi, debout, est fait ce jour avec des images positives associées, d'énergie, de force, d'expression de soi, en quelque sorte mimées dans chaque geste. Cette partie est plus difficile pour elle car les changements de direction fragilisent son équilibre et son attention est d'autant plus sollicitée. Si Mme B investit la conscience corporelle tant qu'elle est concrète, au plus près des sensations corporelles, en revanche l'association d'images et de symboles la perd. Elle ne suit plus et dit que c'est trop abstrait pour elle. Cette phase complexe l'amène à me demander d'arrêter cette partie : « je commence à en avoir assez... il vaut mieux vous le dire je crois ». Je comprends que cela fait trop d'informations en même temps à intégrer. Simultanément, je trouve positif qu'elle s'exprime : elle a intégré, sans s'en rendre compte, les représentations véhiculées dans cette pratique qui lui semblait si difficile. Son refus est une forme d'affirmation de soi.

J'apprends, la semaine suivante, que Mme B a participé, à nouveau, à une autre animation et a encore dansé. La psychomotricienne et l'animatrice remarquent que Mme B se rend un peu plus aux animations.

#### 4.4.7 Evolution

Petit à petit, des indices de relance objectale apparaissent.

Un matin où j'arrive juste après la toilette, elle souhaite savoir quel temps il fait afin de choisir la couleur la plus adéquate pour son vêtement ce jour. Elle réinvestit son corps, se soucie de sa présentation sociale : j'y vois un signe de reconstruction identitaire et de revalorisation de l'image du corps.

Elle évoque sa préférence pour la salle de rééducation plutôt que sa chambre pour continuer les séances : elle éprouve l'envie d'explorer de nouveaux espaces à l'extérieur de sa chambre. Changer le lieu des séances est un pas supplémentaire vers la mise en mouvement.

Un autre jour, lui ayant parlé d'une animation musicale ayant lieu l'après-midi même, je la retrouve plus tard cherchant la salle de concert : elle se souvenait de ce que je lui avais dit quelques heures plus tôt, et, ayant gardé l'empreinte d'événements précédents où elle avait pris du plaisir (danse, partage), elle cherchait à retrouver cela.

Cependant, j'apprends auprès des soignantes que Mme B continue à manifester des affects tristes, et que l'idée de finitude reste très présente en elle, elle parle beaucoup de la mort. Elle refuse toujours de décorer sa chambre et d'y faire apporter des effets personnels, restés dans son ancien appartement. Le travail de deuil est difficile.

Tout en conservant mes axes de travail, je décide de mettre un petit peu plus l'accent sur les aspects cognitifs en séance, dans la salle de rééducation, toujours en passant par le mouvement, et en laissant Mme B être actrice le plus possible : planification, apprentissage de séquences de gestes, mémorisation, attention, mentalisation. L'objectif est de soutenir l'autonomie et de préserver le plus possible ses capacités, à un moment où j'ai l'impression que Mme B a intériorisé des appuis et montre davantage de capacités de concentration en séance.

Le stage n'est pas terminé à l'heure où j'écris ces lignes : j'ai également comme objectif avec Mme B des marches en plein air, dans le jardin de l'institution, afin d'ouvrir la voie à une activité physique de fond couplée à la richesse des stimulations sensorielles apportées par le contact avec la nature.

## **5 Discussion**

La profession de psychomotricien se base sur la rencontre et le lien. Par moments, il faut savoir renoncer à vouloir « faire », pour ralentir, s'adapter, et simplement écouter. Il y a des moments où l'on a l'impression qu'il ne se passe pas grand-chose, en apparence. Le mouvement physique n'est pas toujours accessible, selon l'état de la personne. Dans ces moments, je prends le temps, au plus près de la personne, pour la rejoindre là où elle en est aujourd'hui. Le psychomotricien a la spécificité d'être dans une lecture fine du langage corporel, au niveau tonico-émotionnel. Le psychomotricien adapte son intervention, tout en gardant en tête ses axes de travail, et le fait de favoriser un mieux-être, si possible.

Mme B est la première résidente que j'ai suivie seule. Je me suis interrogée sur ce qui fait notre spécificité en tant que psychomotricien. C'est elle-même qui m'a dit : « ce que vous faites ... c'est un soin ».

Après avoir esquissé ce qui, dans le soin psychomoteur, soutient le réinvestissement de soi, j'exposerai les grandes lignes de travail en psychomotricité qui me semblent essentielles pour favoriser une amorce de relance objectale.

### **5.1 Le soin psychomoteur en gériatrie**

Le psychomotricien écoute le patient, s'écoute soi-même, avec tous ses sens en éveil, et s'ajuste. Le patient a besoin de se sentir entendu, validé, reconnu, dans son vécu. Et cela est aussi vrai en dehors des séances, de façon informelle : le psychomotricien prend aussi le temps d'aller voir ses patients, même quelques minutes, un peu tous les jours, en institution. Comme le dit oralement C. Lefèvre dans son cours de géronto-psychomotricité, « *un patient investi est un patient qui va mieux* ».

#### 5.1.1 Le dialogue tonique

Le psychomotricien observe la communication infraverbale du patient : le tonus et ses variations dans ses versants hypertonique (tension) ou hypotonique (détente), la posture, l'ajustement tonico-postural dans la relation, la qualité du mouvement, la qualité de la

respiration, le regard, les mimiques, les réactions de prestance ou de contenance, l'engagement dans l'espace, la distance relationnelle, ... et écoute aussi les mots, la prosodie, la voix, le volume sonore, le débit de parole, les silences. Selon C. Lefèvre, il « *remodèle en permanence sa présence par une pratique de feed-back (regards, postures, expressions faciales, toucher)* » (2019, p. 373).

Cet ajustement permanent et réciproque, H. Wallon et J. De Ajuriaguerra l'ont théorisé avec la notion de dialogue tonique, devenu un outil thérapeutique du psychomotricien. Le dialogue tonique est « *une communication de sympathie* », comme une « *contagion* » (tonique, émotionnelle) où les corps s'influencent l'un l'autre, même sans aucun mot échangé (Scialom, Giromini, et al., 2015, p. 178). Cette communication est à la fois inconsciente et consciente, présente dès le début de la vie. De Ajuriaguerra donne comme composantes du dialogue tonique : modifications toniques, réactions de prestance, attitudes corporelles, mimiques, activité motrice (gestualité). E. Pireyre, plus récemment, y ajoute le regard. Quand le dialogue tonique est opérant entre deux personnes, l'échange est instantané et vivant, les deux sont en relation. Parfois, le dialogue tonique a du mal à se faire : le décalage est ressenti, les protagonistes ne communiquent pas. Cela peut arriver, parfois, de ressentir cela avec certains patients.

Quoi qu'il en soit, en tant que thérapeutes, nous devons faire attention à ce que nous renvoyons comme feedback dans l'échange, et aussi à ce que nous véhiculons de notre propre état interne, tonico-émotionnel. Même à des stades avancés de démence (ce qui n'est pas le cas de Mme B), le dialogue tonique peut rester fonctionnel et le patient peut garder une empreinte émotionnelle négative durable associée à une rencontre désagréable : le patient ne reconnaîtra pas forcément la personne ayant généré cette impression mais saura immédiatement s'en méfier.

Si le dialogue tonique est par essence dans la *sympathie*, qui provient du grec *sympatheia* (communauté de sentiments), en tant que soignant nous devons en prendre conscience et, afin de trouver une juste distance par rapport au patient, nous appuyer sur ce ressenti tonique pour adopter une attitude empathique en évitant si possible la compassion (qui signifie « souffrir avec »). L'empathie, c'est la faculté de se représenter intuitivement le vécu d'autrui, sans contagion émotionnelle, en restant à sa propre place. L'empathie est perçue par le patient et ouvre la voie à l'instauration de l'alliance thérapeutique.

Le respect du rythme de la personne âgée est également essentiel. Il permet l'accordage. D. Stern, psychologue et pédopsychiatre, évoquait l'importance de la rythmicité des échanges dans l'accordage affectif entre l'enfant et son parent. Entre adultes, l'interaction sociale s'organise également sur des bases rythmiques. L'observation fine de conversations filmées visionnées au ralenti révèle une dynamique où chaque geste, chaque modification de mimique, chaque prise de parole a lieu à un moment particulier qui, parallèlement au langage verbal proprement dit, joue un rôle fondamental dans la transmission du sens.

Avec un enfant, le dialogue tonique a plusieurs fonctions : permettre la création du lien d'attachement théorisé par le psychanalyste J. Bowlby en 1958, permettre l'intégration de sensations différentes selon les expériences vécues avec différents « caregivers », et changer de niveaux d'organisation par la fonction d'étayage, qui lui donne accès aux représentations par le processus d'intégration psychomotrice (Scialom, Giromini, et al., 2015, p. 181).

En gériatrie, nous pouvons conserver ces idées en disant que le dialogue tonique permet la création de l'alliance thérapeutique et du lien transfert/contre-transfert, et soutient effectivement, dans la suite de la relation thérapeutique, l'intégration psychomotrice. Une fois l'alliance thérapeutique instaurée, le patient se sent en confiance, et prend plaisir à échanger, se sentant compris par le thérapeute.

### 5.1.2 La fonction contenante

Grâce au dialogue tonique, le psychomotricien assure une fonction contenante. Cette notion se réfère au couple holding/handling décrits par le psychanalyste D. Winnicott, centrale dans la pratique psychomotrice (Lefèvre, 2012). Il s'agit du portage à la fois psychique et physique, et des soins, dans les échanges caregiver/enfant : par extension, le psychomotricien, par son attention constante avec le patient pendant la séance, la régularité du suivi, et sa présence sans faille dans l'échange, par son regard et son engagement corporel, assure cette contenance. Cela permet au patient de restaurer un sentiment continu d'exister fragilisé par la désorientation, d'intérioriser des appuis, une sécurité interne, et l'assurance d'une enveloppe marquant son individualité, ainsi que la limite entre soi et l'Autre. Ce sont des assises fondamentales à retrouver pour un patient âgé fragilisé, isolé, angoissé par la perte des états corporels et psychiques : lorsque l'enveloppe se déstructure et que les représentations corporelles sont menacées, la contenance - au moins psychique - est importante.

Mme B présente une hypertonie de fond, majorée par moments dans des poussées d'anxiété où sa respiration est haute et saccadée. Les mobilisations passives lentes et régulières lui font vivre le portage maternant et parviennent à abaisser son tonus, ce qui se voit dans l'apaisement et la régulation de sa respiration, qui devient alors davantage abdominale, et à son visage, dont les crispations s'effacent. Il s'agit d'une forme de contenance physique et psychique. Par l'harmonisation du tonus, le corps se trouve réunifié. La résidente se sent mieux.

La contenance physique peut également se trouver en soi par la mise en mouvement active. Le mouvement matérialise l'enveloppe, grâce aux contractions musculaires qui permettent de sentir les limites corporelles.

### 5.1.3 Le toucher

Le toucher thérapeutique permet de se reconnecter à son corps. Le corps peut ainsi être réinvesti comme lieu d'attention et de soins « maternants ». Le toucher apporte de la contenance. Les fonctions du Moi-Peau décrites par le psychanalyste D. Anzieu (1995) reprennent tout leur sens : la peau maintient une unité psychocorporelle, contient le Moi, protège, différencie l'intérieur et l'extérieur, et est en même temps un espace d'échange et de communication. Pour un bébé, être touché est indispensable à sa survie. Le toucher est un socle pour la construction du psychisme, et du sentiment de sécurité.

Le patient touché de façon sécurisante se sent rassuré et valorisé. Le toucher thérapeutique est très important avec les personnes âgées fragilisées et se distingue du toucher « utile » d'autres professions soignantes. C'est un toucher appuyé et ferme d'intensité progressive, qui augmente la conscience de la masse musculaire, de la peau et des os, donc de trois grands systèmes du corps. Cependant, il faut toujours demander l'autorisation avant de toucher le patient. Si le toucher est accepté, généralement il fait baisser l'anxiété, en générant des sensations agréables, apaisantes. Il aide à la structuration du schéma corporel en délimitant le dedans du dehors, et en favorisant la perception des limites corporelles et de toutes les parties du corps reliées les unes aux autres dans une unité.

#### 5.1.4 Le regard

Selon E. Pireyre (2015), l'identité se construit en partie par le regard. Dès la naissance, le contact entre l'enfant et son parent se fait par le regard. Le patient, quel que soit son âge, sent toute l'attention que lui porte le psychomotricien, en particulier par le regard et la qualité de ce regard. Le regard « porte » le patient : il réconforte, rassure, encourage.

G. Haag, psychanalyste, évoquant le rôle clé du regard dans les interactions précoces, parlait de « *l'intégration du contact peau-dos par le regard* ». Simultanément au portage par le parent, il y a « *interpénétration des regards* ». Dans ce regard mutuel, l'enfant sent l'appui dos, le toucher, qui lui apportent des sensations. Il se sent tenu physiquement et psychiquement (en référence au holding/handling de Winnicott), et comprend dans le dialogue tonique qu'il y a une « *boucle de retour* » entre lui et son parent. Il se sent acteur dans la communication.

Cependant, le regard est en quelque sorte un toucher à distance. Il peut être vécu comme intrusif, trop insistant, voire persécutant. Le regard permet ainsi une prise d'informations mutuelle mais il vaut mieux garder en tête qu'il est, peut-être, à moduler, en fonction des réactions de la personne.

## 5.2 Quel chemin pour retrouver l'élan vital ?

Le patient âgé dont l'énergie psychique est bloquée peut ne pas savoir comment retrouver des repères fiables. Le fait d'être investi par le thérapeute, d'enrichir sa conscience corporelle, de l'aider à identifier ses sensations, à percevoir ce qui se passe en lui et dans son environnement, et à s'en faire des représentations, va l'aider à se retrouver soi-même, à se réinvestir en confiance, avant de se tourner vers l'extérieur. Répéter ces expériences dans la relation thérapeutique, se sentir acteur, capable, et valorisé dans le regard d'autrui, favorise une meilleure estime de soi et le plaisir de vivre.

### 5.2.1 Stimuler les sens

Avec la sénescence et les pathologies, les fonctions sensorielles sont altérées. Ces fonctions sont pourtant tout à fait essentielles : les sensations ouvrent la voie aux émotions, aux perceptions, aux représentations et à l'action. Sentir son corps c'est se sentir exister.

Pour J. Piaget, la période sensori-motrice du petit enfant (jusqu'à environ 2 ans) se caractérise par le fait que les matériaux principaux alimentant l'activité psychique sont de nature sensorielle et motrice. En réalité, les sens et la motricité continuent de stimuler la vie psychique, toute la vie. D'une part, sensations et tonus sont irrémédiablement liés. L'intégration de flux sensoriels induit des modifications toniques. Selon A. Bullinger (2004), « *les flux perçus entraînent une modulation de l'état postural et tonique* » (p. 73). D'autre part, lorsque les flux sensoriels prennent sens, les capacités de perception, de représentation, de la personne s'enrichissent. De plus, pour Bullinger, la proprioception, qu'il appelle *fonction proprioceptive*, est issue de la coordination entre les flux sensoriels et la sensibilité profonde : le sens de soi se base donc grandement sur l'intégration multisensorielle et il est un constituant capital des représentations du corps propre. Ainsi, pour résumer, la proprioception permet un ajustement corporel aux situations, et elle soutient la connaissance que nous avons de notre corps. B. Lesage (2012) mentionne lui aussi que « *l'intégration proprioceptive nourrit la pensée et la met en forme* » (p. 23).

Mme B restait beaucoup allongée dans sa chambre « non habitée », aux murs blancs. De plus, avec sa malvoyance récente, les stimulations au niveau visuel se faisaient rares, réduisant grandement son appétence pour son environnement. La raréfaction des afférences sensorielles entraîne un appauvrissement du schéma corporel. Il a donc été important d'apporter différents flux, tout en y apportant du sens, à Mme B : un toucher appuyé, des mobilisations passives, un travail au niveau tactile et proprioceptif (avec, par exemple, les stimulations plantaires), essayer différentes odeurs pour une crème de massage jusqu'à ce qu'elle en choisisse une qui lui plaît, de la musique... et bien sûr, je l'ai invitée à se mettre activement en mouvement, puisque bouger, c'est percevoir.

Ajoutons que la médiation tai chi soutient un travail au niveau proprioceptif et vestibulaire. Selon O. Gorgy (2012), la lenteur du mouvement intentionnel se fait par un contrôle proprioceptif en feedback à chaque instant. Le mouvement lent « *permet d'intensifier le sens de la position et du mouvement des membres* ». Il pourrait ainsi « *contribuer à consolider*

*la coordination entre posture et mouvement, à stimuler la conscience du corps statico-dynamique* » (p. 192). Cette médiation favorise également la stimulation du système vestibulaire pour assurer l'équilibre : elle engage l'organisation posturale, la conscience des appuis, le balancement d'un appui sur l'autre, l'orientation du regard, des rotations de tête, l'orientation du corps dans différentes directions de l'espace, et la perception de la verticale gravitaire.

### 5.2.2 Enrichir et valoriser les représentations du corps

Le schéma corporel s'appuie sur la multiplicité des afférences sensorielles, tout particulièrement sur la proprioception, la vision, et le système vestibulaire. Selon J. De Ajuriaguerra, cette représentation corporelle « *réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, et fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* ». C'est un concept dont l'existence a été confirmée par les neurosciences : le schéma corporel est inscrit neurologiquement, dans le cerveau, et se remodèle tout au long de la vie. Il se construit et se modifie par les expériences perceptivo-motrices, tout en étant leur support.

Ainsi, avec la personne âgée qui subit du fait de la réduction de sa mobilité un appauvrissement du schéma corporel, la thérapie par le mouvement prévient sa dégradation. Nous avons vu plus tôt que l'imitation en face à face - dans le tai chi, ou autres pratiques - recrutait le schéma corporel tout en l'enrichissant. L'attention constante accordée aux différentes parties du corps engagées dans le mouvement, avec leurs orientations, et la perception du geste au moment où il est réalisé, affinent la conscience corporelle et renforcent le schéma corporel. Le schéma corporel est la base qui permet l'adaptation à l'environnement et le déploiement de soi, du mouvement orienté dans l'espace.

La sphère sensorielle soutient le schéma corporel mais également l'image du corps. En effet, selon E. Pireyre, son concept d'*image composite du corps* comprend (d'après son cours de psychologie (2022), mettant à jour ce concept développé dans son livre *Clinique de l'image du corps*) : la sensorialité/perception, l'enveloppe, le tonus (en tant que trace physique de l'histoire relationnelle du sujet), l'intérieur du corps, les angoisses archaïques, les communications corporelles (le dialogue tonique). L'image du corps, concept de P. Schilder

dans les années 1930, est la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. Il s'agit de la représentation inconsciente, imaginaire, que chacun se fait de son corps et de ses qualités. Selon Pireyre, elle est basée sur un ensemble de traces stockées dans des réseaux neuronaux du système nerveux central, datant d'une époque où le psychisme immature s'est construit sur un organisme immature (entre la naissance et l'Œdipe). Elle se modifie ensuite tout au long de la vie au gré des expériences relationnelles du sujet et dans le regard de l'Autre. Elle est également liée aux désirs du sujet, à la libido. C'est une représentation du corps teintée d'affects.

Lors de mes premières rencontres avec Mme B, et lors du bilan psychomoteur, je me questionne au sujet de son enveloppe, représentation psychique de la peau. Mme B parle de sensations de chute, de mollesse, ce qui peut évoquer des angoisses archaïques d'effondrement. Elle marche sans but, en tenant toujours son gilet dans ses mains, comme si elle cherchait à se rassembler, à sentir son vêtement, à se tenir à quelque chose. Elle est presque toute la journée allongée sur son lit, qui est calé contre le mur et dans un coin. Y cherche-t-elle de la contenance, un appui dos, un arrière-fond, une enveloppe de substitution ? Sa chambre lui est presque étrangère, comme s'il n'y avait plus de distinction claire entre un « dedans » et un « dehors ». Elle n'a plus d'espace personnel, de territoire symbole de son identité propre, comme si son Moi se délitait face à l'envahissement externe. Elle évoque souvent l'effraction que constitue le geste peu délicat de certaines soignantes, ne se sentant « plus personne ». A d'autres moments, Mme B dit qu'elle « flotte », comme si elle ne sentait plus son corps, qu'elle n'avait plus aucun appui.

Mme B, subissant son corps et parfois consciente de ses troubles, est en perte de repères. Elle ne se reconnaît plus. Les représentations corporelles sont mises à mal, dévalorisées. C'est la raison pour laquelle le soutien des représentations corporelles, par un travail de prise de conscience du corps, de ses capacités et de ses limites, et des capacités de relation, en valorisant les compétences qu'elle a encore, est très important. Pour le sujet vieillissant qui se sent diminué, retrouver le plaisir d'agir et de partager nourrit son estime de soi. En séance, je lui propose petit à petit, d'être de plus en plus actrice : s'auto-masser, pousser la balle à picots soi-même dans le sol pour donner du poids, choisir un mouvement, me guider dans un mouvement à deux, choisir une séquence de gestes en leur donnant un nom ... Le temps de la réussite d'un mouvement partagé, en plus d'offrir une parenthèse face aux pensées négatives, constitue un éveil tonique, émotionnel, psychique.

Porter un regard soutenant contribue à valoriser l'image du corps. Nous écoutons sans juger. Nous nous intéressons à ce que le patient dit, et le manifestons de façon ajustée par notre feedback corporel et verbal. Le patient se sent exister dans le regard de l'Autre. Investi, il ressent qu'il a de la valeur. Nous nous inspirons, si possible, de ses goûts, pour faire des propositions qui lui permettent de se reconnaître dans la pratique, et d'éprouver du plaisir en retrouvant une part d'identité. Parfois, la patience est de mise. Il faut garder une attention, une qualité de présence à tout moment, et bien choisir chaque mot prononcé. Ceci demande un investissement psychique, intellectuel et émotionnel conséquent de notre part.

Selon D. Liotard (2010), le travail du mouvement en face à face, et en imitation, permet au patient de revivre « *ce premier miroir mimo-gesto-postural – celui que la mère cherche à mettre en place au début de la vie pour entrer en communication avec son enfant, lui suggérant ainsi le sentiment qu'elle partage sa vie affective* » (p. 60). L'image du corps se construit sous le regard de l'Autre et en même temps par la fonction « miroir » du parent. D. Liotard ajoute :

*C'est le même espace qui unit et sépare, qui permet que se constitue à la fois l'identité et l'altérité. Le corps de l'autre est un corps vu qui aide à unifier son propre corps. La personne peut unifier sa mosaïque interne par rapport au corps de l'autre utilisé comme miroir. Adéquation des postures, travail en face à face, ou côte à côte, cela permet de constituer et/ou de développer une meilleure unité du patient en lui donnant la possibilité d'intégrer certaines zones clivées de lui-même. C'est là qu'indépendamment de l'âge, le travail en miroir prend toute son importance. La personne peut s'identifier au corps du thérapeute et se différencier par la perception des limites de l'enveloppe corporelle. Cela permet à la personne d'enrichir son répertoire gestuel, trouver d'autres manières de vivre son corps, plus souples, plus adaptées.*

Les représentations corporelles s'élaborent autour d'un pilier central essentiel : l'axe corporel. Selon A. Bullinger (1998), l'axe corporel est le point d'appui à la fois physique et représentatif de soi engagé dans une action finalisée. L'axe corporel permet et donne lieu aux élaborations psychiques. La constitution de l'axe corporel étant le symbole de l'individuation, il m'a semblé important de mettre l'accent sur un travail autour du maintien de l'axe et de la verticalité avec Mme B.

### 5.2.3 Renforcer l'axe corporel : la verticalité, symbole de l'élan vital

Perdre son axe, c'est s'effondrer : plus rien ne tient. J'avais l'impression que c'était le cas de Mme B, avec sa tendance à rester allongée, son hypotonie posturale, et ses mots « j'ai l'impression de flotter » ou « je vais tomber par terre ». Pour amorcer le redressement et se verticaliser, il faut retrouver des appuis et recruter son tonus, en particulier au niveau axial : pour B. Lesage (2012), lorsqu'il y a un manque d'appuis internes, « *les exercices centrés sur le poids, la réponse au support, la construction tonique dans le repousser, particulièrement la densification axiale, ainsi que tout le nourrissage proprioceptif invitent à intérioriser des appuis* » (p. 65). C'est pour cela que j'ai insisté sur l'importance de la stimulation plantaire, du repousser du sol, et sur le travail de conscience des appuis dans les transferts de poids. Le repousser s'assimile à un élan tonique. L'enracinement et la verticalité des postures sont au cœur de la médiation taï chi : l'idée est de s'ancrer sans s'affaisser et de s'élever sans perdre son ancrage.

L'axe corporel est une construction à la fois tonique et psychique. Lié au niveau de vigilance et au tonus axial, il conditionne la disponibilité au mouvement, l'engagement dans l'espace, la relation.

D'un point de vue anatomique, l'axe relie la tête, le tronc et le bassin, qui lui-même lie le haut et le bas du corps. L'axe, en plus de contribuer à l'unité du squelette, assure sa verticalité, car nous sommes des bipèdes. Lorsque l'Homme est devenu bipède, les mains ont été libérées, et le regard a pu porter au loin : il a construit des outils et a exploré l'espace avec de nouveaux avantages par rapport aux autres espèces, du point de vue de la sélection naturelle.

D'un point de vue psychique, l'axe corporel, qui se construit progressivement chez le bébé, grâce au développement tonico-postural et aux interactions avec l'environnement physique et humain, représente « *le fait de se pressentir et de se présenter en tant que sujet face à d'autres sujets* » (Lesage, 2012, p. 156). L'axe corporel constitué, la personne se sent différenciée de l'Autre et en même temps un individu à part entière, capable de s'orienter dans l'espace, d'agir sur le monde. A. Bullinger décrit en détail l'évolution tonico-posturale des premiers mois de l'enfant, permettant la genèse de l'axe corporel, mais nous ne le détaillerons pas ici. L'axe est aux fondements des représentations du corps. Selon C. Potel (2019), la construction de l'axe corporel dépend pour partie « *de la qualité de l'adossement que l'enfant trouve contre le corps de son parent : un adossement de contact qui donne des appuis, un*

*adossement sensoriel dans le regard et la voix* » (p. 121). Ainsi, les appuis donnés sont à la fois concrets et plus subtils, dans l'attention portée à la personne. C. Potel ajoute : plus l'axe corporel se renforce, « *plus [la personne] va pouvoir avoir des désirs et les réaliser, investir la curiosité et l'agir : la tenue de tête permet de regarder* ».

L'axe corporel permet l'autonomisation par la verticalisation, qui est l'expression de l'élan vital. Le mouvement d'auto-grandissement « *correspond à un repousser de l'appui et est le plus souvent conduit [...] par un « aller-vers » du haut du corps qui se dirige vers la perception ou l'action. [...] La verticalité est porteuse de valeurs narcissiques, des dimensions d'autonomie, de confiance en soi, de dignité* » (Scialom, Giromini, et al., 2015, p. 192).

Le taï chi ou la danse sollicitent l'axe corporel, la verticalité, et l'équilibre ; la danse enclenche davantage de rebond que le taï chi, plus dans l'ancrage et dans un travail d'équilibration permanent. Le redressement peut traduire ou soutenir une certaine assurance, un sentiment de maîtrise, et par conséquent, favoriser le plaisir de se déployer et d'être.

En séance avec Mme B, le renforcement de l'axe corporel prend une place importante. Je propose de sentir cet axe en effectuant un toucher de la colonne vertébrale, avec une balle à picots ou avec les mains, puis de toute la surface du dos, en faisant le lien avec le cou et la tête en haut et le bassin en bas. Je l'accompagne de verbalisations, lui demandant de porter attention à ses sensations. Tout en passant la balle, elle nomme les différentes parties senties. Je touche son dos des deux mains de façon symétrique par rapport à la colonne, puis les deux hémicorps simultanément en symétrie, comme conseillé oralement par V. Defiolles-Peltier, psychomotricienne (cours de psychiatrie adulte). Le but de ces propositions est qu'elle puisse sentir puis se représenter cet axe central, solide et organisateur. Nous effectuons ensemble des mouvements de flexion et d'extension du buste, pour ancrer le fait que l'on peut se recentrer pour mieux se déployer, s'ériger. Nous explorons les rotations du tronc, assises, debout, recrutant ainsi le tonus axial. Les mouvements en rotation autour de l'axe, inspirés du taï chi, balayant l'espace sur 180°, amenant des croisements de l'axe médian, maintiennent l'accès à l'espace unifié. Enfin, le déroulement de la séance se fait toujours dans le sens de la verticalisation.

Le travail sur l'axe permet de relever la tête et d'orienter son regard, non plus vers le bas, mais autour de soi.

#### 5.2.4 Diriger son regard

Se redresser invite à modifier son regard. J'insiste souvent, pendant les séances, sur la direction et l'horizontalité du regard : regarder l'Autre et chercher la relation en se regardant mutuellement, orienter le regard pour guider un geste, explorer son environnement, ou regarder au loin, que ce soit par la fenêtre pour regarder le jardin ou les personnes qui marchent dans le parc, ou dans le couloir...

Le regard est signe d'une appétence, d'une intention, d'une direction que l'on se donne : il précède, oriente et guide le mouvement dans son déploiement spatial. De plus, il amorce la relation.

Allongée dans le lit, le regard de Mme B était soit absent puisque ses yeux étaient fermés, soit orienté vers le plafond. Malgré sa malvoyance, Mme B voit encore. Cependant, lors des premières séances, elle avait tendance à beaucoup fermer les yeux, même assise et parfois, debout. Peu à peu, son regard est devenu beaucoup plus présent.

#### 5.2.5 Explorer l'espace et le temps

Le regard et l'axe corporel permettent d'accéder à la représentation mentale d'un espace unifié. L'axe corporel relie et différencie les directions de l'espace. Il constitue un point de départ fiable, autour duquel s'organise le déploiement spatial de la posture et du geste. L'axe corporel permet de se sentir comme une entité stable dans l'espace et le temps, donc alimente le sentiment d'identité. Selon B. Lesage (2012), « *il s'agit d'être identique à soi-même, de sentir sa continuité ici et là, aujourd'hui et demain, au-delà des changements de contexte* » (p. 45).

Les ruptures liées à l'amnésie, à la désorientation temporelle, donnent une impression de temporalité décousue, ce qui abîme le sentiment continu d'existence. Le corps ancré, axé, limité et situé, donne la possibilité de se sentir comme un sujet avec son histoire. En construisant ensemble une séquence de gestes intentionnels nommés et réalisés en conscience, dans une phrase gestuelle qui a un sens (un début, un milieu et une fin), la personne peut éprouver sa capacité à s'inscrire dans un récit partageable. Cela pourrait être le chemin pour retrouver la capacité à planifier, anticiper, se projeter dans le futur. C'est un travail difficile pour Mme B. Par exemple, la mémorisation et la répétition d'une séquence gestuelle mimée du quotidien, où

elle choisit elle-même chaque geste, est compliquée, à cause de ses troubles cognitifs, particulièrement au niveau attentionnel et mnésique.

Lorsque le mouvement est séquencé, et que cette séquence est répétée telle un cycle, une structure rythmique apparaît. Dans ce rythme, il y a alternance entre moments de rassemblement/densification et moments d'ouverture, donc un jeu entre directions centripète et centrifuge, une oscillation entre soi et l'Autre. Le geste d'ouverture invite à explorer, élargir sa kinesphère. De plus, l'ouverture se fait dans les différentes directions : le haut, le bas, la droite, la gauche, devant, derrière. Lorsque la personne a un rapport à l'espace et au temps perturbé, que la gestuelle s'appauvrit et se restreint au maximum, dans un recroquevillement, comme c'est le cas de Mme B, élargir et structurer le champ spatio-temporel de la gestuelle ouvre à d'autres perceptions, à l'interaction, l'échange, la curiosité, à la possibilité d' « aller-vers » et d'explorer l'environnement.

#### 5.2.6 Moduler son tonus

Le cycle gestuel est aussi un cycle de modulation tonique, avec des alternances entre tensions, rétentions et détente, évoquées régulièrement par B. Lesage à propos du rythme. S'engager corporellement nécessite de recruter son tonus et sa posture, de nuancer son geste, de réguler son tonus pour ajuster à chaque instant le déploiement du mouvement dans l'espace et le temps, puis de relâcher.

La coordination des gestes avec la respiration soutient également les capacités de modulation tonique. Se concentrer consciemment sur la respiration est difficile. Cela permet de s'éprouver comme un être vivant différencié et en même temps inéluctablement relié à l'univers. Lesage (2012) ajoute : « *J'existe [...] dans ce flux qui anime et unifie mon corps. [...] La vague respiratoire couple un flux d'air et une dynamique musculaire qui engage tout le corps* » par le jeu des fascias (p. 75). La respiration unifie et dynamise l'ensemble du corps, pas seulement les poumons.

Mme B se saisit de la respiration en conscience. Elle avait longtemps fait de la gymnastique ; l'association avec la respiration était un exercice familier pour elle, ancré depuis longtemps. Synchroniser la respiration avec le mouvement lui permet de retrouver une maîtrise valorisante de sa régulation tonique, dans un corps unifié.

Être capable de moduler son tonus c'est sentir son corps et se sentir acteur : acteur de sa détente tout comme de sa force, acteur dans le déploiement de ses capacités, acteur dans le dialogue tonique.

## Conclusion

En partant d'une rencontre singulière avec un sujet âgé fragilisé, j'ai tenté d'aborder la question de la perte de l'élan vital, qui touche en réalité beaucoup de personnes, que ce soit en EHPAD ou dans d'autres types d'institutions avec des populations plus ou moins jeunes. Je me suis questionnée : en quoi la mise en mouvement adaptée à la personne, dans le soin psychomoteur avec tout ce qu'il a de particulier, favorise la relance de l'élan vital ?

Il m'a semblé qu'un point primordial de notre métier est de rechercher le plaisir dans l'expérience corporelle partagée, tant que cette expérience est constructive pour le sujet, en ligne avec son projet thérapeutique. Le plaisir de s'exprimer, de communiquer, de mettre en œuvre ses capacités et de se sentir grandi et reconnu soutient le réinvestissement de soi et le désir de vivre.

Le psychomotricien passe par la médiation corporelle. Il faut chercher auprès du sujet ou dans son histoire, ce qui pourrait constituer un point d'entrée pour cheminer vers la relance objectale et la reconstruction identitaire. Un canal privilégié de notre profession est d'utiliser le mouvement, car la mobilisation corporelle est simultanément, dans notre cadre théorique, une mobilisation psychique.

La clinique auprès de Mme B, éclairée par le riche apport théorique qui imprègne le champ de la psychomotricité, m'a amenée à élaborer des éléments de réponse à ma problématique. Premièrement, il me semble que les particularités de notre approche du soin sont un appui en elles-mêmes, dans la mesure où nous investissons le patient avec tous nos sens, tout notre être. Le soin psychomoteur comprend des aspects maternants qui portent le sujet, quel que soit son âge. Deuxièmement, nous soutenons, par un engagement corporel adapté, toute la psychomotricité du sujet : sensorialité/perception, tonus, représentations corporelles, axialité, communication, rapport au temps et à l'espace, cognition, relation... j'ai souligné, tout particulièrement, à quel point l'axe corporel et la verticalité, propres à l'Homme, sont des symboles de l'élan vital. Ils s'articulent avec les représentations corporelles, schéma corporel et image du corps, qui doivent absolument être maintenues, enrichies, valorisées, pour que le sujet se sente vivant, capable de s'orienter par rapport à l'Autre et à l'environnement, et de s'y adapter, pour déployer ses potentialités.

Je me rends compte, finalement, que le socle de ce travail est l'alliance thérapeutique. Sans cette relation de reconnaissance mutuelle et de confiance, le chemin est beaucoup plus difficile à parcourir. Le bilan psychomoteur est l'occasion de l'amorcer. Cependant, la façon dont elle s'instaure – ou pas – n'est pas encore complètement élucidé pour moi. Ce qui est certain, c'est que l'engagement psychique et corporel du psychomotricien, et la volonté de considérer le patient dans sa globalité sont indispensables. Précisons qu'au sein de l'alliance thérapeutique, se noue un lien d'attachement. C'est dans cet investissement positif et réciproque, que le plaisir partagé émerge.

Cependant, au-delà d'un élan tonique et d'un plaisir partagé, j'espère avoir réussi à apporter suffisamment d'étayage pour qu'un éveil de l'élan vital se manifeste pour la résidente en dehors des séances. L'objectif était qu'elle retrouve suffisamment de ressources pour prendre soin d'elle et investir son nouveau lieu de vie.

## Références bibliographiques et sitographiques

- Albaret, J.-M., Scialom, P., & Canchy-Giromini, F. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices / dirigé par Jean-Michel Albaret, Philippe Scialom et Françoise Giromini*. De Boeck supérieur.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (2<sup>e</sup> éd.). Dunod.
- Bautain, L. E. M. (1842). *Philosophie morale*. Librairie Philosophique.
- Bellissent, C. (2019). *Mystères du Tai chi et du cerveau ou la résonance corporelle de l'harmonie*. Cédric Bellissent.
- Berthoz, A. (2013). *Le Sens du mouvement*. Odile Jacob.
- Boscaini, F., & Saint Cast, A. (2012). Glossaire de psychomotricité. *Evolutions Psychomotrices*, 24(95), 3-56.
- Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35.  
<https://doi.org/10.3406/enfan.1998.3091>
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1. Un parcours de recherche*. Érès.
- CEN. (2016, 22 novembre). Le syndrome démentiel. Consulté le 5 mai 2022 sur <https://www.cen-neurologie.fr/fr/premier-cycle/s%C3%A9miologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-9>
- Ciccone, A. (2010). Psychomotricité et motricité psychique. Dans Potel, C., & Baranes, J.-J. (dirs). *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3<sup>e</sup> éd., pp. 43-49). In press.
- Dumontet, J. (2010). *En chemin vers l'harmonie... : Le Tai Chi Chuan comme médiation en thérapie psychomotrice pour des personnes âgées atteintes de démence*. Mémoire de diplôme d'état de psychomotricité. UPMC.

- Fantini-Hauwel, C., Gély-Nargeot, M.-C., & Raffard, S. (2020). *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante*. Dunod.
- Feil, N. (2018). *Validation® : La méthode de Naomi Feil : pour une vieillesse pleine de sagesse : aider et accompagner les grands vieillards désorientés* (4<sup>e</sup> éd.). Lamarre.
- Freud, S., & Dreyfus, D. (1963). *Freud. Psychanalyse : . Textes choisis par Dina Dreyfus*. Presses Universitaires de France Vendôme, Impr. des P.U.F.
- Gaudry, G., Grim, O., Guiose, M., & Louvel, J.-P. (2008). *Arts martiaux en psychomotricité* (1<sup>re</sup> éd.). Heures de France.
- Gorgy, O. (2012). Intérêts de l'exercice du mouvement lent chez la personne âgée. Dans Aubert, É., & Albaret, J.-M. (dirs). *Viellissement et psychomotricité* (pp.191-207). De Boeck Supérieur.
- Guillain, A., & Pry, R. (2012). D'un miroir l'autre. Fonction posturale et neurones miroirs. *Bulletin de psychologie*, 518, 115-127. <https://doi.org/10.3917/bupsy.518.0115>
- Hazif-Thomas, C., & Thomas, P. (2009). Démotivation du sujet âgé, dépression conative et renoncement au plaisir. *Etudes sur la mort*, 135, 57-76. <https://doi.org/10.3917/eslm.135.0057>
- Le cerveau à tous les niveaux. (s. d.). Consulté le 30 janvier 2022 sur [https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i\\_04/i\\_04\\_cr/i\\_04\\_cr\\_peu/i\\_04\\_cr\\_peu.html](https://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_04/i_04_cr/i_04_cr_peu/i_04_cr_peu.html)
- Le Robert. (s. d.). Plaisir. Dans *Le Robert en ligne*. Consulté le 5 mai 2022 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/plaisir>
- Lefèvre, A. (2012). *100% Winnicott*. Eyrolles.
- Lefèvre, C. (2019). Eléments de géronto-psychomotricité: la maladie d'Alzheimer et la psychomotricité. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc A. (dirs). *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (pp. 371-374). Dunod.

- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle. Structures, étayage, mouvement et relation* (1<sup>re</sup> éd.). Erès.
- Liotard, D. (2010). Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur. Dans Potel, C., & Baranes, J.-J. (dirs). *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3<sup>e</sup> éd., pp. 51-63). In press.
- Manuel MSD. (s. d.). Troubles dépressifs. Consulté le 5 mai 2022 sur <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-d%C3%A9pressifs>
- Martin, É. (2010). Plasticité cérébrale et équilibration : Proposition de protocole en masso-kinésithérapie pour la prévention des chutes de la personne âgée. *Kinésithérapie, la Revue*, 10(99), 24-29. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(10\)74787-2](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(10)74787-2)
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Personne, M., Cerioli, M., Bernard, G., & Fournier, J. (2014). *Tai chi chuan et vieillissement, éveil à la prévention de l'âge* (1<sup>re</sup> éd.). Erès.
- Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept* (2<sup>e</sup> éd.). Dunod.
- Pireyre, E. (2021). Le schéma corporel (2) : données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 69, 415-421. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.07.004>
- Pontalis, J.-B., Laplanche, J., & Lagache, D. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse* (3<sup>e</sup> éd.). Presses Universitaires de France.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle éd. augmentée). Erès.
- Ribes, G. (2006). Résilience et vieillissement. *Reliance*, 21(3), 12-18. <https://doi.org/10.3917/reli.021.0012>

- Rinaldi, R. (2017). *La cognition incarnée ou quand la pensée vient du corps*. Sciences Humaines. [https://www.scienceshumaines.com/la-cognition-incarnee-ou-quand-la-pensee-vient-du-corps\\_fr\\_38363.html](https://www.scienceshumaines.com/la-cognition-incarnee-ou-quand-la-pensee-vient-du-corps_fr_38363.html)
- Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité*. Desclée De Brouwer.
- Sava, A.-A., & Chainay, H. (2013). Effets des émotions sur la mémoire dans la maladie d'Alzheimer et le vieillissement normal. *Revue de neuropsychologie*, 5(4), 255-263. <https://doi.org/10.1684/nrp.2013.0255>
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2. Méthodes et techniques / sous la direction de Françoise Giromini, Jean-Michel Albaret, Philippe Scialom*. De Boeck-Solal.
- Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1. Concepts fondamentaux / sous la direction de Philippe Scialom, Françoise Giromini et Jean-Michel Albaret*. De Boeck-Solal.
- Villa, F. (2015). *La puissance du vieillir* (1<sup>re</sup> éd.). Presses Universitaires de France.
- Wallon, H. (1949). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Presses Universitaires de France.
- Wallon, H. (1956). Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant. *Enfance*, 9(2), 1-4. <https://doi.org/10.3406/enfan.1956.1508>

**Annexe 1 : Dessin de soi de Mme B**



les/2012/2012

## Annexe 2 : Timed up and go de Mme B

Mme B

28/10/21.

Faire sur elle -  
Délivré seule d'abord, marche pas

### Timed Up & Go

Note de 1 à 5	Se lever	Reste debout	Marcher	1/2 tour	Revenir, s'asseoir
Consigne 1	Consigne 2	Consigne 3	Consigne 4	Consigne 5	
1					
2	2	2	2	2	
3					3
4					
5					

Score total = 11

11 points.

Temps total = 20s  
(meilleur essai).

Mélange de mots pontifs:

tps essai 1 = 20 sec

"tournez et le mur" par ex

tps essai 2 = 24 sec.

### Observations :

Ne pas dire "ne boudez pas le mur".

#### Consigne 1 :

La barre ne se projette pas bien en avant par se lever mais se lever m'est pas difficile par elle. Elle s'aide des accoudoirs.

Consigne 2 : Malgré le cuspid, elle ne s'arrête pas qq instants debout, elle part directement. Ceci dit, par l'avoir vue ds d'autres contextes, rester debout statique m'est pas diffi. quelle.

Consigne 3 : Marche à pas de petite longueur ; polymère de sustentation assez réduit, les pas ne se pas glissants, les appuis se "fébriles", la trajectoire directe, le démarrage vacillante, mais pourtant, m'pas fr inquiétude qu'elle va tomber. Regarde devant elle (c'est bien).

Consigne 4 : 1/2 tour correct

Consigne 5: vient projectile verticale, n'apas retenu le message: dépense  
le faituel et fait, puis rapel de la course,  
per n'avoit ds le faituel de fait, 1 peu "basculé".

Faible test  
sans sa course,  
elle n'en a pas  
vrai besoin pr marcher  
en vrai.

=>

Risq. de chute soudaine.  
Quil est fragile.

## Annexe 3 : MMSE de Mme B, mars 2021

### 1. Orientation dans le temps

Poser la question : "en quelle année sommes-nous ?". La réponse est-elle correcte ?	Non	0/1
Poser la question : "en quelle saison ?". La réponse est-elle correcte ?	Oui	1/1
Poser la question : "en quel mois ?". La réponse est-elle correcte ?	Oui	1/1
Poser la question : "quel jour du mois ?". La réponse est-elle correcte ?	Non	0/1
Poser la question : "quel jour de la semaine ?". La réponse est-elle correcte ?	Non	0/1

### 1bis. Orientation dans l'espace

Poser la question : "quel est le nom de l'hôpital (cabinet, établissement, ou rue) où nous sommes ?". La réponse est-elle correcte ?	Oui	1/1
Poser la question : "dans quelle ville se trouve-t-il ?". La réponse est-elle correcte ?	Oui	1/1
Poser la question : "quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?". La réponse est-elle correcte ?	Oui	1/1
Poser la question : "dans quelle région est situé ce département ?". La réponse est-elle correcte ?	Oui	1/1
Poser la question : "à quel étage sommes-nous ici ?". La réponse est-elle correcte ?	Non	0/1

### 2. Apprentissage

Demander au sujet de répéter trois mots (Cigare, Fleur, Porte) et indiquer le nombre de mots obtenus au premier essai (puis faire répéter les trois mots jusqu'à ce que le sujet les retienne).	3	3/3
---	---	-----

### 3. Attention et calcul

Demander au sujet de compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois (93, 86, 79, 72, 65...). Indiquer le nombre de bons résultats obtenus.	3	3/5
Demander au sujet d'épeler le mot "MONDE" à l'envers (E, D, N, O, M) et indiquer le nombre de lettres successives épelées dans le bon ordre. (NB : conformément aux prescriptions d'analyse du test, cette question n'entre pas dans le calcul du score)	5	5/5

### 4. Rétention mnésique

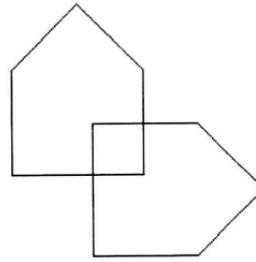
Poser la question : "répétez les trois mots que je vous avais dits tout à l'heure".	0	0/3
---	---	-----

### 5. Langage

Montrer un crayon et poser la question : "quel est le nom de cet objet ?"	Un crayon	1/1
Montrer une montre et poser la question : "quel est le nom de cet objet ?"	Une montre	1/1
Demander au sujet de répéter la phrase suivante : "pas de MAIS, de SI, ni de ET". Y arrive-t-il ?	Non	0/1
Donner un ordre en trois temps : 1. "prenez cette feuille de papier avec la main droite"	Succès	1/1
Donner un ordre en trois temps : 2. "pliez-la en deux"	Succès	1/1
Donner un ordre en trois temps : 3. "et jetez-la par terre"	Succès	1/1
Montrer au sujet une feuille sur laquelle est écrit l'ordre "FERMEZ LES YEUX". Demander au sujet d'exécuter ce qui est écrit sur la feuille. Le sujet ferme-t-il les yeux ?	Oui	1/1
Demander au sujet d'écrire une phrase entière. La phrase est-elle correcte ? (NB : une phrase comprend au minimum un sujet, un verbe, un complément)	Oui	1/1

## 6. Praxies constructives

Demander au sujet  
de recopier le dessin ci-dessous. Le dessin est-il correct ?



Non

0/1

### Résultat : 19/30

**Commentaire :** Mme s'est montrée **très anxieuse** avant et pendant la passation, se dévalorisant beaucoup. J'ai dû la rassurer et la revaloriser à plusieurs reprises.

Mme présente une désorientation davantage temporelle que spatiale. Ses capacités mnésiques semblent altérées avec une difficulté à restituer les informations à court terme (informations non disponibles). Se mettant la pression, il a été difficile pour Mme de réaliser les calculs. Mme ne présente pas de trouble du langage : capacités de dénomination, de compréhension, de lecture et d'écriture préservées. La figure n'a pas pu être réalisée car Mme a des problèmes de vue.

## **RESUME**

L'institutionnalisation d'une personne âgée, suite à une perte d'autonomie, peut bouleverser la vie du sujet. La dégradation des capacités cognitives, sensorielles, motrices, est difficile à affronter : le sujet fragilisé peut ainsi présenter une dépression, ou une apathie, et se replier sur soi, sans parvenir à retrouver seul l'énergie de la résilience.

En partant d'une rencontre singulière, cet écrit aborde la question de l'élan vital. En posant l'hypothèse que la thérapie psychomotrice peut aider au réinvestissement de soi et de l'environnement, les spécificités du soin psychomoteur passant par le mouvement sont étudiées dans leurs ressorts favorisant la relance de l'élan vital. Retrouver le plaisir d'être et de se réaliser, dans la relation à autrui, joue un rôle primordial.

**Mots clefs :** psychomotricité, gériatrie, élan vital, plaisir, mouvement

---

## **ABSTRACT**

Entering into the retirement « last » home can be like an earthquake for the elderly. Losing the autonomy, while feeling the shrink of intellectual, sensory and motor abilities, is hard to cope with. As a result, the person may develop depression or apathy. Weakened, the elderly may tend to give in to withdrawal, as he/she does not manage to find resilience energy anymore, by himself/herself.

Starting from the particular case of one patient, this work is about the question of life force. Making the hypothesis that psychomotor therapy can help the patient to reinvest himself/herself and the environment, the specificities of psychomotor care, using physical movement, is studied in its ability to support an impulse of life force. Experiencing the pleasure of being, of sharing and acting, within a constructive relationship, can play a key role.

**Keywords :** psychomotor therapy, geriatrics, life force, pleasure, movement