



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Xavier PERROT

Du mouvement au sujet, d'un sujet en mouvement

Quand la psychomotricité permet au sujet de vivre son corps en mouvement

Mémoire présenté pour l'obtention

Du diplôme d'Etat de Psychomotricien

Par : FONTANEL Clara

Juin 2017

N° 1392

Directeur du Département Psychomotricité

Mr Olivier BILLIoud

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
M. CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président RECHERCHE
M. VALLEE Fabrice

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1. Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Pr. COCHAT Pierre

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2. Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Observatoire Astronomique de Lyon **Mme
MEZIERE Béatrice**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

ESPE
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr LEBOISNE Nicolas**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 6 |
| PARTIE THEORIQUE : | 8 |
| I. Le mouvement | 8 |
| 1-1) Définitions | 8 |
| 1-2) Neuro-physiologie du mouvement | 10 |
| 1-3) Développement de la motricité..... | 12 |
| 1-3-1) Motricité du bébé..... | 12 |
| 1-3-2) L'apogée de la motricité | 14 |
| 1-3-3) Déclin de la motricité en lien avec le vieillissement | 14 |
| II. Bouger : dans quel(s) but(s) ?..... | 15 |
| 2-1) A la (re)découverte de l'environnement..... | 16 |
| 2-2) A la (re)découverte de l'autre et de soi en tant que sujet | 17 |
| 2-2-1) Les relations précoces..... | 17 |
| 2-2-2) Le regard..... | 19 |
| 2-2-3) Le dialogue tonico-émotionnel..... | 19 |
| 2-3) Le paradigme de la psychomotricité..... | 20 |
| III. Le mouvement comme témoin de vie..... | 22 |
| 3-1) L'élan vital..... | 22 |
| 3-2) Pulsions de vie et de mort | 22 |
| 3-2-1) Ça, Moi, Surmoi | 23 |
| 3-2-2) Pulsions de vie | 24 |
| 3-2-3) Pulsions de mort..... | 24 |
| 3-3) Vivre, survivre | 25 |
| 3-4) Envie, désir | 26 |
| 3-5) Se mouvoir et s'émouvoir..... | 27 |
| IV. Psychomotricité : une histoire de mouvements | 28 |
| 4-1) Le mouvement en psychomotricité..... | 28 |
| 4-2) Du mouvement corporel au mouvement psychique | 29 |

| | |
|--|-----------|
| V. Entraves aux mouvements | 30 |
| 5-1) Perturbations toniques | 30 |
| 5-2) Influences des angoisses | 32 |
| PARTIE CLINIQUE | 34 |
| 1^{ère} Etude de cas – Silvio | 34 |
| I. Présentation de Silvio | 34 |
| 1-1) Dossier médical | 35 |
| 1-2) Première rencontre | 36 |
| II. Bilan psychomoteur | 38 |
| III. Prise en charge de Silvio en psychomotricité | 41 |
| 3-1) Quatrième rencontre : la première après le bilan | 42 |
| 3-2) Cinquième rencontre : Imitations | 43 |
| 3-3) Sixième rencontre : Révélations | 44 |
| 3-4) Neuvième rencontre, Silvio a 16 mois : Progressions | 45 |
| 3-5) Onzième et douzième rencontres : Animation | 46 |
| 3-6) Dix-septième rencontre, Silvio a 18 mois : Améliorations | 47 |
| 2^{ème} Etude de cas – Mme L. | 48 |
| I. Présentation et contexte | 48 |
| 1-1) Présentation de la structure | 48 |
| 1-2) Sur le papier, Mme L., son dossier médical | 49 |
| 1-3) Prise en charge psychomotrice de Mme L. | 51 |
| II. Evolution du suivi en psychomotricité depuis le début de mon stage | 52 |
| 2-1) Première rencontre | 52 |
| 2-2) Deuxième rencontre : observation d'un échange tonico-émotionnel | 54 |
| 2-3) Quatrième rencontre : la première en chambre | 55 |
| 2-4) Huitième rencontre : le massage à quatre mains | 57 |
| 2-5) Dixième et dernière rencontre | 58 |

| | |
|---|--------|
| PARTIE THEORICO-CLINIQUE | 60 |
| I. Une motricité perturbée, étiologies possibles..... | 60 |
| 1-1) Les influences de la maladie..... | 60 |
| 1-1-1) Hypotonie/hypertonie | 61 |
| 1-1-2) Perturbation du fonctionnement cérébral | 62 |
| 1-2) L'influence des angoisses..... | 64 |
| 1-3) L'influence des relations précoces | 66 |
| II. Du mouvement à la motricité | 68 |
| 2-1) Le Moi corporel..... | 68 |
| 2-1) Une boucle sensation-perception-mouvement..... | 69 |
| 2-2) La répétition..... | 70 |
| III. Du mouvement avec l'autre..... | 71 |
| 3-1) Silvio : d'une immobilité à un mouvement avec puis vers l'autre et l'environnement | 71 |
| 3-2) Mme L. : de l'auto-agrippement et de la stéréotypie au mouvement avec l'autre..... | 73 |
| 3-3) Du mouvement, de la communication et de la pensée | 74 |
| Conclusion | 75 |
| CONCLUSION : | 76 |
| BIBLIOGRAPHIE : | 78 |
| ANNEXES : | 82 |
| REMERCIEMENTS | 83 |

INTRODUCTION

Avant d'intégrer l'institut de psychomotricité de Lyon, je me suis orientée vers l'architecture. Je pensais pouvoir mettre à profit ma créativité dans l'élaboration de projets divers, tout en satisfaisant au mieux mes clients. Finalement, j'ai réalisé que ce métier ne me correspondait pas et je ne parvenais pas à m'y épanouir. En me questionnant sur ce que je voulais réellement faire de ma vie, j'ai compris l'importance que j'accordais, et que j'accorde toujours, à l'aspect relationnel, à mon envie d'aider, d'accompagner l'autre, ainsi qu'à mon besoin d'être en mouvement. Suite à mes recherches dans un C.I.O. (Centre d'Information et d'Orientation), j'ai découvert la psychomotricité qui m'a alors été présentée comme une discipline permettant de faire des liens entre les fonctions motrices et l'état psychique, affectif et relationnel, tout en alliant créativité, jeu, relations et échanges. Etant quelqu'un d'assez dynamique, sportive et joueuse, le métier de psychomotricien m'a tout de suite attirée et correspondue.

Au fil de mes études en psychomotricité, j'ai beaucoup évolué sur un plan personnel et professionnel, et j'ai pu voir, en stage, des patients, des sujets, changer, bouger, se mettre en mouvement tant physiquement que psychiquement. C'est peut-être cet aspect, qui, entr'autres, me manquait dans l'architecture : une fois le projet construit et terminé, il n'est plus amené à être modifié ; tandis qu'en psychomotricité, la relation à l'autre implique un mouvement constant : l'individu n'a jamais fini de se construire ! Durant mes stages courts de deuxième année, j'ai alors commencé à m'interroger sur le rôle du mouvement dans l'élaboration du sujet. En troisième année, j'ai voulu poursuivre mes questionnements, en comparant une population de jeunes enfants et une population de personnes âgées. Comme j'étais intriguée par ce qui pouvait favoriser ou au contraire empêcher les mouvements, j'ai souhaité faire mes deux stages longs en C.A.M.S.P. (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) et en E.H.P.A.D. (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

En C.A.M.S.P., l'immobilité de Silvio m'a longuement interrogée, et c'est ma rencontre avec Mme L., en E.H.P.A.D., qui m'a permis d'aller plus loin dans mes réflexions. Qu'est-ce qui incite le mouvement ? Comment se forme-t-il ? Qu'est-ce qui peut donner envie de bouger ? Quels sont les liens entre mouvements corporels et mouvements psychiques ? En quoi peuvent-ils s'influencer ?

Les études de cas de ces deux sujets, que je présenterai donc dans ce mémoire, sont à l'origine de son écriture. Après de Silvio j'ai commencé à m'interroger sur le comment et le pourquoi d'une mise en mouvement ; tandis qu'après de Mme L. j'ai pu pousser ma réflexion plus loin, autour de la question du lien à l'autre et à soi-même dans le mouvement.

Ainsi, grâce aux prises en charge de ces deux sujets, j'ai pu formuler une problématique plus générale à laquelle je vais tenter de répondre tout au long de ce mémoire. Il s'agira donc de chercher à comprendre *en quoi l'étayage du psychomotricien peut-il favoriser et permettre au sujet de se (ré)approprier, et de (re)découvrir son corps en mouvement ?*

Dans la première partie de ce mémoire, je tenterai de définir le mouvement afin de comprendre ce qu'il sous-tend, ce qu'il implique, à quoi il sert et comment il vient témoigner d'un processus de vie. Je l'aborderai ensuite plus spécifiquement sous l'angle de la psychomotricité avant de traiter ce qui peut l'entraver. Puis, dans une seconde partie, je présenterai les études de cas de Silvio et de Mme L. pour ensuite, dans une dernière partie, les mettre en lien avec la théorie abordée en première partie, et tenter de répondre à ma problématique.

PARTIE THEORIQUE

I. Le mouvement

1-1) Définitions

Le « mouvement » est un terme utilisé au quotidien, cependant, ses définitions et qualifications peuvent être nombreuses. Il me semble donc nécessaire de revenir sur cette notion qui sera centrale tout au long de ce mémoire.

Tout d'abord, le mot « mouvement » vient du latin « *movere* » qui correspond à l'action de se mouvoir, de se mettre en mouvement, de changer de place. D'après le dictionnaire, le mouvement correspond au déplacement d'un corps, au changement de position dans l'espace ainsi qu'à l'impulsion, l'élan qui porte à manifester un sentiment, une volonté etc. (Larousse, 2009).

Pour Jaquet, Neveu, Pireyre, De Sainte Mareville, Scialom et Golse, « *à première vue, le mouvement se présente comme un phénomène physique ou matériel mettant en jeu un changement corporel ou un déplacement spatial.* » (2014, p. 95). Robert-Ouvray et Servan-Leval (Scialom et al., 2011) complètent cette définition en précisant que le mouvement est un changement de position des différents segments corporels les uns par rapport aux autres, avec pour objectif, soit de modifier la posture, soit d'entraîner un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace. Ce mouvement « *est plus ou moins finalisé, plus ou moins volontaire ou réflexe, plus ou moins automatisé, plus ou moins conscient.* » (Scialom et al., 2011, p. 182).

Je préciserais que le mouvement répond toujours à une sollicitation, qu'elle soit interne (provenant de l'organisme) ou externe (provenant de l'environnement). Aussi, en fonction des stimulations, le niveau de complexité du mouvement diffère : « *dans sa configuration la plus simple, on trouve le mouvement réflexe et dans sa configuration la plus complexe, la plus aboutie, le geste, empreint de désir, d'émotion, de mémoire* » (Jaquet et al., 2014, p. 73). Le mouvement réflexe, présent dès la naissance, est involontaire, stéréotypé et rapide. Il s'agit de la première forme de mouvement que le bébé expérimente.

Puis, progressivement et au fil de son développement et de ses expériences, l'enfant acquiert une possibilité de mise en mouvement de plus en plus volontaire et coordonnée. Le mouvement peut alors être dirigé, viser un but, devenir intentionnel, il se transforme alors en un geste et devient donc significatif.

D'après Jaquet et al. « *le geste est un mouvement affecté. Affecté d'une intentionnalité consciente ou inconsciente, volontaire ou non* ». (2014, p. 80). Il a valeur de communication et d'expression. Selon Bergès, il existe trois types de geste : celui qui exprime « *la manière de dire* », caractérisé par la personnalité du sujet capable de laisser transparaître ou retenir un sentiment et par un vocabulaire gestuel qui fait appel au code social ; celui qui exprime « *la manière d'être* », révélateur de la nature du sujet, de ses adresses, maladdresses, prestance, spontanéité etc. ; et celui qui exprime « *la manière de faire* », correspondant à l'acte qui tend à modifier une situation donnée (Carric, 1998, p. 75).

Aussi, l'acte est un « *comportement moteur adapté à une certaine fin* », il « *exprime le sujet dont il émane [...] et résulte de la mise en jeu consciente et réfléchie des forces et tendances qui déterminent l'action* » (Carric, 1998, p. 5).

De surcroît, pour Wallon, « *le mouvement est d'abord l'unique expression et le premier instrument du psychisme* » (Wallon, 1925, p. 312-313) puisque le développement psychique s'appuie sur le développement physique et que le mouvement corporel façonne la pensée. En effet, « *la scène corporelle est un lieu de transit de la réalité psychique [...], elle se construit à partir de l'expérience corporelle* » (Ciccone, 2000, p. 20). De plus, « *l'agir est aussi le moyen par lequel se psychisent les expériences [...] et se développe la vie mentale* » (Ciccone, 2000, p. 22).

Enfin, Mortamet rappelle que « *la motricité est une modalité de pensée, de contact et de compréhension du monde en ce sens que c'est aussi par ce que nous avons inscrit dans nos réseaux neuronaux sous forme de représentations d'action que nous construisons le monde* » (2016, p. 214). Poursuivons donc en traitant les aspects neurologiques et physiologiques qui entrent en jeu dans le mouvement.

1-2) Neuro-physiologie du mouvement

Sans entrer dans le détail de la constitution du système nerveux, des muscles et des différentes structures neurophysiologiques qui permettent la mobilité du corps, je vais faire une brève présentation neuroanatomique puis présenter succinctement les éléments nécessaires à la compréhension des mécanismes généraux du mouvement. Je ne parlerai donc ici que de la motricité (en tant que « *propriété que possèdent les centres nerveux, de provoquer la contraction musculaire* » et donc le mouvement (Carric, 1998, p. 108)) qui permet de bouger dans l'environnement et pas de la motricité viscérale.

Tout d'abord, pour qu'un être vivant puisse se mettre en mouvement, il a besoin :

- d'une charpente osseuse constituée de nombreux os et de diverses articulations, formant le squelette, base solide sur laquelle se structure le corps.
- de muscles qui vont changer de tonicité et de longueur pour mobiliser le squelette
- d'un tonus, en tant que « *qu'état de tension permanente et involontaire des tissus vivants, et spécifiquement du tissu musculaire, sous la dépendance du système nerveux central et périphérique* » (Carric, 1998, p. 189), adaptable, variable et flexible. Notons que le tonus conditionne notre posture et rend l'ensemble de la musculature prête à répondre aux multiples sollicitations de la vie (Alexander, 1981).
- d'organes sensoriels reliés par des nerfs au cerveau.

Le cerveau sert de système de contrôle et de commande de la motricité, selon Berthoz « *son problème principal est de mettre en mouvement des masses* » (1997, p. 12). Ainsi, « *le mouvement résulte d'un jeu subtil entre l'ensemble des composantes musculaires et le cerveau, ordinateur ultra perfectionné capable d'envoyer des millions d'informations simultanées* » (Halatas, 2015, p. 29).

Pour comprendre l'implication du cerveau dans le mouvement, je vais à présent m'attarder sur le système nerveux car, pour Jaquet et al., « *le mouvement est la sortie de cette boîte noire qu'est le système nerveux, et l'action est donc probablement ce qui reflète le mieux ce qui se déroule dans cette boîte noire.* » (2014, p. 73).

Ainsi, le système nerveux comprend le système nerveux central (SNC) et le système nerveux périphérique (SNP). Le SNP transmet les informations du SNC à l'ensemble du corps à travers des nerfs (groupe de neurones qui forment des voies de communication entre les différentes structures de l'organisme). Les nerfs afférents sont sensitifs et transportent les informations des organes récepteurs au SNC. Tandis que les nerfs efférents sont moteurs et propagent les ordres moteurs du SNC dans l'organisme. Le SNC est donc à l'origine de tout mouvement. Il se compose de la moelle épinière et de l'encéphale. Ce dernier se constitue lui-même du cerveau, du tronc cérébral et du cervelet. Le cerveau comprend le télencéphale (qui regroupe le cortex cérébral et les noyaux profonds dont les ganglions de la base et l'amygdale) et le diencephale (composé notamment du thalamus et de l'hypothalamus).

Sur le plan neurophysiologique, le mouvement provient des activités des trois systèmes : pyramidal, extra-pyramidal et cérébelleux (cervelet). Les systèmes pyramidal et extra-pyramidal permettent de relier la commande centrale (le cerveau) aux motoneurones périphériques qui vont stimuler les muscles responsables du mouvement.

Le système pyramidal (appelé aussi système cortico-spinal) est à l'origine de la motricité volontaire, il contribue au contrôle du tonus postural et joue un rôle dans la motricité fine.

Le système extra-pyramidal (appelé aussi système sous-cortico-spinal) permet la motricité automatique, réflexe et involontaire. Il joue un rôle essentiel dans le maintien de la posture et dans la fonction antigravitaire (il a donc une action sur le tonus des muscles extenseurs des membres inférieurs et sur l'axe corporel (Scialom et al., 2011)).

Le système cérébelleux régule le mouvement et le tonus musculaire.

Enfin, pour tout mouvement volontaire, il existe différentes phases dans lesquelles sont impliquées plusieurs structures neurophysiologiques (Poulteau, 1994). La première phase du mouvement correspond à la décision et planification de ce dernier. Elle s'origine dans le cortex moteur primaire, situé dans le lobe frontal (partie antérieure du cerveau). La seconde phase assure la transmission de l'information aux muscles grâce au SNP. La troisième phase correspond à l'exécution du mouvement qui est assurée par les muscles. Enfin, la dernière phase est assurée par différentes fonctions régulatrices (telle que la vision ou le toucher) et correspond au contrôle du mouvement. Notons que « *le cervelet intervient aussi bien au moment de la préparation du mouvement qu'au moment de sa réalisation* » :

il est en effet capable de le réajuster après avoir comparé le mouvement souhaité au mouvement effectivement réalisé » (Jaquet et al., 2014, p. 78). De plus, « [les ganglions de la base] jouent également un rôle important dans le mouvement en régulant son déclenchement et son arrêt » (Jaquet et al., 2014, p. 78). Ainsi, le déclenchement du mouvement est dû à une boucle cortico-sous-corticale qui part du cortex moteur primaire, passant par les ganglions de la base, puis le thalamus avant de repasser par le cortex et de diffuser dans l'organisme à travers les neurones et les nerfs.

La mise en mouvement implique donc de nombreuses structures neuroanatomiques et neurophysiologiques. Toutefois, cette organisation n'est pas présente d'emblée, nous allons donc voir comment tout ceci se construit au cours du développement psychomoteur.

1-3) Développement de la motricité

Sans reprendre tout le développement psychomoteur, ce qui serait trop long et éloigné du sujet de ce mémoire, je vais revenir succinctement sur le développement de la motricité, du bébé à la personne âgée.

1-3-1) Motricité du bébé

Tout d'abord, rappelons qu'« à la naissance, le cerveau du nouveau-né est en pleine maturation, ses mouvements sont surtout des automatismes occasionnés par l'application de certains stimuli » (Scialom et al., 2011, p. 86). En effet, le nourrisson réagit de façon stéréotypée et désordonnée aux stimulations qui l'assailent. Sa motricité oscille entre réflexes, mouvements spontanés et rythmicité. Les réflexes archaïques (mouvements automatiques et involontaires provoqués par certains stimuli), sont présents in utero et tendent, pour certains, à disparaître quelques mois après la naissance, pour d'autres, à se transformer en mouvement coordonnés et volontaires. Cependant, tout ceci dépend de la maturité du système nerveux.

« *Au début de la vie, le développement est prédéterminé génétiquement et les changements développementaux suivent un ordre immuable* » (Scialom et al., 2011, p. 31). Ainsi, la maturation du système nerveux suit les lois de développement céphalo-caudale et proximo-distale, qui sont les lois générales de l'organisation du développement moteur. De ce fait, suivant la loi céphalo-caudale, le contrôle des muscles se fait d'autant plus vite qu'ils sont proches du cerveau ; et suivant la loi proximo-distale, le contrôle musculaire se fait à partir de l'axe corporel pour aboutir progressivement aux extrémités. Ainsi, la maturation corticale va permettre que les mouvements réflexes et inorganisés deviennent coordonnés du fait de l'influence inhibitrice du cortex.

De plus, le tonus, qui, je le rappelle, est un des fondements de la motricité, tend à s'harmoniser en suivant ces mêmes lois. D'une hypotonie axiale et hypertonie segmentaire physiologiques, le tonus du nourrisson est ainsi amené à se réguler et à devenir identique dans l'ensemble du corps. Cette régulation va notamment être induite par ce que Bullinger (1999) appelle les « *flux sensoriels* ». Ces derniers sont des signaux perçus par les différents systèmes sensoriels, il peut ainsi s'agir de flux tactiles, olfactifs, auditifs, proprioceptifs, visuels etc... Bullinger explique que les systèmes sensoriels archaïques vont analyser ces flux sensoriels, et, en coordination avec les systèmes récents, vont ensuite engendrer la création d'une réponse motrice. Cette dernière sera de plus en plus adaptée en fonction de l'expérience de l'individu au sein du milieu extérieur. Aussi, « *ce sont les caractéristiques perceptives de l'objet ou de l'environnement qui guident directement le sujet sur les possibilités d'action. Celles-ci alimentent à leur tour la perception en générant des informations sur l'action elle-même et les transformations de l'environnement obtenues* » (Scialom et al., 2011, p. 35). Comme l'expriment Coeman et Raulier H. de Frahan (2004, p. 21), « *la perception est formée sur la base du mouvement aussi sûrement que le mouvement est initié et guidé par la perception* ». Ainsi, il existe une boucle entre sensation-perception-mouvement qui permet à l'enfant d'élargir ses habiletés motrices. Notons toutefois qu'il a besoin de réitérer plusieurs fois ses expériences motrices avant de pouvoir les intégrer, tout comme il nécessite d'une certaine liberté pour trouver lui-même les postures intermédiaires qui lui permettront d'atteindre la position finale souhaitée (Tardos et David, 1991).

1-3-2) L'apogée de la motricité

A partir de ses expériences, de sa maturation neurologique et des sollicitations de son environnement, l'individu va continuer à se développer tout en élargissant ses compétences motrices et ses schèmes moteurs.

Ainsi, arrivé à l'âge adulte (vers 20-30 ans), le sujet présente des performances physiques et motrices qui atteignent leur apogée. De plus, ses systèmes perceptifs en rapport avec l'exécution des mouvements sont particulièrement efficaces (Bee et Boyd, 2003). Le déclin de la motricité apparaît plus tardivement.

1-3-3) Déclin de la motricité en lien avec le vieillissement

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir d'environ 60 ans. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et environnementaux auxquels l'organisme est soumis tout au long de sa vie. Ainsi, le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles du corps.

Sans décrire tous les effets du vieillissement sur l'organisme, je vais revenir sur ceux qui ont une influence plus directe sur le mouvement.

Tout d'abord, au niveau des métabolismes, la composition corporelle de l'individu se modifie. En effet, la masse maigre (les muscles) réduit au profit d'une majoration proportionnelle de la masse grasse (surtout viscérale). Le muscle devient donc moins efficace, il est moins extensif, moins réactif, il perd en force et devient plus rapidement fatigable. De plus, le vieillissement osseux se caractérise par une réduction de la densité minérale osseuse et par une diminution de la résistance mécanique de l'os, ce qui entraîne une fragilisation du squelette. Enfin, le vieillissement du cartilage articulaire se caractérise essentiellement par la diminution de son contenu en eau, ce qui altère ses propriétés mécaniques et provoque une plus grande fragilité. Tout ceci contribue à modifier la qualité du mouvement qui devient plus lent, moins ample et moins précis (Mariette, 1993).

Ensuite, au niveau du système nerveux, de nombreuses modifications neuropathologiques et neurobiologiques sont observables. Les principales concernent la diminution du nombre de neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et la diminution de certains neurotransmetteurs intracérébraux. Ceci entraîne une augmentation des temps de réaction et une réduction modérée des performances mnésiques, notamment en ce qui concerne l'acquisition de nouvelles informations.

Enfin, les capacités perceptives déclinent progressivement, en lien avec le vieillissement des organes sensoriels. Les systèmes visuel, auditif et tactile se dégradent progressivement ce qui altère les messages transmis aux centres nerveux. Ainsi, « *La planification du mouvement se fonde donc, dans ces cas, sur des informations erronées, ce qui expliquerait l'allongement et l'instabilité des temps de réaction motrice et de réalisation motrice ainsi que la plus grande difficulté chez les aînés à corriger leur mouvement* » (Scialom et al., 2011, p. p.64).

Pour conclure, si la motricité est altérée au cours du vieillissement normal, il est possible d'imaginer les diverses répercussions que peut avoir un vieillissement pathologique sur le mouvement. Ce n'est toutefois pas l'objet de ce mémoire, bien que j'en aborderai quelques aspects plus tardivement. Nous allons donc à présent nous attarder sur un tout autre point, à savoir ce qui peut inciter une mise en mouvement.

II. Bouger : dans quel(s) but(s) ?

Maintenant que nous avons vu ce qu'était un mouvement, nous allons tenter de comprendre ce qui l'incite et l'encourage. En effet, il est légitime de se demander pourquoi l'individu se met en mouvement, qu'est-ce qui vient le solliciter de l'intérieur et de l'extérieur ? Si je considère que « *le sujet n'est plus uniquement défini comme une entité prise entre une intériorité et une extériorité mais comme un enchaînement continu d'expériences communes dans lequel les frontières entre soi, l'autre et le monde s'entrecroisent et s'entremêlent* » (Meurin, 2016, p. 102), alors il est possible de constater que les raisons d'une mise en mouvement peuvent être nombreuses.

Je vais donc revenir sur celles qui permettent de donner du sens à la motricité, qui offrent au sujet la possibilité de se mettre en mouvement dans un but donné.

2-1) A la (re)découverte de l'environnement

Que ce soit pour le bébé, l'enfant, l'adulte ou la personne âgée, l'espace extérieur qui nous entoure est toujours à découvrir ou à redécouvrir. Nous sommes sans cesse en train d'explorer notre environnement, grâce à nos différents sens : par le regard, le toucher, l'ouïe, l'audition ou l'olfaction. Toutefois, il faut que ce milieu extérieur soit un minimum stimulant et attrayant et que notre état soit favorable à la réception de ces sollicitations.

Aussi, en tant que sujet vivant, nous avons tendance à nous tourner vers l'extérieur, à vouloir interagir avec ce qui nous entoure, car, comme l'exprime Heidegger, être c'est être au monde et dans le monde (1964). Pour cela, notre corps est le meilleur outil pour interagir avec cet environnement ; pour Merleau-Ponty, il est même le moyen central, pour le sujet, d'habiter le monde (1964). Encore faut-il pouvoir connaître et contrôler son corps. C'est ainsi que Lapierre et Aucouturier expliquent que « *l'enfant découvre son corps qui est un moyen d'action, intermédiaire obligé entre lui et le monde* » (1975, p. 57). En découvrant son corps, le sujet apprend aussi et en même temps à découvrir le monde. Pour cela, la mise en mouvement devient primordiale puisque « *c'est dans une dialectique permanente entre le corps et le monde que se construisent, à travers le mouvement, à la fois le corps et le monde* » (Lapierre et Aucouturier, 1975, p. 58).

Or, l'utilisation d'objets, quels qu'ils soient, peut être nécessaire pour cette mise en mouvement. En effet, en donnant du mouvement aux objets, nous nous donnons du mouvement avec eux et « *ce mouvement de l'objet, prolongement du Moi, nous aide à investir l'espace, à nous sécuriser dans l'espace* » (Lapierre et Aucouturier, 1975, p. 27). De plus, « *aller vers l'objet, par le geste ou le déplacement, est une autre dimension, qui est appropriation du monde, appropriation de l'espace* » (Lapierre et Aucouturier, 1975, p. 64).

Toutefois, pour découvrir son corps et le monde, nous avons besoin d'autrui puisqu'« *exister c'est être perçu* », [...] *car sans autre (la mère, les tiers, le père ou le thérapeute), nous avons certes un corps mais il demeure transparent, plat et immatériel* » (Jaquet et al., 2014, p. 231).

2-2) A la (re)découverte de l'autre et de soi en tant que sujet

Comme le souligne Robert-Ouvray, « *les premiers éthologues [...] associent les compétences motrices du bébé à une pulsion sociale qui oriente ses comportements et ses mouvements vers l'autre* » (2004, p. 26). En effet, dès son plus jeune âge, l'Homme a besoin des autres, et ce, tout au long de sa vie, qu'il soit en état de dépendance ou non. L'Homme est un être de relation, c'est un « *animal social* » tel que l'exprime Aristote. Il a besoin des autres pour se sentir exister et, comme le déclare Hegel (1950), la conscience de soi passe par la reconnaissance par une autre conscience. De plus, Sartre (1943) fait d'autrui le médiateur indispensable entre soi et soi-même, une sorte de moi qui n'est pas moi. Aussi, pour devenir sujet, chaque individu a besoin d'aller vers l'autre et que l'autre vienne vers lui. Ceci commence dès la naissance, à travers les relations précoces.

2-2-1) Les relations précoces

Tout d'abord, comme le souligne la célèbre phrase de Winnicott « *un bébé tout seul, ça n'existe pas* », le nourrisson a besoin d'un environnement maternant sur lequel il va pouvoir s'appuyer pour se développer. En effet, c'est dans les interactions corporelles avec sa mère (ou avec la personne qui s'occupe de lui) que l'enfant va trouver un étayage pour sa vie psychique. En parlant d'interactions corporelles, je fais référence au *Holding, Handling* et à la fonction miroir du visage de la mère tels que Winnicott a pu les décrire. Aussi, c'est grâce à ce portage physique et psychique que le bébé va pouvoir commencer à se percevoir comme sujet.

Ensuite, attardons-nous sur la théorie de l'attachement décrite initialement par Bowlby et Ainsworth. Il s'agirait d'« *un des systèmes motivationnels qui font que des liens uniques, durables et émotionnellement importants se créent entre le bébé et ses parents et auront des conséquences tout au long de la vie* » (Guedeney, Blondin, Martins et Rohr, 2008). Ce système d'attachement démontre que la « *Figure d'Attachement* », généralement la mère, va servir de base sécuritaire à partir de laquelle l'enfant va pouvoir s'engager physiquement et psychiquement dans les jeux et les comportements exploratoires notamment. « *Un attachement sécuritaire est prédictif actuellement d'un développement de meilleure qualité. L'attachement stimule l'autonomie.* ». (Guedeney et al., 2008).

En s'autonomisant, l'enfant devient acteur sur son environnement et c'est à travers ses premières intentions, premiers actes volontaires conscients, qu'il se manifeste en tant que sujet. « *C'est déjà le choix, la naissance d'une pensée consciente, informulée mais exprimée dans l'acte. C'est la découverte d'un pouvoir sur les objets, sur le monde, sur l'autre, pouvoir qui s'exerce par l'intermédiaire d'un pouvoir sur son corps* » (Lapierre et Aucouturier, 1975, p. 57). De ce fait, c'est en partie grâce au système d'attachement que l'enfant va pouvoir se tourner vers le monde et les autres. Par conséquent, si l'attachement et les relations précoces sont vécus de façon précaire, le sujet risque de se renfermer sur lui-même, voire même de mourir. C'est ce que Spitz décrit en parlant du syndrome d'hospitalisme qui correspond à un état de marasme physique et psychique causé par une carence affective totale (Rousseau et Duverger, 2011). Aussi, la personne qui s'occupe de l'enfant vient le solliciter, le faisant exister au monde, et en retour, cet enfant répond à la stimulation, faisant exister le parent en tant que tel.

Ainsi, le bébé a besoin d'autrui et notamment de sa mère (au sens large du terme, en tant que figure maternelle qui prend soin de lui) pour se développer et devenir sujet. Toutefois, en plus de cette figure maternelle, tout individu se forge en tant que tel grâce aux autres personnes qui l'entourent. Sans étudier tous les mécanismes qui entrent en jeu, je vais développer plus particulièrement l'importance du regard et du dialogue tonico-émotionnel.

2-2-2) Le regard

Tout d'abord, le regard joue un rôle majeur dans l'établissement des liens primaires. En plus d'avoir son importance lors des portages (avec ce que Haag (2010) appelle « *interpénétration des regards* » entre la mère et l'enfant comme faisant partie des éléments fondateur du psychisme de ce dernier), il a une fonction verticalisante (Haag, 2009) et permet une reconnaissance entre les individus. Aussi, comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, si le regard influence les relations primaires, alors, indirectement, il impacte la construction de l'individu en tant que sujet. C'est notamment ce que déclare Sartre (1943) en disant que « *nous ne sommes nous qu'aux yeux des autres et c'est à partir du regard des autres que nous nous assumons comme nous-même* ».

De plus, les yeux comme « *fenêtres de l'âme* » tel qu'a pu le dire Rodenbach (1892), sont aussi ce qui nous permet de rencontrer l'autre, d'entrer en relation avec lui. Comme le décrit Berthoz, « *le regard a une fonction de prise d'information, mais il a aussi un rôle fondamental d'« équilibre interactionnel »* » (1997, p. 202).

Enfin, c'est en partie grâce au regard que nous nous orientons dans l'espace. N'entendons-nous pas régulièrement des parents rappeler à leur enfant « Regarde où tu vas ! », « Regarde où tu mets les pieds ! » ? De même, en équitation, les professeurs enseignent aux cavaliers comment diriger leur regard pour mieux guider leur monture. En effet, en regardant l'endroit où il veut aller, le cavalier oriente tout son corps dans cette direction, influençant le positionnement du cheval et l'incitant à se déplacer dans cette même direction. En fait, ce principe est valable au quotidien, c'est en regardant où nous voulons aller que nous y allons. Il ne s'agit donc pas que d'une simple question de regard, mais peut être plus généralement, d'une question de corps, d'engagement corporel.

2-2-3) Le dialogue tonico-émotionnel

En entrant en relation avec autrui, nous entrons en relation avec nous-même. C'est en tout cas ce que je vais tenter de démontrer à travers l'appui et l'exemple du dialogue tonico-émotionnel initialement décrit par Ajuriaguerra.

Tout d'abord, revenons sur cette notion de dialogue tonico-émotionnel. Il s'agit, d'un engagement corporel et psychique entre deux individus. Selon Bachollet et Marcelli (2010), il correspond au « *reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre* ». Livoir-Petersen (2009) rajoute que :

« pour pouvoir représenter ses états toniques, le bébé est doublement dépendant de ses relations à son entourage : (a) par leurs soins, les parents limitent les changements internes ou externes qui l'affectent, ils diminuent leur impact et les écarts toniques dont il est le siège. (b) Par leurs ajustements émotionnels, ils facilitent directement la représentation de ses états toniques : ce qui opère alors est leur fonction de miroirs sensoriels de la réactivité du bébé. Tout se passe comme si le nourrisson accédait plus facilement à une représentation de soi comme entité ».

Il en est de même pour tout un chacun éprouvant le dialogue tonico-émotionnel. C'est par « *un jeu de miroir où nous nous retrouvons chacun dans les mobilités de l'autre, qui est à la fois un autre, et en même temps par le jeu des identifications, nous-mêmes* » (Mortamet, 2016), que nous pouvons, par le biais de ce dialogue tonico-émotionnel, avoir accès à une part de l'autre et une part de soi, tout en se représentant comme entité différente de l'autre.

Enfin, comme le décrivent Prayez et Savatofski (2009, p. 109) « *toute rencontre confronte chacun à ses propres émotions en résonance à celles d'autrui* ». C'est pourquoi, en rencontrant autrui, nous apprenons à le connaître autant que nous réapprenons à nous connaître nous-même.

2-3) Le paradigme de la psychomotricité

Finalement, pour synthétiser cette deuxième grande partie, nous pouvons reprendre le paradigme même de la psychomotricité.

D'après Joly, reprenant la pensée d'Ajuriaguerra (père fondateur de la psychomotricité), il s'agit de considérer, à travers ladite psychomotricité,

« la prégnance du corps dans la relation à l'autre, de la source corporelle, sensorielle et psychomotrice de notre être au monde, du lien entre corps et psyché dans toute son épaisseur, sa potentialité créatrice et ses conséquences ; mieux : une respiration permanente entre corps et psyché, du corps vers la psyché et de la psyché vers le corps » (Joly, 2016, p. 41).

Aussi, la psychomotricité pose comme principe que le développement et le fonctionnement humain comprennent trois volets absolument indissociables et en permanente interaction. Ces derniers correspondent à la motricité, aux sensations et aux représentations, qui ont pour faisceau commun le tonus musculaire. C'est ainsi que Robert-Ouvray explique qu'avant de pouvoir penser, le bébé ressent. *« Le seul mode de connaissance pendant les premières semaines de vie se fait sur le modèle de la perception sensorielle et plus précisément de la perception proprioceptive dont l'expérimentation corporelle passe par la tonicité » (Robert-Ouvray, 2004, p. 115).*

Bullinger parle alors d'un « *équilibre sensori-tonique* » nécessaire au développement de l'individu dans sa capacité à être actif, à se construire psychiquement et à agir sur l'environnement de façon cohérente (annexe 1). Aussi, le « *milieu physique* », le « *milieu biologique* » et le « *milieu humain* » doivent solliciter le sujet de façon ajustée et équitable pour qu'il puisse se développer convenablement. Notons que le « *milieu physique* » correspond à l'environnement, au milieu extérieur dans lequel l'individu se trouve. Le « *milieu biologique* » se rapporte à l'organisme en lui-même et notamment aux organes sensoriels capables de recevoir, analyser et traiter les informations provenant du « *milieu physique* ». Enfin, le « *milieu humain* » équivaut au dialogue tonico-émotionnel, à cette capacité que peuvent avoir les individus à s'adapter, à s'ajuster à autrui.

En conclusion de cette partie, je peux affirmer que la mobilité du bébé, sous tendue par le tonus, se construit à partir des stimulations, de l'environnement et des relations (Bullinger et Delion, 2004), et cette mise en mouvement continue à se développer et à être influencée par ces différents critères tout au long de la vie du sujet.

III. Le mouvement comme témoin de vie

Si je pars du principe qu'un individu en mouvement est un individu vivant (ne serait-ce que par ses mouvements cardiaques et respiratoires), alors je peux poser comme principe que le mouvement est une preuve de vie. D'ailleurs, pour Lapierre et Aucouturier, « *il n'y a pas de vie sans mouvement et l'arrêt de son mouvement propre, pour toute matière vivante, c'est la mort* » (1975, p. 43). La question qui me vient à présent, est donc de savoir ce qui pousse le sujet à rester en vie et de savoir comment le mouvement peut (r)animer cet élan vital ?

3-1) L'élan vital

En parlant d'élan vital, je fais référence au principe développé par Bergson dans les années 1900. Il s'agit d'un concept qui permet d'expliquer l'évolution et le développement des organismes vivants (Bergson, 1966). Cet élan vital est à l'origine de la vie, de la survie, il permet à chaque être vivant de se développer à travers l'expérience, d'assurer sa propre continuité mais aussi celle de son espèce à travers la procréation. L'élan vital se caractérise par un certain bien-être, une capacité d'adaptation et de résilience. Cette dernière « *se construit dans la relation avec autrui, dans un « tricotage » avec l'attachement* » (Cyrulnik, 2010, p. 25) , et correspond à la capacité de l'individu à dépasser un événement difficile ou traumatique, afin de continuer à vivre. Aussi, l'altération de l'élan vital peut conduire à la dépression et au décès.

Voyons à présent comment les pulsions peuvent influencer cet élan vital.

3-2) Pulsion de vie et de mort

Le concept de *pulsion* est un concept situé à la limite entre le somatique (le corps) et le psychique, il s'agit d'une exigence de travail qui s'impose à la psyché du fait de sa liaison avec le corporel (Freud, 2010).

Dès sa première topique, Freud théorise cette notion de pulsion. Il oppose les pulsions sexuelles, régies par le principe de plaisir, aux pulsions du Moi, régies par le principe de réalité. Le principe de plaisir est celui qui guide le fonctionnement de l'appareil psychique. Ce dernier cherche ainsi à éviter le déplaisir générateur d'excitation interne et à favoriser la production de plaisir qui, lui, permet la décharge de ce surplus d'énergie. Le principe de réalité, opposé au principe de plaisir, sert de régulateur du fonctionnement psychique et tient compte de la réalité du monde extérieur. Il permet le renoncement au plaisir immédiat et à certaines pulsions potentiellement sources de souffrances. Aussi, la pulsion sexuelle, ou libido, est la source des désirs qui cherchent à s'affirmer sans détours. Ce sont donc les pulsions du Moi qui vont assurer la conservation de ce dernier puisque la réalité impose sa nécessité.

Avec sa deuxième topique, Freud modifie son premier modèle et introduit les notions de pulsion de vie et pulsion de mort. Afin de mieux les comprendre, revenons sur cette deuxième théorisation Freudienne.

3-2-1) Ça, Moi, Surmoi

Dans sa seconde topique, Freud explique que la psyché, ou « *appareil psychique* », est constitué de trois instances formant la personnalité du sujet. Il s'agit du Moi, du Ça et du Surmoi.

Le Moi n'existe pas d'emblée à la naissance, il se constitue progressivement et est en perpétuelle réélaboration tout au long de la vie du sujet. Il se développe à partir du Ça sous l'influence persistante du monde extérieur. Cette instance mouvante est celle qui permet de faire des choix et d'agir, elle est le siège de la personnalité des émotions et du « je ». Enfin, elle est une sorte de médiateur qui tient compte du Ça, du Surmoi et de la réalité externe, tout en assurant les intérêts de la totalité du sujet.

Le Surmoi, quant à lui est l'instance qui nous pousse à aller vers l'extérieur. Hérité du complexe d'Œdipe, le Surmoi est une sorte d'appareil judiciaire de l'appareil psychique. Il s'agit de l'instance de notre personnalité psychique dont le rôle est de juger le Moi. Il résulte de l'intériorisation des interdits parentaux, des lois et des normes sociales.

Le Surmoi peut être inhibiteur de nos actes ou être à l'origine des remords et de la culpabilité. Il est une sorte de conscience morale et il forme les idéaux.

Enfin, le Ça correspond au réservoir pulsionnel de l'appareil psychique, c'est lui qui permet les apprentissages. Il s'agit du pôle pulsionnel de la personnalité, totalement inconscient et régi par le principe de plaisir. C'est aussi l'instance qui est parcourue par les pulsions de vie et de mort.

3-2-2) Pulsion de vie

La pulsion de vie regroupe les pulsions sexuelles et d'autoconservation de la première topique. Elle fait référence à *Eros*, dieu de l'amour et de la force créatrice dans la mythologie grecque. Freud la désigne ainsi de « *force vitale* » puisqu'elle tend à conserver les unités vitales de l'organisme, à permettre à l'individu de maintenir son existence et plus encore, à inciter la reproduction de l'espèce et de la vie (Psychanel, s.d.)

Cette pulsion de vie, liée à l'autre, aux connaissances et à nous-même s'exprime au travers du mouvement, « *on peut donc parler d'une « pulsion de mouvement », primitive et fondamentale qui est la base même de la « pulsion de vie »* » (Lapierre et Aucouturier, 1975).

3-2-3) Pulsion de mort

En opposition à la pulsion de vie, la pulsion de mort « *représente la tendance fondamentale de tout être vivant à retourner à l'état anorganique* » (Pontalis et Laplanche, 2016). Il s'agit d'une forme d'autodestruction de l'organisme. Aussi, « *si nous admettons que l'être vivant est venu après le non-vivant et a surgi de lui, la pulsion de mort concorde bien avec la formule [...] selon laquelle une pulsion tend au retour à un état antérieur* » (Pontalis et Laplanche, 2016). Dans cette perspective « *tout être vivant meurt nécessairement par des causes internes* » (Pontalis et Laplanche, 2016).

Pour Lapierre et Aucouturier, « cette « pulsion de mort » n'est pas une pulsion primitive, mais une réaction d'abandon devant la difficulté de la vie » (1975, p. 75). Or, si nous considérons que la pulsion de mort est nécessaire pour générer une pulsion de vie réactionnelle et homéostatique alors « nous devons aussi associer cette mort à la potentialité d'une renaissance » (Lapierre et Aucouturier, 1975, p. 87).

De plus, comme l'exprime Montaigne (1924), la condition humaine se caractérise par un début et une fin donc par la naissance et par la mort ; par conséquent la mort constitue un invariant de notre humaine condition, elle est fondamentale dans la vie. C'est ce que reprend Halatas en citant Claude Bernard « il n'y a pas de vie sans la mort ; il n'y a pas de mort sans la vie » (2015, p. 193). Enfin, « vie et mort sont indissociables et indispensables l'une à l'autre » (Halatas, 2015, p. 194), « [la] mort sert à la vie pour lui permettre de renouveler son support, ou son vecteur, pour perpétuer son existence » (Halatas, 2015, p. 216).

3-3) Vivre, survivre

Contrairement aux objets inanimés, qui ne peuvent bouger seuls, tout individu vivant est doté d'une capacité à se mouvoir. Et c'est cette capacité qui le maintient en vie puisque « le mouvement s'avère être le moteur de la vie » (Halatas, 2015, p. 91).

Si nous revenons bien des années dans le passé, nos ancêtres, pour se nourrir mais aussi pour ne pas être dévorés, devaient se déplacer en permanence. Pour survivre, ils n'avaient en général qu'une seule chance, qu'un seul coup à jouer, qui engageait les muscles et l'axe corporel en déplacement : soit pour fuir soit pour capturer une proie (Berthoz, 1997). Le mouvement était un principe de survie, il le reste encore actuellement, mais dans d'autres conditions.

A présent, reprenons la pyramide des besoins de Maslow (annexe 2). Nous pouvons constater qu'à la base de celle-ci se trouve les besoins physiologiques (alimentation, reproduction, sommeil) nécessaires à la survie de l'individu. Ensuite, nous retrouvons le besoin de sécurité, puis le besoin d'appartenance (socialisation), le besoin d'estime (sentiment d'être utile, d'avoir de la valeur, conserver son identité) et enfin le besoin de s'accomplir (développer ses connaissances et ses valeurs).

La satisfaction de tous ces besoins correspondrait à « être en vie ». Or, pour répondre en partie à ces besoins, le sujet doit avoir une certaine autonomie et être en capacité physique et psychique d'aller chercher dans son environnement ce qui va pouvoir le satisfaire. Encore faut-il qu'il ait *envie* de rester *en vie*...

3-4) Envie, désir

Bouger pour bouger ne suffit pas, il faut que l'individu ait le désir de se déplacer, pour trouver dans son environnement ce qui va satisfaire ses besoins. C'est en cela que « *le désir est le moteur du mouvement* » (Barbaras, 2007, p. 26).

Tout d'abord, notons que l'envie est suscitée par le manque, et va ensuite créer du désir qui, pour être satisfait, implique un engagement, une nécessité d'aller vers.

Le terme « *désirer* » provient du latin « *desiderare* », dont le préfixe « *de* » signifie l'absence, l'opposé et « *siderare* » qui désignait le fait de subir l'action funeste des astres a donné le mot « *sidérer* » (Larousse, 2009).

Pour Robert-Ouvray (2004, p. 194), « *l'envie naît de besoins fondamentaux non satisfaits* » puisque le désir est une tension basée sur un manque que l'individu va tenter de combler. Pour Spinoza (1994), le désir est donc l'essence de l'homme, il est une force qui émane de soi, qui fait ce que nous sommes et qui nous pousse à « *persévérer dans notre être* ».

De plus, comme « *le psychologique prend naissance à partir du biologique, [...] le besoin physiologique crée le désir psychique, et la satisfaction du besoin le plaisir* (Lapierre et Aucouturier, 1975, p. 44). Par conséquent, si le besoin crée du désir qui lui-même crée du plaisir et de la pensée, alors il faut pouvoir laisser l'individu exprimer ses besoins, même lorsqu'il est en état de dépendance, pour qu'il puisse continuer à désirer et donc à vivre et à se sentir vivant.

3-5) Se mouvoir et s'émouvoir

« Ce n'est pas un hasard si se mouvoir et s'émouvoir renvoient à la même racine latine moveo, car le mouvement n'est pas un simple phénomène physique, il a des répercussions mentales ; il est en effet porteur d'émotions, d'affects [...] Se mouvoir, c'est donc toujours s'émouvoir, car il n'y a pas de mouvement du corps sans mouvement de l'âme » (Jaquet et al., 2014, p. 96-97).

Je crois que l'essentiel est dit dans cette citation, mais tentons tout de même de développer certains points.

Tout d'abord, si nous retournons du côté des neurosciences, nous pouvons constater *« l'étroite relation qui existe entre les muscles et notre système émotionnel géré par le système hypothalamo-limbique »* (Halatas, 2015, p. 30). Par conséquent,

« Il ne suffit pas de mobiliser la musculature volontaire pour exécuter un acte réfléchi, ce qui ne met en jeu que le système cortical, mais de mobiliser, aussi et surtout, le système hypothalamique de modulation du tonus émotionnel. Cela ne peut se faire qu'à travers un vécu dont la dimension affective réelle, profonde et spontanée, n'est pas exclue » (Lapierre et Aucouturier, 1975, p. 33).

Aussi, comme l'explique Halatras (2015, p. 169), *« ce sont nos émotions qui conditionnent les réactions de nos systèmes nerveux »* et donc de nos mouvements.

Ensuite, comme le souligne Robert-Ouvray, *« le tonus a d'abord été lié à la posture, aux mouvements, aux mimiques, avant de prendre sa place comme système intermédiaire dans la communication émotionnelle »* (Robert-Ouvray, 2004, p. 42). Je ne reparlerai pas ici du dialogue tonico-émotionnel puisque nous l'avons déjà abordé précédemment, toutefois je souligne à nouveau l'importance et l'implication du tonus dans le domaine relationnel. Aussi, Lapierre et Aucouturier (1975, p. 44) indiquent que les modulations toniques sont en rapport avec certaines structures du cerveau telles que l'hypothalamus ce qui *« éveille les sensations de plaisir les plus primitives et les plus profondes en rapport avec la pulsion vitale du mouvement biologique »*.

Pour conclure sur cette troisième partie, je peux faire le lien entre pulsions, émotions et mouvements en affirmant que ce sont les pulsions qui entraînent les émotions qui à leur tour influencent les mouvements.

IV. Psychomotricité : une histoire de mouvements

Maintenant que nous avons étudié le mouvement sous diverses formes et sous différents points de vue, nous allons synthétiser tout ceci à travers l'angle de la psychomotricité puisqu'elle correspond, pour Carric (1998, p. 145), à « *l'éducation du geste au service de la pensée ; c'est une action pédagogique et psychologique utilisant le mouvement dans le but d'améliorer le comportement [de l'individu] ».*

4-1) Le mouvement en psychomotricité

Pour Spinoza (1994), les mouvements du corps et de l'esprit sont intriqués mais l'un n'est pas la cause de l'autre puisque corps et esprit ne sont pas distincts l'un de l'autre, ils sont une seule et même chose exprimée de deux manières différentes. Ainsi, « *il s'agit de penser une seule réalité, l'homme en acte, tour à tour selon une approche physique ou selon une approche mentale et d'appréhender la corrélation entre les mouvements du corps et les mouvements de pensée* » (Jaquet et al., 2014, p. 97)

C'est en effet le postulat que nous posons tous en tant que psychomotricien. En appréhendant le sujet dans sa globalité, nous pouvons poser comme principe qu'en nous occupant du corps de nos patients, nous nous adressons aussi à leur esprit et qu'en traitant l'un nous traitons l'autre. Carric rappelle, que, pour Wallon, « *le dynamisme moteur est étroitement lié à l'activité mentale* », et que pour Jolivet, la psychomotricité est une « *motricité de relation* » (Carric, 1998, p. 145). Aussi, pour Joly (2016, p. 44), la psychomotricité « *cerne la problématique du corps, du lien corps/psyché, du corps dans le développement et la croissance psychique et subjective, et plus essentiellement encore du corps et de la « motricité dans la relation ».*

Ainsi, la thérapie par le mouvement est une médiation fréquemment utilisée en psychomotricité, d'autant plus que nous pouvons considérer que c'est à partir du mouvement que se crée la pensée.

4-2) Du mouvement corporel au mouvement psychique

Pour Wallon (1978), il existe une intrication étroite entre le développement moteur, psychique, et affectif, dans la mesure où, dans les premières phases de son développement, l'enfant exprime ses états internes à travers son corps, ses postures, ses tensions, sa motricité. Meunier et Zékri-Hurstel citant Anzieu (2015, p. 15) expliquent ainsi qu'« *il n'y a rien dans l'esprit qui ne soit passé par le corps, les sens et la motricité* ».

De même, Robert-Ouvray (2004, p. 29) démontre qu'il existe un lien entre organisation corporelle et maturation du Moi. Elle indique que « *la motricité est au service des fonctions motrices* » et qu'« *en même temps que les schèmes de base se coordonnent entre eux et se rassemblent en une unité motrice autour du sixième mois, les parties fragmentées du Moi s'assemblent en une première unité psychique* » (Robert-Ouvray, 2004, p. 47). Aussi, le Moi psychique se construit sur le Moi corporel pour former un Soi, un *Self* en tant qu'« *intérieurisation graduelle du* » (Golse et Simas, 2012). Le sentiment d'être soi s'intègre donc à partir d'un étayage maternel et d'un environnement qui permettent l'intégration d'un Moi corporel assurant une sécurité interne suffisante pour permettre l'émergence de la pensée.

Pour conclure,

« *La théorie de l'étayage psychomoteur conduit à penser l'ensemble du développement de la personne sous l'angle d'un double rapport d'étayage, celui de la mère pour l'enfant et celui du corps pour la psyché, étayage qui exige une articulation entre les deux axes pour valider son action psychique et la constitution du sujet* » (Robert-Ouvray, 2004, p. 177).

V. Entraves aux mouvements

Pour clore la partie théorique de ce mémoire, je vais à présent aborder ce qui peut empêcher le mouvement et qui, par conséquent, influe sur la relation que le sujet peut entretenir avec son environnement, autrui et lui-même.

Il ne me sera pas possible de répertorier les différentes causes entravant les mouvements corporels et/ou psychiques. En effet, elles sont bien trop nombreuses et variables d'un individu à l'autre. Pour ne citer que quelques exemples, nous pourrions aborder les différentes causes liées au vieillissement, les pathologies, infections, handicaps moteurs et/ou mentaux, lésions cérébrales, vieillissement organique, causes iatrogènes, somatiques ou environnementales, qui auraient des conséquences sur les mouvements physiques et psychiques. Cependant, afin de rester concise et de n'aborder que les points nécessaires à la compréhension et à l'étayage de la suite de ce mémoire, je ne vais aborder les entraves aux mouvements qu'à travers les perturbations toniques et l'influence des angoisses.

5-1) Perturbations toniques

Le tonus doit être variable, progressif, flexible et harmonieux dans l'ensemble du corps. En effet, ces différents critères sont nécessaires pour une adaptation adéquate de l'individu à son environnement. C'est ce que nous avons déjà pu aborder précédemment dans ce mémoire. Cependant, il existe deux états toniques extrêmes qui peuvent être désorganisateur dans certaines conditions : l'hypotonie et l'hypertonie. Rappelons que chez le nourrisson, l'hypotonie axiale et l'hypertonie segmentaire sont physiologiques et normales. Ainsi, « *c'est par l'alternance entre l'hypertonie d'appel et l'hypotonie de confiance que le bébé répond, s'accorde dans ces jeux en spirales interactives et intègre les bases d'un sentiment suffisant ou non de sécurité personnelle* » (Saint-Cast et Gauducheau, 2016). Toutefois, chez le bébé en bonne santé, elles sont amenées à disparaître pour laisser place à un tonus harmonieux, puisque « *le processus de maturation va permettre peu à peu d'équilibrer les synergies musculaires et ainsi de rendre volontaires les déplacements du corps et de ses différentes parties.* » (Saint-Cast et Gauducheau, 2016)

L'hypotonie est une « *diminution de la résistance du muscle à son allongement passif* » (Carric, 1998, p. 83). L'individu hypotonique est généralement considéré comme « *mou* » et très souple. Un bébé complètement hypotonique est difficile à porter, il semble glisser telle une savonnette. Nous avons abordé l'importance du « *Holding* » dans le développement de l'individu, il est donc possible d'imaginer les répercussions néfastes que peuvent avoir un portage difficile sur l'enfant.

L'hypertonie quant à elle est une « *augmentation de la résistance du muscle à son allongement* » (Carric, 1998, p. 81). Robert-Ouvray (2004, p. 165) explique que, dans le développement psychomoteur de l'enfant, l'intégration de l'hypertonie participe à la prise de conscience des limites corporelles et psychiques et « *permet l'opposition nécessaire à la détermination de l'identité* ». En revanche, elle rajoute qu'une trop grande hypertonie risque d'entraîner une tétanie du muscle et donc de bloquer tous mouvements. Ce qui, nous l'avons vu précédemment, risque d'entraîner notamment des troubles affectifs.

Jaquet et al. (2014, p. 83) rajoutent que « *les émotions mal canalisées s'inscrivent toniquement sous différentes formes, allant jusqu'à désorganiser la motricité, transitoirement ou de façon permanente* ».

Ainsi, « *chez le bébé, une anomalie du tonus entraîne des -et/ou résulte de- difficultés relationnelles* » (Jaquet et al., 2014, p. 83) ce qui, par conséquent, va influencer les relations précoces et donc le développement du sujet.

Concluons ainsi :

« l'entrave ou l'arrêt des processus d'intégration motrice par atteinte du système tonique pourront entraîner soit une différenciation anarchique ou incomplète des deux champs moteur et psychique, soit une reconstruction hasardeuse et difficile à gérer dans le futur, soit une dissociation précoce des deux systèmes [...] le risque de démantèlement psychique trouve son correspondant moteur dans le risque de la non-coordination des parties du corps propre entre elles. » (Robert-Ouvray, 2004, p. 54).

5-2) Influences des angoisses

L'angoisse en tant qu'état psychologique voisin de l'anxiété et manifestation profonde de l'inquiétude, peut entraîner une sidération, une forme d'immobilisation psychique et physique bloquant tout mouvement et toute pensée. Il existe un spectre large et nuancé des angoisses, toutefois, je ne vais m'intéresser qu'aux angoisses archaïques.

Elles correspondent aux angoisses qui sont rencontrées durant les expériences précoces, pendant la période infantile. Toutefois, elles peuvent perdurer ou ressurgir à diverses occasions et tout au long de la vie du sujet (Ciccone, 2008).

Parmi ces d'angoisses, nous retrouvons les angoisses d'effondrement, d'anéantissement, qui sont les plus archaïques. Elles se rapportent à un sentiment d'effondrement du corps sur lui-même, comme si la charpente osseuse disparaissait et que la solidité interne était donc inexistante. Ensuite, sont retrouvées les angoisses de chute qui sont liées aux premières sensations de pesanteur. Elles sont provoquées par la saturation des récepteurs sensoriels du bébé qui ne lui donnent plus l'impression d'être tenu, provoquant la sensation de tomber sans fin. Les angoisses de liquéfaction, de dissolution, quant à elles, sont provoquées par une enveloppe corporelle qui n'est pas suffisamment intégrée et qui est donc vécue comme un contenant trop fragile, qui semble se désintégrer. Nous pouvons aussi retrouver des angoisses de morcellement qui, elles, correspondent au sentiment qu'a le bébé de ne pas se sentir unifié, comme si les différentes parties formant son corps allaient se décrocher les unes des autres. Enfin, pour terminer sur les angoisses archaïques, abordons les angoisses de vidage, qui apparaissent vers l'âge d'un an. Elles surviennent lorsque l'enfant découvre ses orifices et qu'il se rend compte que quelque chose de son *dedans* s'écoule vers le *dehors* (excrément, salive, mucus nasal...) avec la crainte que tout son être se déverse vers l'extérieur.

Finalement, ses angoisses semblent être liées à une angoisse plus générale, correspondant à l'angoisse de mourir. Or, pour Lapierre et Aucouturier (1975, p. 76) « *cette angoisse de mort va trouver une expression symbolique dans la peur de tout ce qui est « absences » »* et pertes. Aussi, pour y pallier, différentes réactions défensives peuvent être mises en place.

Sans présenter les différentes défenses possiblement existantes, ce qui serait trop dense, je ne vais m'intéresser qu'aux agrippements qui font partie des défenses primitives.

Il s'agit d'agrippements, ou cramponnement, à des sensations, à des objets, dans une lutte contre la désintégration et la séparation. Nous pouvons parler d'agrippement auto-sensuel (dont les agrippement auto-sensoriels font partie) dès lors qu'il s'agit, pour l'individu, de s'accrocher par un ou plusieurs sens à une stimulation. La mise en mouvement sous forme de stéréotypie fait partie de ce type de défense, puisqu'elle correspond à une « *répétition continue des mêmes gestes (stéréotypies motrice ou échopraxie), des mêmes tics, des mêmes mots (stéréotypies verbale ou écholalie)* » (Carric, 1998, p. 178).

Cependant, ces agrippements qui ont pour fonction d'annuler l'angoisse, n'ouvrent toutefois pas à la représentation, à la pensée. Ils nécessitent une répétition sans fin, et tout compte fait, ils conduisent à un vécu de démantèlement qui ne fait qu'amplifier les angoisses premières. En revanche, les agrippements auto-érotiques, quant à eux, se construisent dans la relation à l'autre pour ensuite être retrouvé seul, de soi à soi, permettant ainsi de se représenter l'autre en son absence. Ainsi, dans l'agrippement auto-érotique, la motricité se tourne à nouveau vers la découverte de soi et de son environnement et pas vers une lutte contre l'angoisse.

PARTIE CLINIQUE

Je vous propose à présent d'illustrer ce mémoire de deux études de cas que je vais exposer l'une à la suite de l'autre, de façon chronologique ; pour ensuite, dans une partie théorico-clinique, faire des liens entre elles et avec la théorie que nous venons d'aborder.

Avant de commencer, je précise ici que, par respect de l'anonymat, mes formulations sont modifiées afin de ne citer ni les prénoms de mes maîtres de stage, ni le prénom de Mme L. Toutefois, pour rester compréhensible et éviter les lourdeurs rédactionnelles, j'ai modifié le prénom de Silvio qui ne correspond donc pas à la réalité.

1^{ère} Etude de cas – Silvio

Ma rencontre avec Silvio s'effectue au cours de mon stage en Centre d'Accueil Médico-Social Précoce (C.A.M.S.P.). Cet établissement est polyvalent et accueille en ambulatoire des enfants de 0 à 6 ans souffrant de pathologies diverses (déficience intellectuelle, handicap moteur, autisme, polyhandicap, trisomie etc.). Il a pour mission de dépister et de proposer un accompagnement et un suivi pour ces enfants présentant des déficits sensoriels, moteurs et/ou mentaux.

L'équipe est pluridisciplinaire et se compose d'une pédiatre, d'une ergothérapeute d'orthophonistes, kinésithérapeutes, psychologues, éducateurs, assistantes sociales et psychomotriciennes. Durant mon stage, j'accompagne une des deux psychomotriciennes. Sur les premiers temps, je suis en position d'observatrice ; puis progressivement je co-anime les séances. C'est dans ce cadre que je rencontre Silvio.

I. Présentation de Silvio

Dès mon premier jour de stage, la psychomotricienne m'explique que nous allons rencontrer un petit garçon qui vient au C.A.M.S.P. pour la première fois. Hormis savoir qu'il est porteur de la trisomie 21, elle n'a que peu d'informations sur lui. Nous consultons donc son dossier médical, ce qui nous permet d'avoir une première représentation de cet enfant.

1-1) Dossier médical

Voici les quelques informations qui sont mentionnées dans le dossier médical du petit garçon :

Silvio est fils unique, ses parents ont une trentaine d'année et sont tous deux commerciaux.

Concernant la grossesse, celle-ci s'est déroulée normalement. Silvio est né début Octobre 2015, à 36 semaines d'aménorrhée, par césarienne en urgence « pour cause fœtale » d'après son carnet de santé. Il mesurait 43 cm pour 2kg et son périmètre crânien était de 30cm. Il a été hospitalisé quelques jours en service de néonatalogie à cause d'une thrombopénie (*nombre de plaquette sanguine inférieur à 150.000 par millimètre cube de sang*) et d'un ictère ayant nécessité une photothérapie. A la sortie de l'hôpital, Silvio est nourri par allaitement maternel.

Sur son carnet de santé, il est inscrit que Silvio est bien éveillé dès 15 jours après sa naissance ; à 5 mois il est très gracieux ; à 7 mois un début de réactions parachutes est observable, Silvio ne se retourne pas mais il s'appuie sur les avant-bras ; à 9 mois il se retourne du dos sur le ventre et inversement, il tient assis sans appuis et peut caresser, attraper et prendre un objet qu'on lui tend. *Je précise ici que ce dernier point est à questionner, nous verrons pourquoi dans la suite de ma présentation.*

Une échographie cardiaque, des examens sensoriels ainsi qu'une échographie des hanches ont été effectuées entre sa naissance et ses 3 mois et n'ont décelé aucune anomalie. A 5 mois il passe un nouveau bilan auditif et à 9 mois un contrôle visuel, tous deux sont normaux.

En Juin 2016 (à 9 mois) il passe un bilan orthophonique qui met en évidence une hypotonie de la sphère oro-faciale entraînant une respiration buccale. Un suivi en orthophonie libéral est alors mis en place, une fois par semaine depuis Juillet 2016, pour « une guidance parentale autour du bavage, de la protrusion de la langue et de l'hypotonie des muscles bucco-faciaux ». Silvio est aussi suivi une fois par semaine par un kinésithérapeute en libéral depuis Juillet 2016.

Après avoir lu le dossier médical de Silvio, différentes questions me viennent en tête, notamment à propos de la naissance et du diagnostic de trisomie. J'espère alors obtenir des réponses en rencontrant le petit garçon et ses parents. Toutefois, nous verrons que ce n'est que plus tard que je pourrais avoir des éclaircissements.

1-2) Première rencontre

Silvio a tout juste 1 an lorsque je le rencontre pour la première fois. Dans la salle d'attente, il est assis par terre, entre les jambes de sa maman qui est installée dans un fauteuil.

Ma maître de stage et moi nous nous approchons de lui et de sa mère pour nous présenter. D'emblée, je trouve Silvio très éveillé et souriant. Je suis marquée par le fait qu'il ne ressemble pas du tout à sa mère. En effet, sa trisomie lui confère un physique caractéristique. Il a une tête et un visage rond, un petit nez aplati et de petites oreilles légèrement décollées. Il est un peu potelé et présente une plagiocéphalie. Il est brun avec des cheveux fins répartis harmonieusement sur son crâne. Ses yeux sombres en amande sont très expressifs et lui donnent un air rieur. Il a la bouche entrouverte et laisse ressortir sa grande langue sur sa lèvre inférieure mais il ne bave pas.

La psychomotricienne et moi nous nous présentons à Silvio et à sa mère. Le petit garçon nous regarde attentivement et nous renvoie nos sourires. Puis, nous nous dirigeons vers la salle de psychomotricité. Silvio est porté par sa mère, il ne présente aucune expression sur son visage mais il regarde tout autour de lui pendant le trajet.

Dans la salle, nous avons au préalable disposé un tapis avec des jouets ; la maman s'y assoit et installe son fils assis en tailleur, devant elle et tourné vers nous. Ma maître de stage commence par expliquer la psychomotricité à la mère qui nous dit ne pas connaître la profession. Puis, après quelques questions, nous apprenons que Silvio est gardé alternativement par ses grands-parents paternels et maternels et qu'il voit souvent son petit cousin qui a deux mois de moins que lui. La mère n'est pas très bavarde, elle ne parle pas spontanément et nous devons lui poser de nombreuses questions pour obtenir quelques informations. Elle nous indique qu'elle aimerait bientôt mettre Silvio à la crèche pour qu'il puisse rencontrer plus d'enfants. Le père est complètement absent de son discours.

Concernant le sommeil de Silvio, elle nous explique qu'il dort bien mais qu'il bouge beaucoup, il a besoin de sa sucette mais il n'a pas de doudou.

Pendant ce court entretien, Silvio est vigilant, il tourne la tête pour regarder la personne qui est en train de parler. Il semble attiré par les visages et les sons de voix mais, hormis sa tête, il ne bouge pas. Il me paraît figé dans sa posture et ne semble pas s'intéresser aux jouets qui sont sur le tapis. La psychomotricienne lui en propose alors quelques-uns, les rapprochant de lui et le sollicitant. Silvio s'accroche à son regard, sourit, mais n'accorde pas d'importance aux objets. Il faut plusieurs minutes et de nombreuses sollicitations de la part de la psychomotricienne et de moi-même, avant qu'il ne regarde les jouets. Il finit par se saisir d'une petite clochette dorée. Il la manipule de ses deux mains et la porte à sa bouche. S'il la lâche et qu'elle tombe à côté ou devant lui, il peut se pencher légèrement, sans décoller ses fesses du tapis, pour la récupérer. En revanche, si elle roule et qu'elle n'est plus directement accessible, il n'essaie pas d'aller la chercher. Silvio ne semble pas pouvoir changer de position, il me paraît bloqué dans sa posture assise. J'en parle à la maman qui explique que c'est le pédiatre qui lui aurait conseillé de mettre rapidement Silvio assis. Le petit garçon n'a donc pas acquis les positions intermédiaires lui permettant de s'asseoir ou de retourner au sol seul. La psychomotricienne accompagne alors Silvio pour l'allonger sur le dos. Il lutte toniquement et ne semble pas apprécier le changement de position. Une fois installé en décubitus dorsal, il ne bouge pratiquement plus. Il est complètement hypotonique et immobile, seule sa tête roule d'un côté et de l'autre. Ses jambes sont immobiles. Toutefois, il peut tendre le bras pour tenter de saisir un objet que ma maître de stage ou moi l'incitons à venir attraper. Cependant, si le jouet est trop loin, Silvio paraît abandonner et détourne son attention de celui-ci. Le petit garçon ne semble pas chercher ni à changer de position ni à se déplacer. Comme il ne se retourne pas, je le guide vers une posture en décubitus ventral. A nouveau, il lutte contre le changement de position pour finalement accompagner la fin du mouvement et se retrouver rapidement sur le ventre. Il est alors en hyperextension, les mains en appui sur le sol, les bras tendus, le buste décollé du sol et pouvant basculer sa tête en arrière pour regarder derrière lui.

Durant cette première séance, la maman de Silvio est silencieuse, elle se place un peu en retrait mais reste attentive à ce que fait son fils. Malgré quelques sourires, je la trouve peu expressive.

Il est difficile de savoir ce qu'elle pense et ressent, elle n'est pas démonstrative et ne verbalise pratiquement rien. Toutefois, en fin de séance, elle nous dit qu'elle ne sait pas si son fils est en retard dans son développement psychomoteur par rapport aux autres enfants trisomiques de son âge. Elle semble avoir conscience des difficultés de son fils, mais la neutralité de sa voix et de ses émotions m'interpelle.

Après cette séance, je suis perplexe et frustrée. J'ai l'impression que cette première rencontre n'est pas aboutie, il me manque des éléments et beaucoup de questions restent en suspens. J'ai trouvé ce petit garçon très souriant, bien en relation mais son immobilité m'a marquée et m'interroge. De plus, je suis surprise de la façon dont s'est déroulé l'entretien, je m'attendais à ce qu'il y ait plus d'échanges et de questionnement entre la psychomotricienne et la mère de Silvio. Ma maître de stage m'explique qu'elle a l'habitude de mener de courts entretiens, car les parents rencontrent en amont la pédiatre qui elle-même fait un retour à l'équipe. Ceci permet d'éviter aux parents de devoir répondre plusieurs fois aux mêmes questions. Cependant, la pédiatre ayant changée récemment, le fonctionnement diffère et finalement, pour cet enfant, ma maître de stage n'a pas plus d'informations que celles qui sont dans le dossier et que la mère a pu nous donner au cours de cette séance. Plusieurs de mes questions restent donc sans réponses. *Quand est-ce que le diagnostic de trisomie a été posé ? Est-ce que les parents étaient au courant durant la grossesse ? Ont-ils eu le choix de garder l'enfant ? Comment la naissance a-t-elle été vécue ? Qu'en est-il du père et de sa place ? Comment Silvio est-il investi par sa famille ? Pourquoi n'arrive-t-il que maintenant au C.A.M.S.P ? ...* La psychomotricienne m'explique que durant l'entretien, elle a eu la sensation que la mère était inaccessible et qu'il n'était pas possible de beaucoup l'interroger. J'ai aussi trouvé que cette mère était discrète, peut être timide, voire sidérée, et qu'elle n'osait pas ou ne voulait pas en dire beaucoup sur son histoire et sur son fils.

II. Bilan psychomoteur

Après notre première rencontre avec Silvio, ma maître de stage et moi le revoyons deux fois, accompagné par sa mère, pour un bilan dont voici mon compte rendu :

➤ Motricité globale

Le tonus de Silvio n'est pas harmonisé. Une hypotonie axiale contraste avec l'hypertonie des membres supérieurs qui peut être observée notamment lorsque Silvio est en état d'excitation ou en prise à de fortes émotions (par exemple lorsque nous lui proposons un nouvel objet, ou s'il entend un bruit à l'extérieur). Lorsqu'il est assis, Silvio semble lutter contre le déséquilibre, son tonus est alors élevé.

Une hyperlaxité et une grande souplesse sont observables.

Silvio peut être positionné assis en tailleur, ses jambes sont ouvertes et fléchies montrant une hyperlaxité des hanches importante. Dans cette position il peut maintenir un équilibre relativement stable ; il peut se pencher en avant pour attraper un objet et revenir en position initiale. Cependant il ne peut ni s'asseoir seul ni changer de position une fois assis.

En décubitus ventral, Silvio est en hyperextension et présente une hyperlaxité dorsale importante, il peut basculer la tête en arrière en repoussant sur ses bras et ainsi regarder ce qui se passe derrière lui. Ses jambes ont tendance à être en abduction.

En décubitus dorsal il peut tourner la tête sur les côtés, parfois regarder ses mains ; toutefois, dans cette position il ne s'intéresse pas à ses pieds. Les enroulements sont très peu recherchés.

Silvio est très peu mobile au niveau de la ceinture pelvienne. Lorsqu'il est assis, son bassin est verrouillé et immobile, seul le tronc et les bras peuvent bouger. Les mouvements de torsion ne semblent pas possibles. Il n'y a pas de dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne.

Silvio peut rouler du dos sur le ventre, cependant il ne semble pas chercher les changements de positions. Il paraît même les éviter en luttant toniquement et en se crispant. Il refuse de rester allongé sur le côté (pourtant sa mère dit qu'il dort dans cette position), retournant à chaque fois sur le dos, comme pour retrouver un maximum d'appuis.

Silvio ne recherche pas non plus à se déplacer. Si on le sollicite, il peut tenter de ramper vers l'avant en s'étirant, cependant il ne semble ni pouvoir repousser le sol de ses pieds ni se tracter avec ses bras. Il a tendance à reculer en repoussant le sol de ses mains plutôt que d'avancer, s'éloignant ainsi de l'objet qu'il tente d'attraper.

➤ Activités gestuelles

La préhension de Silvio est palmaire. Il utilise ses deux mains, sans préférence apparente et peut passer un objet d'une main à l'autre. Le déliement digital n'est pas encore opérant.

➤ Sensorialité

Audition : Silvio tourne la tête en direction des sons produits. Il est particulièrement attentif et attiré par les voix.

Visuel : Il est peu attiré par les objets, exception faite pour ceux qui sont brillants et/ou sonores. En revanche, il a tendance à souvent regarder autour de lui, comme hypervigilant à tout ce qui passe dans son champ de vision.

Oralité : Il porte à la bouche les objets que nous pouvons lui tendre ou qu'il attrape.

➤ Relation et Communication

Silvio est éveillé et curieux de ce qui l'entoure. Il regarde la personne qui l'interpelle et peut adresser de nombreux sourires. Il s'intéresse particulièrement aux visages et est très réceptif aux sons de la voix. Il peut parfois gémir ou pleurer en séance, pour différentes raisons, toutefois si quelqu'un s'adresse à lui il s'arrête instantanément et regarde attentivement son interlocuteur.

➤ Cognition et apprentissages

Silvio semble davantage attiré par les jeux relationnels (bateau sur l'eau) que par les objets. D'une séance à l'autre, il semble avoir des souvenirs des activités proposées.

Silvio peut taper dans ses mains et semble parfois le faire pour susciter les sourires et félicitations des adultes. Il peut, sur imitation ou à la demande d'un adulte, taper dans la main de l'autre et faire un « shake » comme le dit sa mère.

Il peut tendre les bras en direction de l'adulte, pour participer à un jeu (bateau sur l'eau) ou pour demander à être porté.

Face au miroir il semble reconnaître le reflet d'autrui mais il est difficile de savoir s'il se reconnaît lui-même.

➤ Conclusion

Silvio est un enfant souriant et ouvert à la relation. Toutefois il présente une motricité réduite. Les positions intermédiaires ne sont pas acquises et il ne peut ni changer de positions ni se déplacer seul. D'après l'échelle du développement de Vaivre-Douret, les acquisitions à partir de 8 mois et 22 jours ne sont pas effectives chez Silvio qui a 12 mois. Certaines précédentes ne sont pas efficaces non plus, notamment au niveau des postures intermédiaires. Silvio présente ainsi un retard au niveau du développement fonctionnel posturo-moteur et locomoteur.

La prise en charge en psychomotricité est proposée afin de permettre à Silvio de développer ses schèmes moteurs, les positions intermédiaires et les déplacements.

Objectifs de la prise en charge :

- Permettre à Silvio de s'asseoir et de retourner au sol seul
- Favoriser les enroulements et limiter l'hyperextension
- Le stimuler quant aux changements de positions (retournements) et déplacements (rampé et quatre-pattes)
- Favoriser les échanges et les jeux avec autrui
- Développer la communication verbale et non verbale

III. Prise en charge de Silvio en psychomotricité

Suite au bilan, des séances de psychomotricités ont été mise en place pour Silvio. Accompagné par sa mère, nous le voyons, ma maître de stage et moi, tous les mercredis matin pendant trois quarts d'heure. Pour chaque séance, nous installons le tapis avec différents jouets essentiellement brillants ou sonores, car ce sont ceux qui semblent pouvoir plus facilement attirer l'attention de Silvio. Sa mère le porte de la salle d'attente jusqu'à la salle de psychomotricité. Elle l'installe toujours assis, sur le tapis, lui retire son manteau puis s'assoit elle-même au sol, légèrement en retrait. La psychomotricienne et moi les rejoignons sur le tapis pour jouer avec Silvio.

3-1) Quatrième rencontre : la première après le bilan

Durant cette séance, nous essayons de jouer à coucou-caché avec Silvio, en lui mettant un tissu sur la tête. Il est assis, très passif, ne bouge pas, n'exprime rien et ne cherche pas à retirer le drap. Il ne semble ni avoir peur, ni être enjoué ni présenter d'excitation. J'ai l'impression qu'il pourrait attendre éternellement comme ceci, sans bouger. A plusieurs reprises ma maître de stage ou moi lui retirons le tissu en exprimant des « coucous ! » et en jouant la surprise. Nous « cherchons » Silvio lorsqu'il est caché sous le drap, tout en verbalisant et en essayant de le faire réagir, en vain. Silvio nous regarde mais ne présente aucune expression. *Il n'a peut-être pas compris qu'il pouvait enlever seul le drap de sa tête ? Peut-être qu'il ne sait pas comment faire ? Peut-être qu'il ne comprend pas la situation et reste sidéré ? Je me demande aussi si cela peut être dû à une question d'équilibre.* En effet, Silvio me semble figé dans sa posture assise, il ne bouge que très peu ses membres inférieurs et pratiquement pas ses membres supérieurs, comme si le mouvement risquait de le faire chuter. *Aussi, avec un drap sur la tête, Silvio n'a plus les mêmes repères visuels, ce qui peut influencer son équilibre, il est peut-être alors figé dans sa position, n'osant plus bouger de peur de tomber. J'ai la sensation que Silvio peut être aux prises d'angoisses de chutes importantes. Ce sentiment se renforce lorsque je vois qu'il résiste aux changements de positions.* L'accompagnement de la station assise vers une posture en décubitus dorsal entraîne des réactions toniques importantes, comme une sorte de tonus de défense. De même, lorsque la psychomotricienne induit des retournements du dos sur le ventre, Silvio est crispé et tendu. En revanche, en décubitus dorsal, il est plutôt hypotonique et passif. Il semble ainsi rechercher et avoir besoin d'un maximum d'appuis. Cette hypothèse semble se confirmer car, lorsque Silvio est allongé sur le dos sur un tissu que ma maître de stage et moi portons pour faire comme une sorte de hamac, il monte en tonus, écarte ses bras, ouvre ses mains, se crispe et son regard semble apeuré. Il redescend en tonus et s'apaise dès lors que nous reposons le tissu au sol. Avec ce même tissu, que nous tenons chacune d'un bout en face à face, la psychomotricienne et moi le soulevons d'un côté puis de l'autre pour donner une légère impulsion à Silvio afin qu'il puisse se retourner. Il résiste à chaque début de retournement puis participe à la fin du mouvement. Je me questionne alors sur l'intégration de Silvio quant à son arrière-plan dos.

3-2) Cinquième rencontre : Imitations

Alors que nous essayons depuis le début de la séance d'attirer Silvio avec des jouets et de l'inciter à venir les chercher, ce n'est que lorsque je joue avec mes mains en tapant sur le tapis, en le grattant et en faisant bouger mes doigts que finalement il tente de se mettre en mouvement. Il est sur le ventre, les bras en extension, le tronc redressé, il regarde mes mains puis tend un bras vers moi. Ses jambes gigotent mais il ne prend pas appui sur le sol pour tenter de ramper. La psychomotricienne se place alors derrière lui et l'aide à repousser le tapis pour avancer jusqu'à moi. Elle rajoute ensuite un boudin en plastique sur lequel elle l'installe à plat ventre. Silvio se retrouve en position de quatre-pattes, il repousse alors le sol de ses genoux. Cependant, lorsqu'il part en avant, il n'a pas le réflexe de se rattraper avec les mains, il est alors en hyperextension, les bras en chandelier au-dessus de la tête et semble chercher à repartir vers l'arrière avec le haut de son corps. Je l'incite à venir jouer avec mes mains que je place à plat au sol devant lui, afin que lui aussi puisse poser ses mains au sol. Nous jouons ainsi à taper le tapis et à le gratter pendant quelques instants. Silvio retrouve une position plus enroulée sur le boudin.

Plus tard, la psychomotricienne invite Silvio à jouer à « bateau sur l'eau » avec elle. Ils sont assis, face à face, ils se tiennent les mains et se balance d'avant en arrière, pendant que ma maître de stage chante la comptine. Silvio suit les mouvements, il résiste davantage lorsqu'il part vers l'arrière, il se contracte et ses jambes se soulèvent, comme un balancier. Le bassin ne semble pas jouer son rôle de charnière car tout le corps est entraîné dans le mouvement et pas seulement le tronc. Silvio s'accroche au regard de la psychomotricienne, il ne cherche pas à retirer ses mains. A la fin de la comptine, lorsque Silvio « coule dans l'eau », il présente les réactions de défenses que j'ai décrites précédemment. Ceci renforce mes questionnements quant aux angoisses de chutes éventuelles.

En fin de séance, nous reprenons le « coucou-caché » de la séance précédente. Cette fois Silvio participe plus activement. Il retire le tissu que nous lui plaçons sur la tête et sourit lorsqu'il nous voit à nouveau. C'est ensuite ma maître de stage qui se cache. Silvio ne réagit d'abord pas, il regarde le tissu sans bouger. Je verbalise et lui montre qu'en tirant sur le drap, la psychomotricienne réapparaît.

Je réitère l'expérience plusieurs fois, en lui prenant la main pour lui faire enlever le drap de la tête de la psychomotricienne. Après plusieurs essais, Silvio tire lui-même sur le tissu d'une main.

3-3) Sixième rencontre : Révélations

Avant le début de cette séance, je refais part de mes questionnements à ma maître de stage, concernant la naissance de Silvio et son diagnostic de trisomie. Elle me dit alors qu'elle va essayer d'interroger la mère qui semble plus accessible et moins discrète de séance en séance.

Nous apprenons ainsi que la trisomie de Silvio a été découverte à la naissance. La mère avait fait le test des marqueurs sériques dont les résultats laissaient supposer un risque, mais le médecin n'a pas proposé d'amniocentèse. Les échographies n'avaient rien révélé. Ce n'est que cinq jours avant l'accouchement qu'une suspicion de trisomie a été annoncée à la mère, qui a alors refusé l'amniocentèse car « il était trop tard ». L'annonce du diagnostic a été vécu comme « une grande claque » selon la mère qui s'exprime toutefois de façon calme et posée. Le séjour en néonatalogie a aussi été très difficile à vivre car « l'environnement était inquiétant, il y avait beaucoup de bébés prématurés qui étaient branchés de partout ». La mère ne mentionne jamais le père dans son discours. Elle termine son explication en disant qu'à sa sortie de l'hôpital, elle n'a été orientée vers aucune structure. C'est son pédiatre actuel qui lui aurait conseillé récemment de faire une demande d'inscription en C.A.M.S.P. pour Silvio.

Durant cet échange entre la psychomotricienne et la mère de Silvio, je joue avec le petit garçon sur le tapis. Silvio s'intéresse de plus en plus aux objets, il attrape la clochette qui se trouve à proximité, la porte à la bouche mais ne la garde pas longtemps dans les mains. Il me tend les mains, je me demande si c'est parce qu'il veut être pris dans les bras. Je lui tends mes propres mains, il les saisit et les tire vers lui. J'ai l'impression qu'il initie le jeu de « bateau sur l'eau ». J'entonne alors la comptine et accroit le mouvement de balancement d'avant en arrière, Silvio m'accompagne.

Cependant il lâche mes mains avant la fin de la chanson puis me les tends à nouveau, je reprends la comptine du début et à nouveau il lâche mes mains trop tôt. Je me demande si cela ne peut être une façon pour lui d'éviter la « chute dans l'eau ».

J'initie alors une autre comptine « scions du bois », avec les mouvements de torsion du tronc qui l'accompagne. Silvio tient mes mains et se laisse entraîner par le mouvement, il me suit, plutôt passivement, tout en m'accrochant du regard. Il est relativement figé mais plus j'accroche le mouvement et plus les torsions sont possibles.

Durant cette séance, j'ai trouvé Silvio plus présent dans la relation et plus facilement attiré par mes propositions. La mère semble aussi avoir pu échanger davantage avec la psychomotricienne.

3-4) Neuvième rencontre, Silvio a 16 mois : Progressions

Silvio est de plus en plus mobile. Il acquiert progressivement de nouvelles postures intermédiaires. Allongé il est moins passif et bouge davantage ses membres supérieurs et inférieurs. Il peut maintenant rester allongé sur le côté et jouer avec ses mains ou un jouet qu'il porte à la bouche. Assis, il est bien plus mobile du bassin et de la ceinture scapulaire, il peut faire des mouvements de torsion pour se retourner d'un côté ou de l'autre, pour regarder quelque chose ou un jouet placé derrière lui.

Sur le boudin, il pousse et tend ses jambes, repoussant le sol de ses orteils. Il place parfois ses mains en appui au sol mais elles sont le plus souvent posées sur le boudin. Il peut ainsi, avec un peu d'aide, repousser ce dernier pour se retrouver sur les genoux, puis se laisser glisser sur une fesse et dégager ses jambes pour se retrouver assis.

En décubitus ventral, les mains au sol et les bras tendus, il soulève son torse et se balance de droite à gauche. Il commence à soulever également son bassin, pouvant se balancer légèrement d'avant en arrière. Il vocalise de plus en plus de « dadada » « mamama » « nanana ».

Silvio se retourne à présent seul du dos sur le ventre et du ventre sur le dos. Toutefois, ces retournements, bien que plus fluides et moins crispés, sont rares.

De plus, Silvio se retourne toujours par son côté droit, je me demande si c'est parce qu'il n'a pas suffisamment expérimenté les retournements par le côté gauche, ou si c'est par préférence ou habitude.

Depuis plusieurs séances, Silvio est intrigué par le miroir. Il semble comprendre le principe du reflet car lorsque sa mère lui fait coucou dans le miroir, il se retourne vers elle pour la regarder.

3-5) Onzième et douzième rencontres : Animation

Silvio ne s'intéresse pas aux jouets que nous lui proposons. Il nous accroche du regard, il est difficile d'attirer son attention sur un objet. En revanche, il tend ses mains vers la psychomotricienne et entame le mouvement de « bateau sur l'eau ». Toutefois, il retire à chaque fois ses mains avant la fin de la comptine. Ma maître de stage l'accompagne tout de même jusqu'au sol, il résiste et une fois allongé sur le dos il semble s'effondrer toniquement. Hypotonique, il ne bouge plus et me fixe du regard. Je lui parle et finalement il commence à remuer les jambes, il les ramène sur son ventre, les attrape avec ses mains. Assise à côté de lui, je bouge aussi mes jambes, tape des pieds sur le tapis et attrape mes pieds avec mes mains. Silvio m'imité et sourit. Puis, la psychomotricienne tente d'attirer l'attention de Silvio vers un jouet pour qu'il se retourne. Silvio tend le bras vers l'objet, celui-ci étant trop loin, il abandonne et semble faire comme si l'objet n'existait plus. J'ai l'impression que Silvio n'a pas intégré que ses retournements et mouvements peuvent lui permettre d'atteindre le jouet qui l'intéresse. De plus, comme il a tendance à être plutôt passif, Silvio ne persiste pas. Je ne ressens pas beaucoup de désir de son côté, ni de celui de la mère d'ailleurs, ce qui me donne une impression de peu de vitalité. Je trouve ainsi difficile de donner envie à Silvio d'aller vers. Cela me demande beaucoup d'énergie pour le stimuler et lui donner envie de se déplacer et d'explorer. Je me demande alors si cela pourrait être intéressant de faire davantage participer la mère durant les séances, l'incitant à être plus active. J'en parle à ma maître de stage qui m'indique que nous pourrions essayer.

La séance suivante, Silvio semble davantage disponible et intéressé par les jouets disposés sur le tapis. Il regarde attentivement trois petits anneaux que la psychomotricienne fait alors rouler jusqu'à la mère de Silvio. Le petit garçon les suit du regard. Ma maître de stage incite Silvio à pivoter sur ses fesses, ce qu'il fait pour se retrouver face à sa mère. Je le félicite, sa mère en fait de même. Puis, formant un triangle autour de Silvio, la psychomotricienne, la maman de Silvio et moi nous nous faisons passer les cerceaux, les faisant parfois rouler jusqu'au petit garçon qui tend les bras pour les attraper.

La mère de Silvio s'anime, elle sourit, encourage son fils, l'interpelle et joue avec lui, elle semble y prendre du plaisir. Comme en réponse à l'engagement physique et psychique de sa mère, Silvio s'anime et nous surprend. Assis, il pivote seul pour suivre les anneaux et tenter de les attraper. Allongé sur le ventre, il s'intéresse à d'autres jouets et tente d'aller les chercher. Il soulève son bassin tout en gardant le tronc au sol, un bras en avant dirigé vers l'objet convoité. Il semble toutefois avoir besoin d'aide pour repousser le sol de ses pieds. La psychomotricienne ou moi plaçons nos mains au niveau des pieds de Silvio pour qu'il puisse les repousser et donner l'impulsion nécessaire à son déplacement vers l'avant. La mère s'autorise aussi à le faire. Son implication dans la séance semble porter Silvio qui se met en mouvement et participe comme jamais je ne l'ai vu faire.

Durant cette séance, je trouve la mère de Silvio plus accessible et détendue, elle parle plus spontanément et fait des associations entre ce que fait son fils et ce qu'il se passe à la maison. Elle prend conscience des progrès qu'il fait et verbalise de plus en plus. Progressivement, elle semble trouver sa place et ose davantage solliciter Silvio, qui, en retour la cherche plus du regard et l'interpelle de la voix par des « ha ha ».

3-6) Dix-septième rencontre, Silvio a 18 mois : Améliorations

Ma maître de stage et moi continuons à voir Silvio et sa maman chaque semaine. Les séances sont de plus en plus dynamiques et Silvio se déplace de mieux en mieux.

Depuis quelques temps, assis, Silvio pivote et peut faire un tour complet sur lui-même, depuis cette position il peut aussi s'allonger en décubitus ventral.

Il sait à présent revenir seul en position assise depuis le plat ventre en repoussant sur ses bras et en pliant une jambe sous ses fesses. Silvio n'est plus figé dans ses positions, et, bien qu'il ne persévère pas toujours pour obtenir les jouets qui l'intéressent, il tente plus volontiers d'aller les chercher. Le ramper n'est pas encore efficace, mais l'intention et la direction sont clarifiées.

A chaque séance, Silvio se dirige vers ma maître de stage, lui tend les bras et initie le mouvement du « bateau sur l'eau ». Il peut parfois le faire avec sa mère ou avec moi.

Silvio se tourne plus souvent vers sa maman, il tente parfois de l'attraper, lui mord le pantalon, lui tend les bras. Il commence aussi à l'appeler par des « mama ». La mère sollicite aussi davantage son fils, joue plus avec lui et nous dit être contente des progrès qu'il fait. Elle nous raconte aussi comment Silvio joue avec son papa à la maison. Ce dernier semble être très sollicitant et dynamique.

Enfin, le petit garçon va en crèche depuis quelques semaines. D'après la maman, les premiers temps étaient difficiles, il pleurait beaucoup mais à présent il semble aimer y aller et est intrigué par les autres enfants.

2^{ème} Etude de cas – Mme L.

I. Présentation et contexte

1-1) Présentation de la structure

Je rencontre Mme L. lors de mon stage en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.). Ce type de structure correspond à une maison de retraite médicalisée qui accueille des personnes âgées ayant besoin d'accompagnement et de soins dans les actes de la vie quotidienne, que ce soit pour des raisons physiques et/ou psychiques. L'équipe de l'E.H.P.A.D. a pour mission d'accompagner ces personnes vulnérables et fragiles et de préserver leur autonomie grâce à une prise en charge globale qui comprend l'hébergement, la restauration, les animations et les soins.

L'E.H.P.A.D. dans lequel se déroule mon stage est organisé par étages, les soixante-cinq chambres individuelles sont ainsi réparties sur trois niveaux. Le rez-de-chaussée comprend la partie administrative, l'infirmierie, une grande salle à manger, les cuisines et quelques chambres. Au premier étage se trouve un grand salon ouvert au passage, un petit salon fermé, une petite salle à manger (pour les résidents ne pouvant pas manger seuls ou ayant besoin d'une surveillance et/ou d'une aide sur les temps de repas) et des chambres. Le deuxième et dernier étage se compose essentiellement de chambres, avec, au bout du couloir, une porte fermée par un digicode derrière laquelle se trouve l'Unité de Vie Protégée (U.V.P.). Cette unité accueille onze résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, souffrant de troubles cognitifs importants.

L'équipe de l'E.H.P.A.D. dans lequel j'effectue mon stage est pluri-disciplinaire et composée d'une cinquantaine de personnes. En dehors du personnel administratif s'ajoutent des intervenants permanents ou réguliers tels que les médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, dentistes, pédicure-podologues, ophtalmologues, animateurs, coiffeurs, psychologue etc. Une psychomotricienne, ma maître de stage, est présente à temps-partiel et intervient les mardis et jeudis sur la structure. Je précise qu'il n'y a pas de salle dédiée pour ces différents intervenants. Les animations sont donc organisées dans le grand salon du premier étage et les soins paramédicaux sont généralement effectués soit en chambre, soit dans le petit salon fermé du premier étage.

Enfin, et avant de poursuivre, je précise que tout au long de ma présentation, je ne parlerai pas de « patients » mais bien de « résidents » car c'est ainsi qu'ils sont nommés au sein de l'E.H.P.A.D.

1-2) Sur le papier, Mme L., son dossier médical

Avant de vous faire part de ma rencontre avec Mme L., voici les éléments que j'ai pu retirer de son dossier médical et compléter des informations obtenues auprès des soignants et de ma maître de stage.

Mme L. est née en 1933, elle a donc 83 ans lorsque je la rencontre. Elle est veuve depuis 2002 et a deux filles qui sont peu présentes. Scolarisée jusqu'au certificat d'étude, Mme L. a été directrice de confection et aimait beaucoup les randonnées.

Son dossier médical fait part d'une enfance malheureuse avec notamment un vécu abandonnique. D'après le médecin, les facteurs psychologiques de Mme L. seraient ainsi en lien avec son histoire personnelle difficile. Toutefois, dans le dossier médical, aucune précision n'est apportée. Seuls les éléments suivants sont mentionnés, l'équipe soignante n'en sait pas davantage, je n'ai donc que très peu d'informations sur l'anamnèse de Mme L.

Concernant son histoire médicale, Mme L. souffre de troubles cognitifs évolutifs depuis ses 73 ans. En Octobre 2009 (à 76 ans), suite à un syndrome dépressif sévère avec décompensation délirante, elle débute un suivi psychiatrique en C.M.P. (Centre Médico-Psychologique). Malgré son traitement (Seroplex), son état ne s'améliore pas. Avec son accord, elle est ainsi hospitalisée en Mars 2010.

Toutefois, au cours de son hospitalisation, elle manifeste un épisode délirant et persécutoire aigu. Une prise en charge en hôpital de jour et une modification de son traitement (Seresta, Tercian et Aricept) sont alors mis en place.

Elle est placée sous tutelle en 2010.

En Septembre 2011 (78 ans), Mme L. fait un épisode confusionnel suite à un syndrome inflammatoire. Le compte rendu d'hospitalisation fait part d'un syndrome confusionnel dans un contexte de démence, accompagné d'un syndrome dépressif sévère. Mme L. présente une jargonaphasie (*trouble du langage caractérisé par la substitution de termes inintelligibles ou inadéquats aux mots appropriés*), souffre d'un manque de mots, d'une désorientation temporo-spatiale, de troubles phasiques et d'une anosognosie (*incapacité neurologique à se rendre compte de ses troubles*). Elle passe un scanner cérébral qui met en évidence la présence d'une atrophie cortico-sous-corticale (atrophies fronto-bitemporale et des hippocampes), expliquant la majorité de ses troubles et permettant de poser le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Début Octobre, le retour à domicile est un échec, malgré une aide renforcée et la mise en place de deux journées par semaine en Hôpital de Jour. Elle est à nouveau hospitalisée (d'Octobre 2011 à Janvier 2012) en attendant une place en E.H.P.A.D.

Le compte rendu d'hospitalisation datant de Janvier 2012 fait part d'angoisses importantes, de sentiments de persécution et de demande affective majeure provenant de Mme L. Elle déambule en permanence et présente des troubles phasiques majeurs. Elle ne se souvient et ne reconnaît pratiquement rien.

Mme L. intègre l'Unité de Vie Protégée de l'E.H.P.A.D. en janvier 2012 (âgée de 79 ans). Elle vit difficilement son entrée en institution, elle est très anxieuse, déambule souvent et pleure beaucoup. Son traitement à visée psychotrope est lourd (Tercian, Effexor, Risperdal, Dépakote, Xanax et Imovane).

La maladie d'Alzheimer détériore progressivement l'état de santé de Mme L. qui se retrouve en fauteuil roulant au cours de l'année 2014 (81 ans).

1-3) Prise en charge psychomotrice de Mme L.

Mme L. est suivie en psychomotricité depuis l'arrivée de ma maître de stage dans l'E.H.P.A.D. en 2013.

La prise en charge, basée sur la médiation du toucher-massage afin de proposer un moment calme, d'échange relationnel et de bien-être, débute donc lorsque Mme L. est encore à l'U.V.P. Durant les six premiers mois de la prise en charge, des promenades sensori-motrices sont aussi organisées lorsque le temps le permet. Les séances ont lieu tous les mardis et durent environ une demi-heure.

La psychomotricienne me fait part de séances qui étaient alors très riches, avec des échanges tonico-émotionnels intenses. Mme L. pouvait parfois être très bavarde malgré les troubles phasiques et l'incohérence de son discours.

Depuis 2015, l'état de madame s'est aggravé. Ne nécessitant plus d'un espace clos, elle a déménagé de l'U.V.P. pour rejoindre le premier étage de l'E.H.P.A.D. La maladie d'Alzheimer ayant atteint un stade supérieur, la dynamique des séances de psychomotricité s'en est trouvée modifiée. Ma maître de stage questionne l'intérêt de la poursuite du suivi et décide de voir Mme L. moins régulièrement. Ainsi, lorsque je débute mon stage, la psychomotricienne ne voit Mme L. plus que deux fois par mois environ, les mardis vers 15h.

II. Evolution du suivi en psychomotricité depuis le début de mon stage

Pour vous présenter Mme L. et l'évolution de sa prise en charge en psychomotricité, je vais relater les éléments de façon chronologique. Je ne vais pas vous faire part de l'ensemble des séances mais sélectionner celles qui me semblent les plus pertinentes.

2-1) Première rencontre

Ma première rencontre avec Mme L. me laisse un sentiment étrange de vide et d'épuisement.

Dans la salle à manger du premier étage, je découvre une dame installée dans un fauteuil roulant, maintenue par des sangles thoraciques. Elle est de petite taille, maigre, son visage inexpressif et ses yeux bleus-gris m'interpellent, j'ai la sensation qu'elle fixe le néant. Elle porte des cheveux gris coupés courts, ses bras sont posés sur les accoudoirs, les mains légèrement rétractées, ses jambes sont croisées comme emmêlées l'une à l'autre.

Ma maître de stage s'approche de Mme L., se penche à sa hauteur et pose délicatement sa main sur la sienne. Puis, en rapprochant légèrement son visage du sien elle lui dit bonjour. Mme L. ne semble pas réagir, je n'observe aucun changement ni dans sa posture, ni sur son visage. La psychomotricienne m'invite ensuite à venir me présenter. Je me rapproche donc de madame, posant ma main sur la sienne. Celle-ci est fraîche, tonique mais elle reste immobile. Tout en gardant ce contact, je cherche le regard de Mme L. Je suis pourtant en face d'elle, relativement proche de son visage, mais je ne parviens pas à capter son regard qui me fait vivre un sentiment profond de vide. Je verbalise un bonjour puis je me recule, perplexe. *Est-ce que Mme L. m'a vu ? A-t-elle pris en compte ma présence ? Que comprend et perçoit-elle de ce qui l'entoure ? Peut-on être en lien avec elle ? Une communication est-elle possible ?*

Ensuite, ma maître de stage emmène Mme L. dans le petit salon. La dame est installée au milieu de la pièce, toujours dans son fauteuil roulant, la psychomotricienne assise en face d'elle sur un tabouret. Je m'assois en retrait, légèrement sur le côté gauche de Mme L, pas tout à fait en face, pour pouvoir observer la séance.

Ma maître de stage commence par masser le bras gauche de madame, son toucher est léger, il ressemble à une caresse. Elle continue le massage sur le bras droit puis termine par quelques mobilisations des membres supérieurs. Au fil de la séance, Mme L. semble s'animer, son corps se met légèrement en mouvement. J'observe tantôt des réactions de retrait au niveau des bras, tantôt des agrippements aux mains de la psychomotricienne. Toutefois, le regard de Mme L. reste vide, hormis quelques grincements de dents ou légers mouvements de mâchoires, son visage reste inexpressif et inanimé. Mme L. est mutique tout au long de cette séance, j'ai du mal à l'imaginer produire un son vocal. De plus, je suis étonnée de voir une telle disparité chez une même personne, entre un corps bougeant et semblant bien vivant et un visage aussi éteint. Mme L. me donne l'impression d'être dissociée, fragmentée entre sa tête et le reste de son corps.

Lors des mobilisations, Mme L. semble participer, succinctement, à certains mouvements proposés par ma maître de stage. Le bras gauche de la dame paraît plus mobile et moins spastique que le droit. La main gauche s'ouvre aussi davantage que la droite. La psychomotricienne m'explique que Mme L. est gauchère, ce qui expliquerait la plus ample mobilité de cet hémicorps. A plusieurs reprises, vers la fin de la séance, la dame bouge ses jambes, dans un mouvement et dans un rythme qui me semblent correspondre à ceux des bras. Elle fléchit ses genoux et ses hanches, ramenant ses membres inférieurs sur son ventre, puis elle les relâche légèrement et repose ses pieds sur les cales pieds de son fauteuil. Ce mouvement des jambes me questionne : *est-il volontaire ou involontaire ? Est-ce une sorte de syncinésie ? Un mouvement de rassemblement ? Une forme de défense, de protection ? Une réponse au dialogue tonique, une manière d'être corporellement et entièrement dans la relation ? Est-ce une manière de sentir ses jambes ?* La psychomotricienne m'explique alors qu'elle masse parfois les jambes de Mme L. Cependant, comme elle l'indique à la dame, les trois quarts d'heure de la séance sont passés et elle n'aura donc pas le temps de le faire aujourd'hui. *Je me demande alors si, de par ses mouvements de jambes, Mme L. ne demandait pas à la psychomotricienne de s'attarder sur cette partie de son corps.*

Lorsque nous disons au revoir à Mme L., je suis à nouveau choquée par l'inanité de son regard. J'ai du mal à comprendre comment elle peut exprimer autant de vie à travers son corps mais n'en présenter aucune forme dans ses yeux. Je ressors de cette première séance épuisée, sans comprendre véritablement pourquoi. Comme si Mme L. avait puisée toute mon énergie. Comme si j'avais bougé avec elle. Comme si ses mouvements à elle m'avaient fatiguée, physiquement et psychiquement. Cette dame m'interpelle, me questionne, me donne matière à réfléchir et à penser. Elle m'inquiète, elle m'effraie mais elle m'attire.

2-2) Deuxième rencontre : observation d'un échange tonico-émotionnel

Trois semaines plus tard, la psychomotricienne et moi retournons voir Mme L. qui est installée dans son fauteuil, dans la petite salle à manger. Lorsque je me penche pour la saluer, je me confronte à son regard vide et inanimé. J'en arrive à me demander si elle n'est pas aveugle, mais la psychomotricienne me répondra plus tard que ce n'est pas le cas.

Mme L. est affaissée sur son côté droit, les jambes repliées sur la poitrine. La psychomotricienne et moi la redressons et tentons de l'installer plus confortablement, mais la dame glisse presque instantanément et se retrouve à nouveau avachie et désaxée. Ma maître de stage me fait remarquer que les cales pieds du fauteuil de Mme L. lui ont été enlevés car, en bougeant ses jambes, elle se blessait. *Nous posons alors l'hypothèse que, par manque d'appuis plantaires, Mme L. est déséquilibrée et ne parvient pas à se tenir verticalement.* De plus, étant gauchère, il est probable que son hémicorps droit soit plus faible et lutte donc plus difficilement contre la pesanteur, faisant basculer son tronc sur la droite.

Nous emmenons Mme L. dans le petit salon pour débiter le massage. La psychomotricienne s'installe en face de la dame, je reprends ma position d'observatrice. Ma maître de stage commence par toucher et mobiliser doucement le bras gauche puis le bras droit de Mme L. Cette dernière est très réactive, elle accompagne les mouvements induits par la psychomotricienne et semble en initier certains. Le regard est toujours absent, mais le dialogue tonico-émotionnel quant à lui semble intense. La psychomotricienne et Mme L. semblent unies dans leurs mouvements, elles me donnent l'impression de danser.

Ma maître de stage verbalise le fait que cela faisait bien longtemps qu'un échange aussi actif et interactif n'avait pas été possible. Mme L. semble lui répondre, elle vocalise quelques semblant de mots, jargonne, il est impossible de la comprendre mais la psychomotricienne acquiesce et retranscrit ce qu'elle pourrait être en train de dire. Progressivement, au cours de cet échange tonique et oral, les jambes de Mme L. entrent en mouvement, principalement la gauche. Il y a comme un accordage entre les mouvements des bras de la psychomotricienne et de Mme L. et les jambes de cette dernière. Ma maître de stage place alors ses mains sous les pieds de la dame qui semble prendre appui dessus, les repousser puis les rechercher. Quelques instants après, madame se penche légèrement en avant, tendant le bras gauche vers le bas, semblant vouloir attraper quelque chose. *Peut-être les mains de la psychomotricienne ? Peut-être ses propres pieds ?* Puis elle se redresse, reposant sa main sur l'accoudoir de son fauteuil.

2-3) Quatrième rencontre : la première en chambre

Cette quatrième séance en ma présence se déroule environ un mois et demi après celle que je viens de vous présenter. Pour des raisons d'organisation et de temps, Mme L. n'a pas encore pu être levée de sa sieste et n'a donc pas été installée dans son fauteuil roulant. La psychomotricienne et moi décidons donc d'aller la voir dans sa chambre.

Le lit de Mme L. est installé contre un mur, ce qui rend le passage impossible au niveau de la tête et du bord gauche du lit. La psychomotricienne est donc debout, au bord du côté droit du lit, lorsqu'elle effectue son toucher-massage.

Mme L. est allongée dans son lit, légèrement tournée sur son côté gauche, ses bras sont repliés et croisés sur sa poitrine, ses jambes sont fléchies, emmêlées l'une à l'autre et se plient puis se tendent légèrement, dans un mouvement ininterrompu et stéréotypé. Ce mouvement, qui ressemble à une sorte de pédalage, renforce l'image du nourrisson que Mme L. me renvoie lorsque j'entre dans sa chambre. Après avoir salué la dame, je me recule légèrement pour prendre ma place d'observatrice et laisser la psychomotricienne commencer un toucher-massage du bras droit de Mme L.

Durant cette séance, ma maître de stage parle à la dame qui lui répond, la plupart du temps dans son jargon incompréhensible, mais parfois avec des mots intelligibles tels que « non » « ça va » « je sais pas ».

Mme L. semble encore pouvoir comprendre certaines choses et notamment certaines questions comme « est-ce que ça va ? ». Elle peut aussi fermer les yeux lorsque la psychomotricienne lui propose de se reposer et de profiter de ce temps de toucher-massage. Bien que son regard soit vide, elle me prouve à nouveau sa capacité à être en relation, à travers son corps et à travers ses quelques mots.

Tout au long de cette séance, les mouvements de jambes de Mme L. s'arrêtent et reprennent par intermittence. Plusieurs fois, tandis que la psychomotricienne lui masse le bras droit, madame attrape son pied gauche de sa main gauche, tout en continuant son mouvement de jambe. Cela me rappelle les bébés qui attrapent leurs pieds et qui parfois les portent à leur bouche. Je m'interroge : *est-ce que Mme L. revit une telle expérience archaïque ? Essaie-t-elle de retrouver des appuis ? Cherche-t-elle la vie au travers du mouvement ? Cherche-t-elle des sensations, des appuis au niveau de son pied ?*

De plus, j'ai l'impression que madame est clivée entre le haut et le bas de son corps. Son haut du corps est hypertonique, crispée et raide (ses mâchoires sont serrées, ses mains sont refermées, ses bras sont spastiques) ; tandis que son bas du corps est mobile et souple (madame peut s'entrecroiser les jambes d'une façon incroyable). Je me demande alors si *son mouvement de rassemblement main-pied ne serait pas la recherche d'une liaison entre le haut et le bas du corps, comme une réunion de ces deux hémicorps, une boucle de soi à soi ? Peut-être dans une recherche de continuité, d'unité, de globalité du corps ?* J'aurais envie de proposer à Mme L. un appui au niveau des chevilles ou des plantes de pieds, pendant que la psychomotricienne lui masse les membres supérieurs.

A la fin de la séance, je fais part de mes ressentis et impressions à ma maître de stage qui m'encourage pour la prochaine fois à proposer cet appui. C'est ainsi que la prise en charge s'organise autour d'un massage à quatre mains. Les séances se déroulent en chambre et redeviennent hebdomadaire. En effet, suite à un changement d'organisation de notre journée et au vu des besoins de Mme L., ma maître de stage et moi décidons, à la suite d'une discussion en équipe, de la voir plus régulièrement.

2-4) Huitième rencontre : le massage à quatre mains

Cela fait à présent trois semaines que la psychomotricienne et moi voyons Mme L. dans sa chambre, pour un toucher-massage à quatre mains. Ma maître de stage masse les membres supérieurs ainsi que le visage de Mme L., tandis que je m'occupe de ses jambes et principalement de ses pieds.

Aujourd'hui, Mme L. est dans son lit, recroquevillée sur elle-même, allongée en position fœtale sur son flanc gauche. Ses jambes sont croisées, la gauche au-dessus de la droite, son bras gauche est enroulé autour de son genou gauche et son bras droit est posé sur son ventre. Dans cette position, elle ne bouge pas, ses yeux sont ouverts et fixes. Lorsque la psychomotricienne et moi nous approchons d'elle pour la saluer, elle remue quelques instants ses jambes, puis s'arrête.

La psychomotricienne débute progressivement le massage au niveau de la main et du bras droit de Mme L. La dame semble réceptive, elle bouge ses jambes à plusieurs reprises et par intermittence. Je vais me placer au niveau de ses pieds, m'asseyant sur son lit.

Je pose mes mains sur son pied gauche, que je masse en douceur. Puis sur son pied droit. Je propose tantôt un toucher léger et global, au niveau des pieds et des jambes de Mme L., tantôt de légères pressions telles une forme de packing. Puis, progressivement, je place une main à plat, sous chaque pied de madame, lui proposant un appui plus franc que je peux faire varier. La dame semble se saisir de cet appui, elle repousse mes mains de ses pieds : si je les retire complètement, elle reprend son mouvement stéréotypé décrit précédemment ; en revanche, si je l'accompagne dans son mouvement, elle peut presque étirer ses jambes entièrement, avant de les ramener en position fœtale. Je tente de mimer un mouvement de dérouler du pied, tel un mouvement de marche, avec mes mains, Mme L. m'accompagne faiblement. Pendant ce temps, la psychomotricienne continue de masser les membres supérieurs de la dame. Petit à petit, nous ressentons un relâchement. Le tonus de Mme L. s'abaisse progressivement, elle me donne l'impression de se déposer un peu plus dans le matelas. Madame soupire, sa respiration devient plus ventrale, moins haute, calme et rythmée.

Lorsque la psychomotricienne propose un massage au niveau du visage, Mme L. ferme les yeux, puis les rouvre progressivement dès que ce temps plus intime se termine.

Durant toute cette séance, je trouve Mme L. très présente dans la relation et à ses ressentis. Je la trouve comme plus vivante. Son visage, pourtant tendu, me paraît légèrement plus serein que d'ordinaire. Elle hausse les sourcils à plusieurs reprises, notamment lorsqu'elle étire ses jambes. Quelques bruits de bouche sont audibles, j'ai l'impression que Mme L. tète sa langue.

La prise en charge s'est poursuivie selon ces mêmes modalités pendant un mois, avec des séances relativement semblables à celle-ci.

2-5) Dixième et dernière rencontre

Depuis moins d'une semaine, le traitement médicamenteux de Mme L. a été modifié afin d'atténuer son hypertonie et sa rigidité qui rendent les changes et les soins infirmiers de plus en plus difficiles. Cependant, depuis cette modification, Mme L. ne mange pratiquement plus.

Lorsque la psychomotricienne et moi entrons dans la chambre de Mme L., cette dernière est allongée dans son lit, sur son côté gauche, en position fœtale, les yeux semblant fixer le mur.

Ma maître de stage débute le massage au niveau de la main droite de Mme L. qui ferme alors les yeux. La crispation habituelle des mâchoires semble s'atténuer rapidement. Je m'installe au pied du lit de Mme L. et commence par lui masser les jambes puis je descends jusqu'à ses pieds. Elle ne bougera pas ses membres inférieurs de toute la séance.

Pendant toute la durée du massage, Mme L. paraît endormie, sa respiration et notamment ses expirations sont bruyantes, toutefois elle entrouvre les yeux à plusieurs reprises avant de les refermer. Le bras droit de madame est beaucoup plus facilement mobilisable que les séances précédentes, mais il ne me semble comme plus habité. Mme L. ne participe pas aux mouvements proposés par ma maître de stage.

La modification du traitement influence effectivement la tonicité de Mme L. mais à quel prix ? Elle ne semble plus vraiment présente ni à elle-même ni à la relation.

Finalement, lorsque la psychomotricienne continue le massage puis les mobilisations sur la main et le bras gauche de Mme L., une certaine participation de cette dernière semble possible. Madame nous donne la sensation de lutter pour rester présente à elle et à nous.

A la fin du massage, alors que la psychomotricienne et moi retirons nos mains des pieds et des mains de Mme L., cette dernière, tout en gardant les yeux fermés, étire ses jambes, soupire et reste dans cette position. Nous disons au revoir à Mme L. qui me paraît plus paisible qu'à notre arrivée.

La semaine suivante, j'apprends que Mme L. est décédée durant le week-end. Ce décès me paraît brutal et soudain. Je suis attristée, frustrée et en partie sidérée. J'ai la sensation que cette mort n'aurait pas dû survenir si tôt. Je ne m'y attendais pas. De plus, je n'ai pas pu dire au revoir à cette dame qui aura fait partie de mes premières patientes, j'ai l'impression de ne pas avoir pu terminer mon travail auprès de Mme L.

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

Dans cette dernière partie, je vais tenter d'éclairer les deux études de cas que je viens de vous présenter, à l'aide de l'apport théorique que nous avons abordé en première partie de ce mémoire. Pour ce faire, je vais commencer par traiter différents points qui ont, chez Silvio et Mme L., une influence sur leurs mouvements. Ensuite, j'expliquerai en plusieurs parties comment, en psychomotricité, mes maîtres de stage et moi avons pu favoriser et permettre à ces deux sujets de se (ré)approprier et de (re)découvrir leur corps, notamment grâce aux mouvements.

I. Une motricité perturbée, étiologies possibles

La motricité de Silvio et celle de Mme L. semblent être influencées par différents facteurs. Nous allons donc tenter de développer quels peuvent être les impacts de la trisomie 21, de la maladie d'Alzheimer, des angoisses et des relations précoces sur la mise en mouvement de Silvio et de Mme L. et par conséquent, sur leur manière d'être au monde.

1-1) Les influences de la maladie

Silvio et Mme L. sont tous deux atteints d'une maladie qui vient impacter leurs mouvements.

La trisomie 21 (aussi appelée syndrome de Down) dont Silvio est porteur, est une maladie génétique, puisqu'elle résulte d'une malformation chromosomique s'accompagnant d'une déficience intellectuelle. En effet, elle provient d'une anomalie au niveau de la 21^{ème} paire de chromosomes. Les répercussions de cette anomalie sont diverses et variables en fonction des individus. Je ne développerai que les conséquences qu'ont l'hypotonie et la déficience intellectuelle consécutives de la trisomie 21 sur la mise en mouvement de Silvio.

Mme L. quant à elle, est soumise aux effets de la maladie d'Alzheimer. Cette affection neuro-dégénérative qui atteint le cerveau, résulte d'un processus pathologique spécifique qui provoque des lésions au niveau du système nerveux central (« Définition de la maladie d'Alzheimer », s.d.). Or, Comme nous l'avons abordé dans la partie théorique de ce mémoire, c'est le système nerveux central qui est responsable de la motricité volontaire. De plus, cette maladie, silencieuse dans les premiers temps, va progressivement entraîner des manifestations de plus en plus visibles en fonction des zones du cerveau qu'elle atteint. Ainsi, au stade sévère de la maladie, celui donc dans lequel se trouve Mme L. lorsque je la rencontre, peuvent notamment être observés des réflexes archaïques ainsi qu'une hypertonie sévère généralisée à l'origine de phénomènes de rétractions musculo-tendineuses et des appareils articulaires (Barres, 2012).

Nous allons à présent analyser quelles répercussions respectives ont la trisomie 21 et la maladie d'Alzheimer sur la mise en mouvement chez Silvio et Mme L.

1-1-1) Hypotonie/hypertonie

Nous l'avons évoqué dans la partie théorique de ce mémoire, les perturbations toniques impactent les capacités d'adaptation du sujet à son environnement. Voyons comment l'hypotonie de Silvio et l'hypertonie de Mme L. viennent perturber leurs mouvements, et par conséquent, leur manière d'être au monde.

Tout d'abord, l'hypotonie consécutive de la trisomie 21 provoque un retard dans le développement psychomoteur du sujet, notamment en influençant ses capacités motrices. En effet, à cause de leur hypotonie, les bébés trisomiques, ont tendance à être passifs, que ce soit dans les explorations, les manipulations ou dans les interactions. Ils passent plus de temps à observer les objets mis à leurs dispositions qu'à les manipuler (Cuilleret, 2007), ce qui est en effet le cas pour Silvio.

De plus, ces bébés rencontrent des difficultés pour accéder à la station assise, ils passent ainsi plus de temps allongés, ce qui restreint leur champ de vision.

Une fois assis, ils présentent généralement une hyper cypho-lordose : les épaules s'affaissent vers l'avant tandis que la tête est rejetée en arrière. Le champ visuel n'est donc plus à l'horizontal mais davantage vers le haut, ce qui perturbe la perception des distances et des profondeurs, accentuant la réduction des manipulations.

Enfin, l'hypotonie, observable au niveau du tonus de fond et d'action, se traduit, chez le sujet porteur de trisomie 21, par une lenteur lors de la mobilisation des différentes parties du corps. Il peut difficilement augmenter volontairement le degré de sa contraction musculaire, il est de ce fait plus lent que la moyenne dans la réalisation de ses mouvements.

Ainsi, Silvio semble lutter contre son hypotonie pour se mouvoir. Chaque manipulation, chaque déplacement semblent lui coûter beaucoup en énergie, ce qui pourrait expliquer son attitude figée. De plus, comme il a été positionné assis trop tôt, il n'a pas expérimenté les positions intermédiaires lui permettant d'acquérir seul la station assise. Par conséquent, et comme nous avons pu le voir lors des premières séances de psychomotricité, il manque d'expériences et se retrouve ainsi piégé dans la position dans laquelle il est placé.

Chez Mme L. c'est l'hypertonie qui vient perturber, en partie, la qualité de ses mouvements. En effet, en plus des conséquences que peuvent avoir le vieillissement sur sa mise en mouvement, tel que nous avons pu l'aborder dans la partie théorique ; l'hypertonie vient davantage restreindre Mme L. dans sa mobilité. La rigidité de son corps, la tétanie et la rétraction de ses muscles ainsi que son enraidissement articulaire amoindrissent grandement l'amplitude des mouvements de Mme L. ainsi que ses capacités motrices. Elle se renferme et se replie sur elle-même, d'autant plus depuis qu'elle est alitée. De surcroit, telle une carapace tonique, l'hypertonie de Mme L. semble aussi l'empêcher d'entrer en contact avec la psychomotricienne ou moi-même ou avec son environnement extérieur.

1-1-2) Perturbation du fonctionnement cérébral

La trisomie 21 et la maladie d'Alzheimer ont d'autres répercussions que les perturbations toniques. Parmi elles, abordons à présent les conséquences que peuvent avoir ces deux maladies sur le fonctionnement cérébral et les capacités mentales.

La trisomie 21 se caractérise par une maturation cérébrale postnatale perturbée et ralentie et « *en principe la moyenne de l'efficiences intellectuelle pour cette population se situe aux alentours d'un QI de 40-45. Le QI maximum est compris entre 65 et 79* » (Noack, 1997). Ceci entraîne un retard dans différents champs d'acquisitions et notamment en ce qui concerne les imitations gestuelles. Or, comme les apprentissages se font principalement sur imitation, ceci accentue le retard du sujet porteur de trisomie. Comme nous avons pu le voir, Silvio ne cherche pas d'emblée à reproduire ce que nous faisons avec les jouets. Il semble avoir besoin, comme pour le jeu du caché-coucou avec le drap, que nous lui fassions faire, ou que nous fassions avec lui, pour qu'il puisse, par la suite, reproduire le jeu de lui-même. Il semble en être de même pour les changements de positions.

Par ailleurs, la maladie d'Alzheimer se caractérise par une perte progressive du nombre de neurones et par des lésions au niveau du système nerveux central. Or, nous avons vu l'importance et le rôle de ce dernier dans la motricité. Ces lésions envahissent progressivement les différentes zones du cortex cérébral, à commencer par l'hippocampe, siège de la mémoire. L'extension des lésions cérébrales réduit donc progressivement l'autonomie de la personne, affectant ses capacités d'orientation dans le temps et l'espace, son utilisation du langage, ses fonctions réflexives, sa reconnaissance des objets... Cette confusion mentale peut aussi s'accompagner d'une désorientation allopsychique (trouble de l'identification d'autrui) et/ou autopsychique (trouble de l'identification de soi-même). Tout ceci semble effectivement être présent chez Mme L.

Il est donc évident que la trisomie 21 et la maladie d'Alzheimer impactent la motricité de Silvio et de Mme L. ainsi que leur manière d'être au monde ; cependant, d'autres facteurs peuvent aussi intervenir. Nous allons à présent aborder l'influence que peuvent avoir certaines angoisses sur Silvio et Mme L.

1-2) L'influence des angoisses

Nous avons vu, dans la partie théorique, l'influence que peuvent avoir les angoisses sur la mobilité du sujet. Voyons plus précisément ce qui semble se jouer pour Silvio et Mme L.

Chez Silvio, ce sont de potentielles angoisses de chutes, que j'ai pu aborder tout au long de l'étude de cas, associées à des angoisses d'effondrement probablement provoquées par l'hypotonie, qui semblent le figer dans ses mouvements. En effet, les changements de position, notamment du dos sur le ventre et inversement, sont difficiles, voire impossibles, au début de la prise en charge. Il est probable que le manque d'expérience, ainsi que le défaut de représentation et de compréhension lorsque la psychomotricienne ou moi lui proposons des retournements, figent Silvio qui lutte toniquement contre ces mouvements. Cependant, il me semble aussi que le petit garçon n'a pas suffisamment intégré son dos, comme un arrière-plan fermé, stable et garant du sentiment de sécurité interne (Haag, 2012). Il paraît en effet être à la recherche d'un maximum de contact avec le sol, pour, semble-t-il, éviter les probables impressions de chute provoquées par les changements induits par ma maître de stage ou moi. De lui-même, il paraît donc éviter tout mouvement et tout changement de position, pour ne pas être confronté à ces angoisses de chutes et d'effondrement.

Quant à Mme L., en plus de toutes les problématiques et angoisses de perte, liées au vieillissement, à la maladie d'Alzheimer, à son histoire... elle semble être assaillie par différentes angoisses qui influencent sa motricité.

Tout d'abord, le vieillissement, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, entraîne un déclin de la motricité. Aggravé par les conséquences de la maladie d'Alzheimer, Mme L. se trouve donc grandement entravée dans ses capacités motrices. Or, si comme je l'ai développé précédemment, le mouvement est un témoin de vie, le déclin de sa motricité peut faire surgir des angoisses de mort importantes chez Mme L. D'autant plus depuis qu'elle est alitée puisque, pour Lapierre et Aucouturier (1975), l'horizontalité et l'immobilité peuvent être vécues comme symbole de mort.

Ainsi, l'hypertonie présente chez Mme L., que nous avons déjà abordée comme une des conséquences de la maladie d'Alzheimer, pourrait aussi être un moyen de lutter contre ces angoisses de mort.

En effet, elle pourrait se traduire comme une défense, telle une « *immobilité en tension obtenue à partir du repli soi* » et qui vient éveiller des « *connotations de vie latente qui se rattachent à la vie fœtale* » (Lapierre et Aucouturier, 1975, p. 39). De même, le mouvement stéréotypé de sa jambe gauche pourrait être une manière de se raccrocher à la vie. En bougeant ses membres inférieurs, Mme L. chercherait à les ressentir, comme si elle cherchait la vie au travers du mouvement, comme si elle avait besoin de se sentir bouger pour se sentir vivante. Aussi, son décès pourrait laisser supposer que son immobilité et la diminution de sa tonicité, induites par le changement de traitement, ont laissé la pulsion de mort prendre le pas sur la pulsion de vie et ainsi détruire son élan vital.

De plus, la désorientation temporo-spatiale dont souffre Mme L. depuis plusieurs années, associée à l'évolution de la maladie d'Alzheimer et au retour à un état de dépendance extrême, semble être à l'origine d'une position régressive chez cette dame. En effet, ses postures de rassemblement, ses liaisons main-pied, son positionnement presque fœtal, ainsi que ses bruits de bouche (notamment les succions) me renvoient l'image d'un nourrisson. Or, si c'est aussi de cette manière que se vit Mme L., expérimentant son corps et le (re)découvrant dans un vécu très primaire, il est possible qu'elle soit également aux prises à des angoisses, voire des agonies primitives telles que décrites par Winnicott. De ce fait, les agrippements de Mme L., que ce soit aux mains de l'autre ou à son propre corps, pourraient ainsi être une lutte contre la désintégration, la séparation, la dépersonnalisation, une manière de se tenir à son corps pour se sentir vivante et présente à elle-même. Par ce besoin archaïque d'agrippement, d'attachement, Mme L. semble chercher à être en contact corporel avec l'autre, à être portée et soutenue, physiquement et psychiquement. D'autant plus que « *le vieillissement est une source d'insécurité qui ranime les besoins d'attachement* » (Ploton et Cyrulnik, 2014, p. 73).

Enfin, que ce soit chez Silvio ou chez Mme L., le regard semble être un moyen de défense contre leurs angoisses. Pour Silvio, c'est en accrochant le regard d'autrui qu'il semble pouvoir trouver une certaine stabilité et assurance. C'est en l'évitant que Mme L. paraît se protéger de son environnement extérieur, comme si, en se coupant du monde, en fixant le néant, son regard venait jouer un rôle de filtre, de pare-excitation.

Ainsi, face à leurs angoisses, des défenses se mettent en place chez Silvio et Mme L., venant aussi impacter leur motricité et leur manière de se vivre et d'être au monde.

Pour terminer sur les différents aspects qui semblent influencer les mouvements de Silvio et de Mme L., abordons l'impact des relations précoces.

1-3) L'influence des relations précoces

Comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique, les relations précoces et le processus d'attachement sont un étayage majeur pour le développement du sujet en tant que tel. Ils conditionnent en partie les relations que pourra avoir l'individu avec les autres et son environnement. Or, la relation à l'autre est une des raisons qui incite l'individu à se mettre en mouvement.

Dès le début du suivi, les relations entre Silvio et sa mère me questionnent. J'ai la sensation que l'immobilité physique du petit garçon représente assez bien l'état psychique de sa mère. En effet, durant les premières séances, la mère me donne l'impression d'être sidérée, elle ne dit rien et ne bouge pas. Elle regarde la psychomotricienne, son fils et moi, mais elle ne laisse rien transparaître de ce qu'elle peut penser des situations. En pense-t-elle seulement quelque chose ? Je la sens comme sidérée, à ne pas savoir que faire, que penser de son fils. D'ailleurs, je ne suis pas certaine qu'elle ait intégré et investi Silvio comme étant son enfant. Elle ne parle jamais de « son fils », elle l'appelle toujours par son prénom, ne lui donne aucun surnom. Cela évolue à partir de la sixième séance et dès la huitième, je la trouve plus démonstrative. Elle peut appeler Silvio « loulou » ou « bébé » en séance, l'encourageant davantage. Elle le félicite plus régulièrement et l'embrasse toujours en fin de séance avant de le prendre dans ses bras pour le porter jusqu'à la sortie. Ce changement progressif dans le comportement de la mère, semble avoir eu une influence sur la mise en mouvement de Silvio qui, nous l'avons vu, est devenu de plus en plus mobile. Notons que « *si la mère permet à l'enfant de se créer comme sujet, l'enfant crée sa mère en naissant et en répondant à ses interprétations* » (Robert-Ouvray, 2004, p. 117). De ce fait, il semble que la mère stimule Silvio qui vient en retour solliciter davantage sa mère, telle une boucle étayant à la fois la mère et l'enfant.

Aussi, j'é mets l'hypothèse que l'annonce du diagnostic de la trisomie de Silvio est venu perturber les relations précoces entre le petit garçon et sa mère.

En effet, à l'arrivée du nouveau-né, tout parent doit faire le deuil de l'enfant imaginaire. Dans le cas où l'enfant est porteur de la trisomie 21, c'est souvent un double deuil que les parents doivent effectuer : deuil de l'enfant imaginaire et deuil de l'enfant sain. A cela s'ajoute une blessure narcissique profonde et une forme de sidération et de culpabilité. L'annonce du handicap est ainsi vécue péniblement et vient perturber le lien parents-enfant, pouvant entraîner des répercussions sur l'attachement premier. Or, nous avons vu dans la partie théorique comment les relations précoces influencent le développement du bébé. Ainsi, comme l'exprime la mère de Silvio durant la sixième séance de psychomotricité, l'annonce de la trisomie de son fils a été vécue difficilement. Il est donc très probable que les premiers liens d'attachement aient été perturbés et que l'arrivée au C.A.M.P.S. ait pu raviver des vécus pénibles. Le peu de mobilité de Silvio durant les premières séances, semble être une forme de réponse en miroir à la sidération de sa mère, comme si quelque chose s'était figé dans la psyché de la maman, figeant l'enfant sur un plan moteur. Par conséquent, dès lors que la mère s'anime et investit son fils, ce dernier se met en mouvement. De même, les progrès de l'enfant vont valoriser les parents et les animer. En effet, « *l'implication des parents dans le développement de leur enfant semble dans la majorité des cas un facteur positif. Il semble aussi que la qualité de l'intervention parentale soit en relation avec les progrès développementaux de l'enfant* » (Noack, 1997).

Concernant Mme L., les quelques éléments que j'ai pu recueillir sur son enfance révèlent un vécu difficile. Ses relations précoces semblent avoir été perturbées par une problématique abandonnique, laissant supposer un traumatisme aux conséquences diverses sur son développement et ses modes de relations aux autres. Par ailleurs, dans une période de vieillissement, perturbée par la maladie d'Alzheimer, où autant de problématiques anciennes et nouvelles peuvent se rencontrer (Quinodoz, 2010), il semble que Mme L. ait besoin d'autrui pour lutter contre la désorganisation autant motrice que psychique. Nous verrons donc par la suite comment la psychomotricienne et moi avons pu accompagner Mme L. dans cette dernière étape de vie.

Pour conclure, que ce soit pour Silvio ou pour Mme L., leur mise en mouvement et leur manière d'être au monde sont influencées par différentes problématiques.

Nous allons à présent voir comment mes maîtres de stage et moi avons pu les prendre en compte et faire évoluer les prises en charge afin de permettre à ces deux personnes de se (ré)approprier et de (re)découvrir leur corps au travers du mouvement.

II. Du mouvement à la motricité

Rappelons que le mouvement, avant qu'il ne devienne un geste, et que la motricité s'organise, une maturation du système nerveux ainsi qu'une expérimentation de son propre corps en mouvement sont nécessaires. Voyons donc comment mes maîtres de stage et moi avons pu étayer le Moi corporel de Silvio et de Mme L.

2-1) Le Moi corporel

Comme nous l'avons abordé dans la partie théorique, c'est en faisant des expériences corporelles que le Moi corporel du sujet s'élabore, permettant progressivement au sujet de se sentir vivant, dans un monde avec lequel il peut être en interaction. Ce Moi corporel, qui se construit à travers le mouvement et en appui sur l'environnement et autrui, semble avoir pu être étayé chez Silvio et Mme L. au cours des séances de psychomotricité.

En effet, le Moi corporel de Silvio est en pleine élaboration. Il est encore immature, comme en témoigne ses angoisses décrites précédemment. Cependant, c'est en amenant Silvio à vivre son corps dans une dimension sensori-motrice, à travers le plaisir à jouer et à mettre son corps en mouvement, que la psychomotricienne et moi semblons contribuer à l'élaboration de son Moi corporel. De plus, en le stimulant, en jouant avec lui et en lui proposant de nouvelles expériences, nous contribuons à élargir le panel de ses capacités motrices.

Le Moi corporel de Mme L., s'est construit durant son enfance ; cependant, avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer, il paraît s'être progressivement désorganisé, déconstruit. Le clivage que j'ai pu décrire entre le haut et le bas du corps de Mme L. semble illustrer cette perturbation.

Or, à partir du moment où le Moi corporel est souffrant, la dépendance physique, sociale et psychique devient beaucoup plus importante. De plus, c'est toute une déconstruction identitaire qui s'installe. Aussi, à travers nos massages, la psychomotricienne et moi, sollicitons le *moi peau* de Mme L., semblant raviver son sentiment d'exister et réunifiant, au moins pour un temps, ce corps qui paraît clivé. De même, notre action se rapproche du *Holding*, ce qui semble permettre à Mme L. de se sentir unifiée, soutenue et en confiance. En redonnant de la matière à l'existence de Mme L., à travers notre toucher, nos mobilisations, nos mouvements, nous semblons pouvoir étayer son Moi corporel.

Voyons à présent comment la boucle sensation-perception-mouvement et la répétition ont permis à Silvio et Mme L. d'expérimenter leur corps pour qu'il puisse progressivement le (re)découvrir et se le (ré)approprier.

2-1) Une boucle sensation-perception-mouvement

Une sensation est une impression reçue par l'intermédiaire des différents sens. Elle est « *un fait psychique élémentaire, le résultat de l'action d'un excitant sur un appareil récepteur sensoriel* » (Carric, 1998, p. 172). La sensation, provient donc de la modification d'un appareil sensoriel sous l'influence d'un stimulus interne ou externe. Aussi, c'est par la sensibilité (donc l'ensemble de nos récepteurs sensoriels), que le système nerveux et nos centres nerveux se mettent en mouvement. La perception, quant à elle, est une analyse supérieure du monde, due à la sensibilité et à l'intelligence. Elle est à la fois le processus qui permet de recueillir le traitement de l'information sensorielle, et la prise de conscience qui en résulte.

De ce fait, en stimulant Silvio et Mme L., mes maîtres de stage et moi créons des sensations qui deviennent des perceptions, qui à leur tour vont induire un comportement moteur.

Chez Silvio, ces mouvements, tels que les retournements par exemple, peuvent d'abord être réflexes et involontaires, ou même se produire par hasard, mais nous verrons dans la prochaine partie comment, de par la répétition, ils deviennent ensuite plus contrôlés et volontaires.

Chez Mme L., il semble que « *le sentir, aux fondements de l'archaïque, dans les racines de la chair, est toujours là, premier, assurant la continuité et pouvant toujours dans les sursauts de vie et de désir pousser encore à penser, à agir et communiquer* » (Bégoïn, 2013, p. 66). Aussi, à travers nos stimulations, essentiellement tactiles, la psychomotricienne et moi permettons à Mme L. de se situer au niveau spatio-temporel dans son corps, « *de provoquer et de gérer des rapports entre [sa] motricité et [son] psychisme, et de transformer la motricité réflexe primaire en une motricité relationnelle et créatrice* » (Robert-Ouvray, 2004, p. 130).

Toutefois, que ce soit pour Silvio ou pour Mme L. la répétition semble être nécessaire pour une réelle intégration du mouvement.

2-2) La répétition

Dans différentes disciplines, et je peux prendre ici l'exemple de la danse, la répétition est indispensable pour l'intégration et l'appropriation du mouvement. Plus nous faisons et refaisons le mouvement, plus il nous paraît fluide et facile à réaliser.

C'est ainsi que Silvio commence par expérimenter le mouvement du retournement, d'abord avec l'impulsion et l'aide que la psychomotricienne et moi pouvons lui apporter, par exemple en soulevant par le côté le drap sur lequel il est allongé. Silvio qui, au cours des premières séances, lutte contre ce retournement, apprend progressivement à le maîtriser, et, par la suite, c'est lui qui l'initie et le réalise à sa guise. De la même manière, alors que le mouvement de balancier qui accompagne la comptine du bateau sur l'eau est, au début, saccadé et d'un « bloc », Silvio apprend, par la répétition, à dissocier les différents mouvements et à utiliser son bassin comme charnière mobile entre le haut et le bas de son corps. Il en est de même pour l'ensemble des postures, des situations et des jeux que Silvio expérimente. Il lui faut un premier temps de découvertes, le temps d'éprouver les sensations, la nouveauté. Puis, avec la répétition, et parfois une aide extérieure, il peut se les approprier et les réitérer lorsqu'il le souhaite.

Pour Mme L. le processus est plus complexe car la maîtrise qu'elle a de son corps semble s'amoinrir progressivement.

Cependant, en séance de psychomotricité, j'ai pu constater que la répétition des mouvements pouvait lui permettre de se détendre, de gagner en amplitude et d'être plus présente à elle-même et à la relation. Par exemple, lors de la huitième rencontre, il semble que ce soit la répétition du mouvement de flexion/extension des jambes qui permet à Mme L. d'aller de plus en plus loin dans l'extension, dans un mouvement qui devient plus fluide, naturel et coordonné au niveau de sa respiration, de l'appui de ses pieds contre mes mains, et de la gestion même du mouvement, permettant finalement un étirement qui ne semblait pas possible en début de séance. De plus, par le dialogue tonico-émotionnel, dont nous avons abordé les incidences dans la partie théorique, Mme L. semble davantage présente à ses sensations et à la relation. En effet, en bougeant avec elle, la psychomotricienne et/ou moi, tentons, par la répétition des mouvements durant la séance, mais aussi de séance en séance, de favoriser l'émergence d'un dialogue tonico-émotionnel, de redonner à Mme L. des repères spatiaux temporels et ainsi de contribuer à étayer un sentiment de continuité d'existence.

C'est donc grâce à la boucle sensation-perception-mouvement, et la répétition que le Moi corporel de ces deux sujets est étayé. Une motricité plus volontaire et organisée qui semble alors pouvoir émerger et se tourner davantage vers l'environnement et autrui. En rencontrant la motricité de l'autre, la leur se transforme, voyons comment.

III. Du mouvement avec l'autre

Chez Silvio et Mme L., les mouvements ont pu être modifiés dès lors qu'une interaction avec autrui a été possible.

3-1) Silvio : d'une immobilité à un mouvement avec puis vers l'autre et l'environnement

Comme j'ai pu le décrire au cours de l'étude de cas de Silvio, il a été difficile, voire impossible, d'intéresser le petit garçon aux objets que nous lui proposons.

Il n'était donc pas possible pour nous d'inciter Silvio à se déplacer pour aller chercher un jouet. Pourtant, habituellement, « *c'est parce que ce trésor [l'objet, le jouet placé loin de l'enfant] est difficile à obtenir que le bébé se met en marche, qu'il devient un sujet désirant et que son mouvement s'organise* » (Meunier et Zékri-Hurstel, 2015, p. 62). Ce n'était pas le cas pour Silvio ; il semblait en effet bien plus attiré par nous, par nos visages, par le son de nos voix. La relation à l'autre paraissait davantage l'intéresser que le matériel mis à sa disposition, mais pas suffisamment pour l'inciter à se déplacer et à se mouvoir. Aussi, avant de pouvoir aller vers les objets, il fallait qu'il puisse aller vers autrui. Pour cela, il lui fallait l'envie de venir vers nous, et pour qu'il y ait cette envie, nous avons étayé et insufflé du désir.

Avant que Silvio ne désire par lui-même, nous avons désiré pour lui. Comme il nous a montré son intérêt pour les relations humaines, et comme « *les jeux sont si efficaces pour redonner le mouvement, la vie, le désir au bébé* » (Meunier et Zékri-Hurstel, 2015, p. 82), c'est en le sollicitant et en l'encourageant, que la psychomotricienne, moi et progressivement sa mère, lui avons permis d'avoir envie par lui-même et pour lui-même. Le mouvement s'est ainsi organisé de nous vers lui puis de lui vers nous. En effet, par exemple, avec la comptine « bateau sur l'eau », c'est d'abord la psychomotricienne, ou moi, qui induisons le mouvement chez Silvio, en le faisant avec lui. Nous créons ainsi ce que Lacan appelle « *l'accident* », cette expérience de la première fois, que le sujet va ensuite tenter de retrouver en renouvelant la situation. Puis, en nous plaçant à distance de Silvio, nous créons le manque à l'origine de son désir. C'est ainsi que le petit garçon, a progressivement tenté de venir jusqu'à nous, en rampant et en nous tendant les mains lorsqu'il était assis proche de nous, pour initier le mouvement de la comptine. Il attrapait nos mains avec une idée, avec une intention, il tirait nos mains vers lui et ce geste dirigé et volontaire est devenu une sorte de rituel de séance en séance.

L'intérêt pour les objets a pu ensuite être possible, notamment à partir du moment où la mère s'est impliquée davantage corporellement dans les séances. « *La mère a la fonction capitale d'assurer la fonction d'appareil à penser pour son enfant, elle assume également la fonction d'appareil à sentir et à éprouver les relations tonico-émotionnelles infraverbales* » (Robert-Ouvray, 2004, p. 117).

Ainsi, en se rendant plus disponible à son fils, elle lui permet d'être lui-même plus disponible aux nouvelles sollicitations et interactions que ma maître de stage ou moi pouvons proposer. Cependant, pour l'instant, de par sa nature passive, Silvio ne persévère pas toujours, notamment pour aller chercher un objet dans son environnement. Il continue à avoir besoin du soutien et des sollicitations d'autrui.

3-2) Mme L. : de l'auto-agrippement et de la stéréotypie au mouvement avec l'autre

Goumas (2008) explique que chez certaines personnes âgées, notamment démentes, les postures de repli, recroquevillées, peuvent être des « *réponses adaptatives au besoin de sécurité intérieure* » mais aussi un moyen de « *faire face aux difficultés de rentrer en communication avec le monde extérieur* ». C'est en effet l'impression que peut donner la position fœtale observée chez Mme L., pour qui « *l'équilibre sensori-tonique* », que nous avons abordé dans la partie théorique, est fortement perturbé. En effet, « *le milieu physique* » dans lequel se trouve Mme L. se réduit progressivement à sa chambre, dans laquelle les stimulations sont quasi inexistantes. Son « *milieu humain* » se restreint au passage des soignants, Mme L. n'ayant aucun proche qui lui rend visite. Or, « *quand un milieu se désorganise, il déstabilise le monde interne. Le corps devient le seul objet du monde extérieur encore capable de structurer le monde intérieur* » (Cyrulnik, 1993). Aussi, seul le « *milieu biologique* » de Mme L. semble pouvoir encore être une source de stimulation. Le fait que Mme L. enroule ses jambes, qu'elle s'attrape le pied, qu'elle puisse avoir des mouvements stéréotypés surtout au niveau de la jambe gauche, me laisse supposer qu'elle tente de s'accrocher à son corps, à ses sensations pour rester en vie, tout en se coupant (comme en témoigne son regard vide) et en se protégeant de l'extérieur, de ce monde qu'elle ne comprend plus.

Par conséquent, en rétablissant un « *équilibre sensori-tonique* », ne serait-ce que le temps d'une séance, la psychomotricienne et moi permettons à Mme L. d'être présente à elle-même et au monde à travers l'échange tonico-émotionnel que nous lui proposons. La dame semble pouvoir glisser d'un agrippement auto-sensoriel à un agrippement auto-érotique.

Ses mouvements se transforment et s'organisent pour répondre, ou être en lien, avec ceux que la psychomotricienne et/ou moi lui proposons. Elle peut même, comme je l'ai décrit lors des huitième et dixième rencontres, se détendre, relâcher légèrement ses défenses toniques et fermer les yeux, tout en restant en lien avec l'autre.

3-3) Du mouvement, de la communication et de la pensée

Que ce soit pour Silvio ou pour Mme L., il semble qu'à travers les différents mouvements réalisés avec ou vers l'autre, la pensée et la communication peuvent s'élaborer. En effet, comme nous l'avons abordé précédemment, la pensée et la psyché se construisent en appui sur le corps en mouvement, et en étayage sur l'environnement et autrui. Si je considère la communication comme une expression de la pensée, alors je peux considérer qu'à travers le mouvement, Silvio et Mme L. se sont mis et remis à penser.

Notre corps est notre premier moyen de communication. C'est donc à partir de la communication gestuelle que vont ensuite pouvoir émerger les premiers mots et le langage chez l'enfant. Avant de pouvoir parler, le sujet fait l'expérience d'actes de langage qui sont portés par le corps et les gestes. Ainsi, de séance en séance, Silvio bouge de plus en plus et sa mobilité physique semble stimuler sa mobilité psychique. Progressivement, il devient de plus en plus sonore et semble pouvoir s'adresser à l'autre, notamment à sa mère. Bien que la mise en mouvement de Silvio ne soit pas l'unique cause de son entrée dans le langage, il me semble qu'elle y participe grandement.

Le processus semble être relativement équivalent chez Mme L. Je n'imaginai pas qu'elle soit capable de pouvoir prononcer un mot ; or, c'est à partir du moment où nous sommes entrées en mouvement avec elle, qu'elle a pu émettre des sons, et même répondre de façon cohérente à certaines de nos questions. Même quand la pensée semble disparaître ou se retirer, à cause de la maladie d'Alzheimer par exemple, il est primordial pour le sujet âgé d'échanger avec son environnement « *pour maintenir ce qui lui reste encore d'éveil et de vie affective. Sans stimulation, l'âge se démotive. Il se retire du monde et de la vie sociale* » (Ploton et Cyrulnik, 2014, p. 74).

Par conséquent, en encourageant ou en induisant des mouvements corporels chez Mme L. et Silvio, mes maîtres de stage et moi avons stimulé des mouvements psychiques chez ces deux personnes qui ont ensuite pu communiquer avec leur environnement. Cette boucle interactive entre psychomotricien, patient et mouvements, semble ainsi permettre au sujet de se tourner vers autrui et l'environnement.

Conclusion

Pour conclure, au fil des séances de psychomotricité, la motricité de Silvio et de Mme L. semble avoir évolué. L'immobilité de l'un, et les mouvements désorganisés de l'autre, se sont transformés de façon notable. Ainsi, l'étayage que mes maîtres de stage et moi avons pu proposer à Silvio et Mme L. semble avoir pu favoriser et permettre à ces deux sujets de se (ré)approprier et de (re)découvrir leur corps grâce aux mouvements. En appui sur leur propre corps, sur les expérimentations proposées, sur nos corps à nous, psychomotriciennes ; Silvio et Mme L. ont pu agencer leur motricité pour être davantage en relation avec leur environnement et autrui. Cependant, le décès de Mme L. semble nous rappeler qu'à un moment donné, en l'absence d'étayage externe et interne, en l'absence de mouvements physiques et psychiques, la pulsion de mort l'emporte sur la pulsion de vie.

CONCLUSION

Ce mémoire touche à sa fin et je dois dire que son écriture fut pour moi un travail très enrichissant. En partant de mes questionnements et de mes rencontres avec Silvio et Mme L., ce mémoire m'a permis de faire un travail de réflexion plus poussé et approfondi. J'ai ainsi pu l'élaborer en croisant mes connaissances théoriques, ma propre pratique psychomotrice en appui sur mes maîtres de stage et autres professionnels avec qui j'ai pu échanger, et mon cheminement de pensée autour des prises en charge de Silvio et de Mme L.

Ainsi, en questionnant l'immobilité de Silvio, je suis d'abord allée chercher du côté de la construction du mouvement et de son organisation. Puis, en rencontrant Mme L., je me suis interrogée sur le rôle de ce mouvement dans le lien que peut entretenir le sujet avec son environnement. En regroupant ces deux expériences cliniques, j'ai alors pu mener une réflexion autour du rôle de la motricité dans la (re)découverte et la (ré)appropriation de son propre corps. Pour cela, j'ai commencé par m'interroger sur la définition même du mouvement. J'ai alors pris conscience de l'étendue de cette notion. Il m'a donc fallu faire des choix et c'est en m'attardant sur les causes d'une mise en mouvement que j'ai trouvé des premiers éléments de réponse. Puis, au vu de l'évolution des suivis de Silvio et de Mme L. et afin de m'orienter et de m'éclairer dans leur accompagnement en psychomotricité, j'ai poussé ma réflexion du côté des entraves au mouvement. J'ai alors pu développer les notions d'angoisses et de perturbations toniques, mais, pour les comprendre, il m'a fallu revenir sur d'autres notions qui me paraissaient essentielles, comme l'aspect plus philosophique du mouvement, dans ses liens avec la vie, avant de revenir sur le mouvement tel que nous l'abordons et l'utilisons en psychomotricité.

Au-delà des prises en charge de Silvio et de Mme L., je peux constater que certains des points que j'ai développés, sont applicables de façon plus générale dans la clinique psychomotrice. En permettant au patient de s'approprier son corps et sa motricité, le psychomotricien offre un étayage qui favorise la relation à l'autre, à l'environnement. Il permet d'une certaine façon au sujet d'être au monde.

Aussi, la réflexion que j'ai déroulée tout au long de ce mémoire pourrait encore être développée et abordée à travers de nombreuses pistes d'exploration : schéma corporel, image du corps, posture, corps vécu/perçu/agi/subi, relaxation... Néanmoins, je considère qu'elle m'a permis de travailler et de réfléchir différemment sur ce que je pense être des bases de la psychomotricité, m'ouvrant de nouvelles pistes d'élaboration quant à la richesse du soin psychomoteur. Ainsi, l'écriture de ce mémoire, venant en partie clore ma formation, a contribué à étayer mon identité en tant que future professionnelle et à nourrir de nouveaux questionnements qui continueront d'enrichir ma pratique.

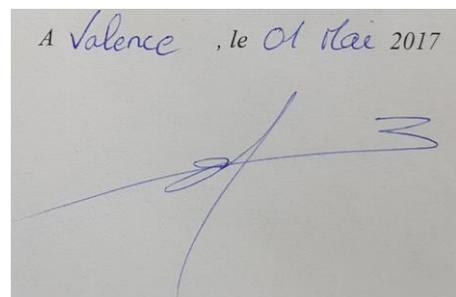
Mémoire écrit par l'étudiante :

Clara FONTANEL

A blue ink signature of Clara Fontanel, written in a cursive style.

Vu et approuvé par le maître de mémoire :

Muriel SAINT-ESPES Psychomotricienne

A blue ink signature of Muriel Saint-Espes, written in a cursive style. Above the signature, the text "A Valence, le 01 Mai 2017" is written in the same ink.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander, G. (1981). *L'eutonie*. Paris, France : Tchou.
- Bachollet, M.-S. et Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19.
- Barbaras, R. (2007). *Le mouvement de l'existence*. Chatou, France : Les Éditions de la Transparence.
- Barres, P. (2012). Maladie d'Alzheimer et autres maladies d'évolution démentielle. Repéré 20 avril 2017, à https://www.cmrr-nice.fr/doc/DIU-2012_cours_BARRES_Maladie_Alzheimer_et_autres_maladies_d_evolution_dementielle.pdf
- Bee, H. et Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement: les âges de la vie* (traduit par F. Gosselin et É. Rheault). Paris, Belgique, Belgique.
- Bégoïn, J. (2013). *L'avancée en âge, un art de vivre* (édité par C. Bergeret-Amselek). Toulouse, France : Érès.
- Bergson, H. (1966). *L'évolution créatrice*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Berthoz, A. (1997). *Le sens du mouvement*. Odile Jacob.
- Bullinger, A. (1999). Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensoritonique. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 117, 62-69.
- Bullinger, A. et Delion, P. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Tome 1, Un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne, France : Éditions Érès, DL 2004.
- Carric, J.-C. (1998). *Lexique du psychomotricien* (Vernazobres-Grego).
- Ciccone, A. (2000). Psychomotricité et motricité Psychique. Dans *Psychomotricité : entre théorie et pratique*. Paris : In Press.
- Ciccone, A. (2008). L'archaïque et l'infantile. *Spirale*, (45), 133-147.
- Coeman, A. et Raulier H de Frahan, M. (2004). *De la naissance à la marche: le développement psychomoteur de l'enfant tel que présenté dans les formations pour les psychomotriciens et le personnel de la petite enfance*. Bruxelles, France : ASBL Étoile d'herbe, impr. 2012.
- Cuilleret, M. (2007). *Trisomie et handicaps génétiques associés. Potentialités, compétences, devenir* (5ème éd.). Issy les Moulineaux : Masson.
- Cyrulnik, B. (1993). *Les nourritures affectives*. Paris, France : O. Jacob, DL 1993.
- Cyrulnik, B. (2010). *Le tissage de la résilience au cours des relations précoces*. Eres.

Définition de la maladie d'Alzheimer. (s.d.). *France Alzheimer et maladies apparentées-Union Nationale des Associations France Alzheimer*. Repéré 20 avril 2017, à <http://www.francealzheimer.org/la-maladie-d-alzheimer/d%C3%A9finition-de-la-maladie-d-alzheimer/104>

Freud, S. (2010). *Pulsions et destins des pulsions*. Paris : Payot.

Golse, B. et Simas, R. (2012). Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. *Contraste*, (28-29), 129-138.

Goumas, J. (2008). Se détacher de monde extérieur en s'attachant au corps propre : certaines personnes âgées se recroquevillent. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 155, 38-47.

Guedeney, N., Blondin, P., Martins, G. et Rohr, M. (2008). Prends racine et grandis : apport de la théorie de l'attachement. *Thérapie psychomotrice et recherche*, 155, 6-16.

Haag, G. (2009). De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme. *Enfances & Psy*, n° 41(4), 14-22.

Haag, G. (2010). *Approche du premier fonctionnement de la pensée et des premières formes de représentations*. Eres.

Haag, G. (2012). Le dos, le regard, et « la peau ». Repéré 20 avril 2017, à <http://www.asm13.org/IMG/pdf/dos-regard-peau-3.pdf>

Halatas, G. A. (2015). *La magie du mouvement*. Amalthée.

Hegel, G. W. F. (1950). *La phénoménologie de l'esprit* (traduit par J. Hyppolite). Paris, France : Aubier-Montaigne,.

Heidegger, M. (1964). *L'être et le temps* (traduit par A. De Waelhens et R. Boehm). Paris, France : Gallimard, impr. 1964.

Jaquet, C., Neveu, P., Pireyre, E. W., De Sainte Mareville, F., Scialom, P. et Golse, B. (2014). *Les liens corps esprit : regards croisés à partir de cas cliniques*. Paris : Dunod.

Joly, F. (2016). Entre neurosciences, psychopathologie du développement et psychanalyse : le carrefour psychomoteur – Ajuriaguerra et son héritage dans l'identité des psychomotriciens. Dans *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences : Histoire, actualités et perspectives : pour une pensée en mouvement*. Paris : In Press.

Lapierre, A. et Aucouturier, B. (1975). *La symbolique du mouvement: psychomotricité et éducation*. Paris, France : Épi, impr. 1977.

Larousse. (2009). Dictionnaire Maxipoche 2010. Paris, France : Larousse.

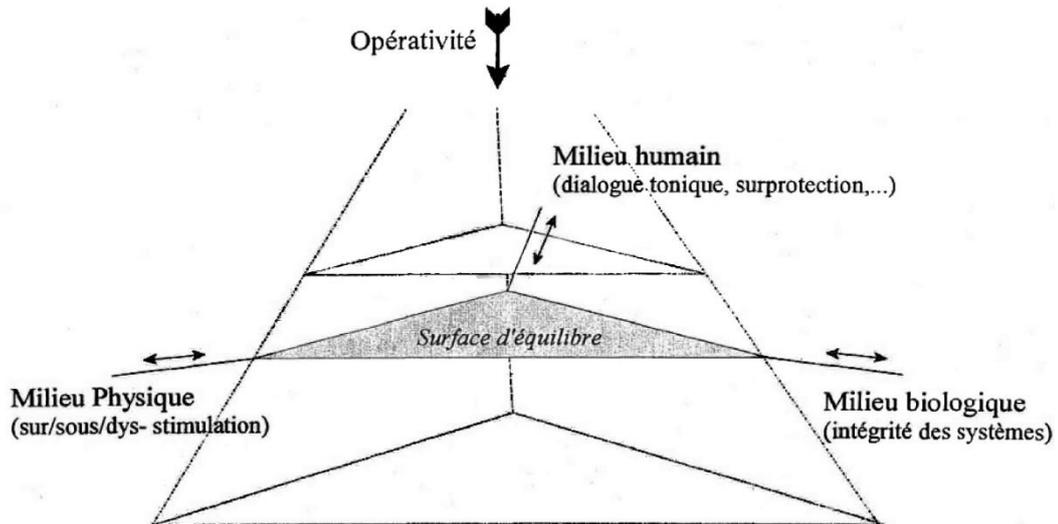
Livoir Petersen, M.-F. (2009). Le dialogue tonico-émotionnel, un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 157, 96-107.

- Mariette, P. (1993). *Le mouvement comme médiation en psychomotricité avec les personnes âgées : la psychomotricité, lieu possible de sa réappropriation* (Mémoire de Psychomotricité). Claude Bernard Lyon 1.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible* (édité par C. Lefort). Paris, France : Gallimard.
- Meunier, L. et Zékri-Hurstel, R. (2015). *Le bébé en mouvement: accompagner son développement psychomoteur*. Paris, France : Dunod, DL 2016.
- Meurin, B. (2016). Quelques réflexions philosophiques pour penser la spécificité psychomotrice. Dans *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences : Histoire, actualités et perspectives : pour une pensée en mouvement*. Paris : In Press.
- Montaigne, M. de. (1924). *Œuvres complètes de Michel de Montaigne. Les Essais*. (édité par A. Armaingaud). Paris, France : L. Conard.
- Mortamet, D. (2016). Réflexions à propos de l'engagement moteur en psychomotricité. Dans *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences : Histoire, actualités et perspectives : pour une pensée en mouvement*. Paris : In Press.
- Noack, N. (1997). Eléments de réflexion sur le développement et les caractéristiques psychomotrices du sujet porteur d'une trisomie 21. Repéré 22 avril 2017, à <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/noack36.pdf>
- Ploton, L. et Cyrulnik, B. (dir.). (2014). *Résilience et personnes âgées*. Paris, France : O. Jacob, impr. 2014.
- Pontalis, J.-B. et Laplanche, J. (2016, 15 août). Vocabulaire de la Psychanalyse. Repéré 1 avril 2017, à http://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche_et_pontalis/voc245.html
- Poulteau, H. (1994, 12 avril). *Quand la psychomotricité devient le lieu d'un vécu partagé auprès de personnes démentes : Le groupe « Mouvement »* (Mémoire de Psychomotricité). Claude Bernard Lyon 1.
- Prayez, P. et Savatofski, J. (2009). *Le toucher apprivoisé*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre : Wolters Kluwer, DL 2009.
- Psychanel. (s.d.). Pulsions de vie et pulsions de mort. *Psychanel*. Repéré 1 avril 2017, à <http://psychanalyse.pour.tous.over-blog.com/article-pulsions-de-vie-et-pulsions-de-mort-38147065.html>
- Quinodoz, D. (2010). Vieillir : le regard d'une psychanalyste. *L'Année psychanalytique internationale, Volume 2010(1)*, 149-168.
- Robert-Ouvray, S. B. (2004). *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.
- Rodenbach, G. (1892). *Bruges-la-Morte*. Paris, France : E. Flammarion.

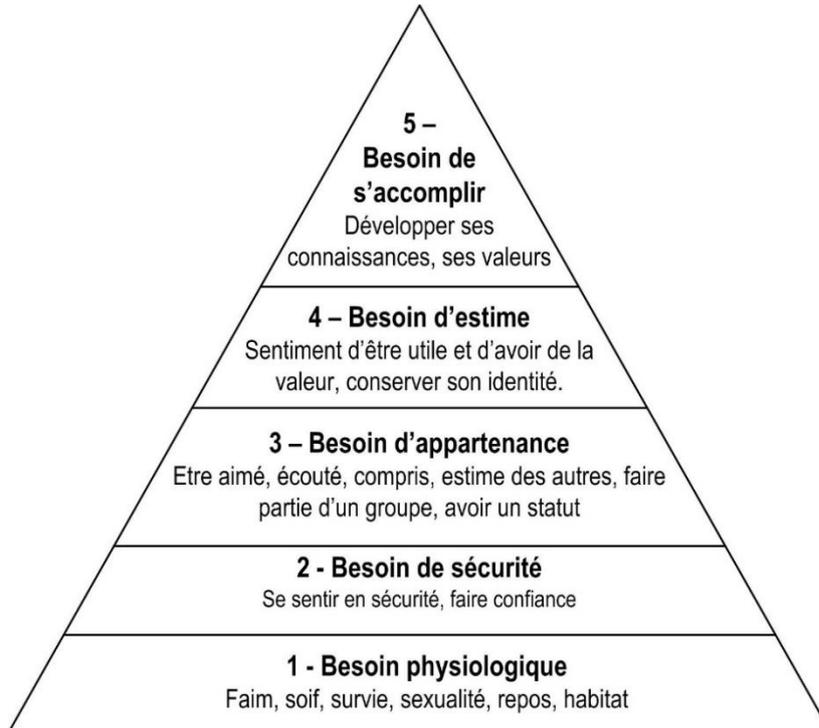
- Rousseau, D. et Duverger, P. (2011). L'hospitalisme à domicile. *Enfances & Psy*, n° 50(1), 127-137.
- Saint-Cast, A. et Gauducheau, M. (2016). Que nous apporte la référence au dialogue tonico-émotionnel dans la compréhension des troubles des apprentissages ? *Enfances & Psy*, N° 71(3), 66-77.
- Sartre, J.-P. (1943). *L'être et le néant: essai d'ontologie phénoménologique*. Paris, France : Gallimard, impr. 1976.
- Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J.-M., Bekier, S., Benois Marouani, C., Bottini, P. L., ... Vandewalle, B. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Marseille : Solal.
- Spinoza, B. de. (1994). *L'Éthique*. Paris : Folio.
- Tardos, A. et David, M. (1991). De la valeur de l'activité libre du bébé dans l'élaboration du self. Résultats et discussions de quelques recherches de l'Institut Emmi Pikler à Budapest, Hongrie. *Devenir*, 4 vol 3, 9-33.
- Wallon, H. (1925). *L'enfant turbulent: étude sur les retards et les anomalies du développement moteur et mental*. Paris : Alcan.
- Wallon, H. (1978). *De l'acte à la pensée: essai de psychologie comparée*. Paris, France : Flammarion.

ANNEXES

Annexe 1 : L'équilibre sensori-tonique selon Bullinger



Annexe 2 : La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow



La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont permis d'enrichir ma réflexion et qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire. Je tiens à remercier plus particulièrement

... Muriel, pour avoir accepté de s'essayer au rôle de maître de mémoire et de s'être lancée dans cette aventure à mes côtés. Merci pour toutes vos précieuses relectures, pour votre soutien et vos encouragements.

.... Tous mes maîtres de stages de ces trois dernières années, pour m'avoir tant appris et pour m'avoir permis de me forger mon identité de psychomotricienne. Un immense merci en particulier à Annie, Philippe et Anne pour m'avoir aussi accompagnée dans l'écriture de ce mémoire.

... Les enseignants de l'I.S.T.R. pour m'avoir permis d'acquérir les bases et les fondamentaux pour me construire en tant que psychomotricienne.

.... La promotion 2014-2017 pour tous les bons moments que nous avons pu partager durant ces trois années de formation.

... Tous mes amis, et en particulier Marie, Maëva, Pauline, pour les fous rires et les si bons moments que nous avons passés, que nous passons et que nous passerons encore ensemble. Merci également pour tout le soutien et la contribution que vous m'avez apportés tout au long de l'écriture de ce mémoire.

... Ma famille pour tout l'amour, le soutien, la joie et le bonheur que vous m'apportez chaque jour et qui me permettent de m'épanouir au quotidien ainsi que d'être ce que je suis.

RÉSUMÉ

Silvio est un petit garçon d'environ 1 an, porteur de la trisomie 21. Son immobilité et son accroche du regard m'interpellent et me questionnent dès notre première rencontre au C.A.M.S.P. Qu'est-ce qui fige ce petit garçon ? Pourquoi ne cherche-t-il pas à se mettre en mouvement ? Comment l'y inciter ? Chez Mme L., âgée de 83 ans et souffrant de la maladie d'Alzheimer, les mouvements sont présents mais ils me paraissent désorganisés. Mme L. semble coupée du monde extérieur, son regard vide m'interroge. Elle me paraît enfermée et perdue dans un corps qu'elle ne semble plus totalement contrôler, qu'elle ne comprend peut-être plus. Alors comment entrer en relation avec cette dame ? Comment lui permettre de se réappropriier et de redécouvrir son corps ? En cherchant à comprendre ce qu'est un mouvement, ce qu'il met en jeu, comment il s'organise, comment il peut être sollicité, transformé et comment il peut se désorganiser, avec les impacts que cela peut engendrer, je tente, à travers cet écrit, de mener une réflexion autour de la mise en mouvement du sujet et des répercussions que cela entraîne sur la (ré)appropriation et la (re)découverte de son propre corps.

Mots clefs : Mouvement – Motricité – Corps – Sujet – Autrui – Environnement – Vivant – Relations – Etayage – Angoisses – Tonus