



<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>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation
Docteur Jacques LUAUTÉ

Être touché pour restaurer son identité :
L'intérêt du toucher thérapeutique dans le soin psychomoteur auprès des
personnes âgées

Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Faustine SCHMITZ

Mai 2023 (Session 1)

N°1807

Directrice du Département Psychomotricité
Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation
Docteur Jacques LUAUTÉ

Être touché pour restaurer son identité :
L'intérêt du toucher thérapeutique dans le soin psychomoteur auprès des
personnes âgées

Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Faustine SCHMITZ

Mai 2023 (Session 1)

N°1807

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Vice-président CA
Pr. Didier REVEL

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé

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

U.F.R. d'Odontologie
Directeur **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique –
Lyon Sud Charles Mérieux
Doyenne **Pr. Carole BURILLON**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Comité de Coordination des études
médicales (CCEM)
Président **Pr. Pierre COCHAT**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **Mr Guillaume BODET**

UFR Faculté des sciences
Directeur **Mr Bruno ANDRIOLETTI**

Institut Universitaire de Technologie Lyon
1 (IUT)
Directeur **Mr Christophe VITON**

Département de Génie électrique et des
procédés
Administrateur provisoire
Mme Rosaria FERRIGNO

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

Département Informatique
Administrateur provisoire
Mr Behzad SHARIAT

Observatoire de Lyon
Directrice **Mme Isabelle DANIEL**

Département Mécanique
Administrateur provisoire
Mr Marc BUFFAT

Institut National Supérieur du Professorat
et de l'éducation (INSPé)
Directeur **Mr Pierre CHAREYRON**

POLYTECH LYON
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA
RÉADAPTATION

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département

Mme Tiphaine VONSENSEY

Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques

M. Bastien MORIN

Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY

Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD

Psychomotricienne

Coordinatrice des stages

Mme Marion MOUNIB

Psychomotricienne

Gestion de scolarité

Mme Alice GENOT

« Tu sais qu'un homme meurt s'il perd le toucher. C'est le seul sens irremplaçable, le toucher. Les mains ne mentent jamais. Observe-les sans cesse et tu verras ce que les êtres pensent réellement » (Rodin à Camille Claudel, cité par Lefebvre des Nöettes, 2022, p. 46)

SOMMAIRE

LEXIQUE.....	
INTRODUCTION.....	1
PARTIE CLINIQUE	3
1. Le cadre institutionnel : l'hôpital	3
1.1. Le fonctionnement de l'hôpital	3
1.2. La place de la psychomotricité.....	3
2. Madame P. : faire confiance à ses jambes pour marcher	4
2.1. Présentation de Mme P. : arrivée à l'hôpital et anamnèse	4
2.2. Première rencontre avec Mme P.	5
2.2.1. Un appel à l'aide.....	5
2.2.2. La sonnette : un objet transitionnel lors de la séparation	7
2.3. Séance autour de l'image du corps et du schéma corporel	8
2.3.1. Le refus de la station debout	8
2.3.2. Une posture figée dans la peur de chuter	8
2.3.3. Adopter une posture contenant et rassurante.....	9
2.4. Un dernier élan vers son lit	9
2.4.1. Prendre le temps et s'adapter au rythme de Madame P.	9
2.4.2. Appréhender, s'appuyer, se lever.....	11
2.4.3. Le toucher pour redonner vie au corps et marcher.....	11
2.5. Le toucher thérapeutique.....	12
2.5.1. Vécu d'un corps plaisir	12
2.5.2. Le rôle de la psychomotricité éclairé par Madame P.	13
2.5.3. Se dire au revoir	13
3. Mme S. : prendre appui pour marcher	14
3.1. Présentation de Mme S.....	14
3.1.1. Anamnèse de Mme S. et arrivée à l'hôpital	14
3.1.2. Première rencontre avec Mme S.	15
3.2. Trouver les appuis corporels pour faire face au déséquilibre.....	16
3.2.1. Un corps clivé.....	16
3.2.2. Stimuler la sensibilité plantaire	17
3.2.3. L'axe corporel pour s'ériger et s'équilibrer	17
3.3. Séance seule avec Mme S. : prendre soin de son corps	18
3.3.1. Féliciter et rassurer.....	18

3.3.2.	Prendre conscience de son axe	18
3.3.3.	Marcher à son rythme.....	19
3.3.4.	Le toucher massage des membres inférieurs.....	20
PARTIE THÉORIQUE		22
1.	Construction de l'identité dans le développement psychomoteur.....	22
1.1.	Construction identitaire : de l'individuation au sentiment d'identité.....	22
1.1.1.	Se différencier d'autrui.....	22
1.1.2.	Qu'est-ce que l'identité ?	22
1.1.3.	Une identité infaillible au passage du temps ?	23
1.2.	Se construire soi, debout dans son corps.....	23
1.2.1.	Entre schéma corporel et image du corps : se représenter	24
1.2.2.	Redressement de l'axe psychomoteur pour se tenir debout	25
1.3.	Se sentir exister grâce à l'autre	26
1.3.1.	Exister dans le portage	26
1.3.2.	Exister dans le regard d'autrui : miroir de soi-même	27
1.3.3.	Exister dans le dialogue tonique.....	28
2.	Vieillir et ses conséquences : perte de l'identité	28
2.1.	Le vieillir.....	28
2.1.1.	Un corps vieillissant	28
2.1.2.	Un mécanisme de rupture au niveau psycho-affectif.....	30
2.1.3.	Ébranlement identitaire	30
2.2.	Des vécus traumatiques : la chute et le vertige	31
2.2.1.	Le syndrome post-chute	31
2.2.2.	Le syndrome vertigineux.....	32
2.3.	Le désinvestissement corporel	33
3.	Le toucher thérapeutique pour prendre conscience de son corps.....	34
3.1.	Qu'est-ce que le toucher ?.....	34
3.1.1.	Au niveau organique et développemental	34
3.1.2.	Les effets physiologiques du toucher.....	36
3.1.3.	Un mécanisme neurologique en lien avec les émotions.....	37
3.2.	Comment toucher ?	38
3.2.1.	Toucher avec les autres sens : le regard et la voix	38
3.2.2.	Toucher avec les mains	38
3.3.	Le toucher pour redonner vie à l'enveloppe corporelle	39
3.3.1.	Fonction de contenance et de maintenance du toucher	39

3.3.2.	Fonction de sécurité de l'enveloppe psychique.....	40
3.3.3.	Fonction d'individuation de Soi.....	40
PARTIE THÉORICO-CLINIQUE.....		42
1.	Un corps désinvesti dans un monde sans contact.....	42
1.1.	La personne âgée : dépendante et vulnérable comme un enfant	42
1.1.1.	Comme l'enfant, faire l'expérience de son corps.....	42
1.1.2.	Le bas du corps désinvesti.....	43
1.1.3.	Le réflexe d'agrippement	43
1.2.	Une réticence à toucher le sujet âgé	44
1.2.1.	Le contexte de la Covid-19	44
1.2.2.	Le tabou du toucher auprès des personnes âgées	45
1.3.	L'hospitalisation : un chamboulement pour le sujet âgé	45
1.3.1.	Une perte de repères spatio-temporels	45
1.3.2.	L'hôpital : un lieu de passage.....	46
1.3.3.	Un toucher déshumanisé et déshumanisant.....	47
2.	Une identité retrouvée dans l'alliance thérapeutique	49
2.1.	La dynamique complémentaire du care et du cure	49
2.1.1.	Soignants et rééducateurs : un travail complémentaire	49
2.1.2.	Réinstaurer le toucher dans la relation soignant-soigné.....	50
2.2.	Le toucher dans l'alliance thérapeutique en psychomotricité	50
2.2.1.	Un cadre de prise en charge psychomotrice ancré dans la réalité.....	50
2.2.2.	La caresse empathique	51
2.2.3.	Le langage des mains	52
3.	Un sentiment d'identité restauré par le toucher	53
3.1.	Restaurer le corps pour restaurer l'identité	53
3.1.1.	Un toucher globalisant	53
3.1.2.	Toucher pour rassurer et renarcissiser.....	54
3.2.	Sentir son corps, l'éprouver : le vivre !	56
3.2.1.	Sensations de l'axe corporel et des jambes	56
3.2.2.	Un toucher qui libère la parole : de l'éprouvé au ressenti.....	57
3.2.3.	Se sentir exister	58
CONCLUSION		59
BIBLIOGRAPHIE		

LEXIQUE

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CEN : Collège des Enseignants de Neurologie

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

MMS : Mini-Mental State

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SEP : Sclérose-En-Plaques

SFDRMG : Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gériologie

SIRV : Société Nationale de Réhabilitation Vestibulaire

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

INTRODUCTION

INTRODUCTION

« Psychomotricienne ? » réplique ma mère alors que, lycéenne, je tentais de savoir dans quelles études me lancer. Ce mot inconnu ne m'a pas convaincue au premier abord mais pourtant elle avait vu juste, c'était ce qui me correspondait : un métier du soin où se lient médical et psychologie, un métier où notre créativité est au service de la thérapie, un métier où l'on relie le corps et l'esprit.

Saurais-je dire ce qui m'a finalement persuadée ? C'est sans doute lorsque j'ai appris que ma nièce Thaïs était porteuse d'un handicap : j'étais désireuse de l'aider et de tout faire pour qu'elle grandisse comme les autres. C'est peut-être aussi lorsque j'ai assisté au premier bain de mes nièces jumelles âgées de trois jours. C'était un bain enveloppant comme on peut en proposer en psychomotricité. J'ai alors été marquée par cette sensation d'apaisement qui s'était installée dans toute la pièce, grâce à la lumière tamisée, à la voix douce et paisible de la puéricultrice, et surtout grâce à ses mains posées sur le torse des nouveau-nés. Les hurlements de bébé ont fait place au calme et à la détente grâce à cette main qui avait touché deux peaux sensibles et vulnérables.

À cette époque, je portais déjà en moi ce questionnement autour des bienfaits du toucher. Lors de mon stage à l'hôpital, j'ai rencontré de nombreux patients, d'âges, d'origines et de pathologies différentes : tous avaient leur histoire, leurs épreuves, leurs peurs face à cette hospitalisation brutale, mais pour tous, le toucher procuré par des mains apaisantes, des paroles réconfortantes ou un regard empathique, est venu transformer leur vécu corporel.

Moi-même au début de mon stage à l'hôpital, j'ai été particulièrement touchée par la façon dont ma maître de stage créait une alliance thérapeutique avec chacun des patients à travers son regard, sa posture et à travers cette main tendue pour soulager, consoler, mais aussi pour encourager, féliciter et soigner. Par ce cadre apaisant, les patients se sentaient en confiance et pouvaient s'impliquer dans leur rééducation.

Le toucher thérapeutique me semble un sujet important à aborder, notamment auprès des personnes âgées. En effet, lors du passage du temps, le corps change, perd ses capacités, il trahit, ne répond plus. La personne âgée doit alors faire face à différents remaniements : elle devient vulnérable, dépendante d'autrui. Ces changements peuvent entraîner une perte de repères : la personne ne se reconnaît plus, elle ne sait plus qui elle est.

Au regard d'un désinvestissement corporel dans un contexte de vieillissement, comment le toucher thérapeutique peut-il aider la personne âgée à maintenir son sentiment d'identité ?

Dans un premier temps, je présenterai dans ma partie clinique, Mme P., de son arrivée à l'hôpital après sa chute, à nos séances de psychomotricité autour du toucher qui lui ont permis de tenir debout à nouveau. Puis je présenterai Mme S., de sa lutte contre les vertiges à sa remise en mouvement à travers le toucher massage.

Ensuite, dans une partie théorique, j'aborderai la construction de l'identité au cours du développement psychomoteur. Puis, je traiterai de l'impact du vieillissement sur le sentiment d'identité. Enfin je décrirai le toucher thérapeutique et ses fonctions.

Dans une partie théorico-clinique, j'essaierai de mieux comprendre ce que le vieillissement, et les ruptures qu'il engendre, ont ébranlé chez Mme P. et Mme S., et comment le toucher thérapeutique, dans le cadre d'une prise en charge psychomotrice permet une restauration du sentiment d'identité.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

1. Le cadre institutionnel : l'hôpital

1.1.Le fonctionnement de l'hôpital

J'effectue mon stage de troisième année dans un centre hospitalier composé de plusieurs services et recevant des patients adultes et des personnes âgées. Cet hôpital a pour valeur de garantir un accès du soin à tous, sans condition de revenus. Il assure une prise en charge globale des patients et une attention portée à chacun. Au sein de ce centre hospitalier, il y a des services de spécialités chirurgicales, d'obstétrique-gynécologie et de spécialités médicales.

Les patients sont hospitalisés sur un temps court à la suite d'un passage aux urgences, pour la plupart, ou pour des soins ambulatoires, avant de partir en centre de rééducation, en maison de retraite ou pour un retour à domicile. Les pathologies rencontrées le plus fréquemment, au cours de mon stage, sont des pathologies neurologiques comme la Sclérose-en-Plaque (SEP), l'Accident-Vasculaire Cérébral (AVC), la tumeur cérébrale, la maladie de Parkinson et des syndromes neurologiques rares. J'ai également rencontré des patients présentant des syndromes post-chute et syndromes de désadaptation psychomotrice. Après leur hospitalisation, les patients rentrent chez eux, vont dans des centres de rééducation ou pour les personnes âgées, ne pouvant rester seules à domicile, partent en maison de retraite.

1.2.La place de la psychomotricité

Ma maître de stage étant la seule psychomotricienne de l'hôpital, elle peut être appelée à intervenir dans tous les services. Elle agit principalement dans l'unité des spécialités médicales et au sein de cette unité, elle intervient surtout dans les services de neurologie, de réanimation, de post-urgence, de médecine interne. La psychomotricienne fait partie de l'équipe des rééducateurs, composée de plusieurs kinésithérapeutes et d'une orthophoniste intervenant aussi dans les différents services de l'hôpital, selon les prescriptions qu'ils reçoivent. Les psychologues et psychiatres du service de psychiatrie peuvent être appelés

dans les autres services pour donner un avis psychologique. Une neuropsychologue est aussi présente sur l'ensemble de l'hôpital.

Les séances de psychomotricité se déroulent principalement en chambre mais une salle de rééducation partagée par l'ensemble des rééducateurs est disponible le cas échéant. La psychomotricienne intervient sur la prescription des médecins des services. Elle effectue d'abord une première rencontre avec le patient afin de faire connaissance, reprendre avec lui l'ensemble de son histoire et ainsi constater comment ce dernier se présente. Lors de cette première rencontre, elle effectue également un bilan psychomoteur suivant la pathologie du patient. Les comptes-rendus sont écrits dans les dossiers des patients à la fin de la journée, afin que l'ensemble de soignants puissent y avoir accès. La transmission peut aussi se faire oralement auprès des internes ou des médecins du service, de l'équipe des infirmiers et des aides-soignants et lors des réunions de service, auxquelles la psychomotricienne participe une fois par semaine.

2. Madame P. : faire confiance à ses jambes pour marcher

2.1. Présentation de Mme P. : arrivée à l'hôpital et anamnèse

Lors de ce stage, une patiente a particulièrement retenu mon attention. Il s'agit de Mme P. que j'appellerai ainsi par souci de confidentialité. Mme P. est âgée de 87 ans. Elle est veuve depuis une vingtaine d'années, elle n'a pas enfants, ni de frères et sœurs. Elle a une belle-famille mais elle refuse de la contacter. Avant d'être à la retraite, Mme P. tenait un magasin de télévisions avec sa mère. Elle vit seule en appartement, au deuxième étage sans ascenseur. Une amie proche s'occupe des repas et des courses. Une aide-ménagère passe deux fois par semaine et une infirmière vient chaque jour pour la toilette, elle est aussi suivie en kinésithérapie. Elle porte un appareil dentaire et des lunettes. Elle souffre d'une hypoacousie et a des rhumatismes articulaires depuis l'enfance.

En mars 2020, elle est hospitalisée pour une Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA), qui est une atteinte de la rétine pouvant entraîner une malvoyance. Durant cette hospitalisation, Mme P. souffre d'une tachycardie, à savoir une accélération de son rythme cardiaque. En avril 2020, elle fait un séjour aux urgences pour une chute avec traumatisme crânien : Mme P. montre une forte agitation. Elle fait une décompensation cardiaque. Elle entre alors en Soins de Suite et Réadaptation (SSR) : il est noté dans le compte-rendu

d'hospitalisation que Mme P. est très angoissée et qu'elle est toujours en recherche de contact. Après son séjour de rééducation, elle rentre à domicile.

En novembre 2022, elle est hospitalisée en service de médecine polyvalente. Une nouvelle chute à domicile a provoqué un traumatisme crânien avec perte de connaissance. Mme P. est restée deux heures au sol jusqu'à l'arrivée des pompiers prévenus par les voisins. Mme P. souffre d'un hématome occipital et d'une atrophie cortico-sous-corticale, qui est une réduction de la taille de certaines zones cérébrales, provoquant des troubles cognitifs. Lors de son hospitalisation, il est noté que Madame P. est très désorientée et très angoissée. Les médecins notent une dégradation sur le plan cognitif avec un MMS (Mini-Mental State) à 12/30. Ces troubles cognitifs sont associés à une angoisse au premier plan et à une perte de ses compétences motrices. Mme P. fait une embolie pulmonaire pendant son séjour à l'hôpital. Il est noté dans le dossier que Mme P. souffrait de troubles cognitifs non reconnus sous-jacents à l'hospitalisation.

Un bilan de déglutition est demandé à l'orthophoniste à la suite d'une fausse route pendant un repas : l'orthophoniste en conclut que Mme P. peut prendre de l'eau plate mais qu'une surveillance clinique est à maintenir. Avec les kinésithérapeutes, la marche est possible mais Mme P. a besoin d'être soutenue. Une demande de suivi psychomoteur est faite par le médecin pour un travail autour d'une réassurance globale, tant au niveau psychique que physique.

2.2.Première rencontre avec Mme P.

2.2.1. *Un appel à l'aide*

Je rencontre Mme P. pour la première fois avec la psychomotricienne à la suite de la demande du médecin. En amont de la séance, nous avons en tête d'effectuer un bilan psychomoteur global en insistant particulièrement sur des épreuves de schéma corporel, tonus et équilibre. Mais lorsque nous entrons dans la chambre de Mme P., nous comprenons que le bilan psychomoteur ne pourra pas être un bilan classique. Mme P. est enfouie sous sa couverture, tenant fermement la sonnette de la chambre dans sa main. Elle me donne alors l'impression d'être très petite dans ce grand lit d'hôpital. Elle a les cheveux blancs, porte de petites lunettes, ses yeux sont bleu clair, renvoyant un regard transparent et attirant. Elle est en blouse d'hôpital, cela m'interpelle particulièrement. En effet, je n'aperçois que sa tête qui sort de la couverture et je distingue à peine ses épaules sous cette blouse sans forme. Elle

est allongée sur le grand lit, le dossier de la tête un peu relevé, les jambes étendues sans mouvement. Elle semble perdue, désorientée. Son amie proche, venue la visiter, est présente lorsque nous entrons dans la chambre. La tête de Mme P. se balance et son regard oscille entre cette dame et nous, semblant chercher un repère stable, une personne à qui s'adresser. Elle balbutie des mots peu compréhensibles et qui ne sont pas tous en lien avec le contexte. Son regard est très accrocheur : elle semble demander de l'aide. Elle répète alors « c'est à moi, c'est à moi », en montrant la sonnette qu'elle tient comme un « doudou ». La personne ayant rendu visite à Mme P. quitte la pièce. Dès lors, la psychomotricienne vient s'accroupir au bord du lit, au niveau du visage de Mme P. Celle-ci lui agrippe immédiatement la main, lâchant la sonnette. La posture de la psychomotricienne est choisie dans une volonté d'être au plus près de la patiente, à savoir au niveau de son visage.

De mon côté, je suis marquée par cette première rencontre et reste quelques secondes en état de sidération sur le côté, derrière le rebord du lit. Je suis frappée par l'image que cette patiente me renvoie. Son corps étendu sur le lit, inaccessible, caché sous la couverture et perdu dans cette blouse d'hôpital, me semble sans élan vital, la chambre d'hôpital peut attrayante me fait alors réaliser l'évènement traumatique et déshumanisant que peut être une hospitalisation. Mais devant ce corps caché, seul le visage de Mme P. est visible ainsi que sa main droite enveloppée dans les mains de la psychomotricienne. Ce visage très expressif marqué par un tonus très élevé, montre une forte anxiété : Mme P. balbutie des mots, bouge sa tête sur l'oreiller, ses yeux sont toujours grands ouverts et les muscles du visage sont très tendus.

Lorsque nous rencontrons un nouveau patient et que ce n'est pas à moi de faire le bilan, j'adopte une posture d'observation et j'ai l'habitude de me mettre plus en retrait par rapport à la psychomotricienne. Les patients que nous rencontrons au sein de l'hôpital ont souvent des parcours compliqués, chargés au niveau émotionnel et il peut être difficile pour eux de se confier et de raconter une nouvelle fois leur histoire. Cela peut être encore plus délicat lorsque deux personnes les écoutent. Je laisse donc la psychomotricienne dans une relation duelle avec le patient. Je remarque alors que les patients, pour la plupart, s'accrochent au regard de la psychomotricienne, et me prête peu d'attention, n'étant pas l'interlocutrice principale.

Dans le cas de Mme P., je n'ai pas cette posture habituelle. En effet, après être restée sidérée quelques secondes face à sa désorientation, son regard profond et suppliant m'a fait

rapidement revenir à la réalité de cette chambre d'hôpital et j'ai compris que nous ne serions pas trop de deux pour la contenir et l'envelopper. Je me suis donc placée de l'autre côté du lit par rapport à la psychomotricienne. Durant l'échange que la psychomotricienne mène afin de faire connaissance, Mme P. alterne dans ses regards entre ma maître de stage et moi-même. Compte-tenu de ses troubles cognitifs, Mme P. rencontre des difficultés à reprendre clairement son histoire : l'angoisse prédomine chez cette patiente et vient perturber son attention. Cependant, elle peut montrer ses jambes et les zones douloureuses, à savoir la cuisse droite et le pied gauche. Elle peut dire aussi qu'elle est tombée, elle insiste alors sur le mot « tomber » et j'entends dans la prosodie de sa voix une angoisse plus importante : son ton de voix est très aigu, son souffle est coupé, sa respiration est très rapide et bloquée montrant alors un tonus pneumatique. Durant l'échange, la psychomotricienne tente de rassurer Mme P. Voyant que cette dernière est figée dans sa peur et ne souhaite pas bouger, la psychomotricienne décide de ne pas proposer d'épreuves de bilan.

2.2.2. La sonnette : un objet transitionnel lors de la séparation

Lorsque la psychomotricienne commence à clore l'entretien et dire au revoir, Mme P. la questionne immédiatement sur son prochain passage auprès d'elle. Elle s'agrippe plus fortement à sa main. Comme à chaque fin de séance avec un patient, la psychomotricienne vérifie que le patient ne manque de rien, remet bien la couverture et surtout donne la sonnette d'appel. En la lui donnant, Mme P. lâche alors la main de la psychomotricienne et s'agrippe à cette sonnette, en répétant comme en début de séance : « c'est à moi, c'est à moi ». La peur de l'isolement est aussi majeure chez cette patiente : elle insiste plusieurs fois pour que nous laissions la porte ouverte lorsque nous quittons la pièce, en nous questionnant de nouveau sur notre prochaine venue. Mme P. craint la solitude et la vie bruyante des couloirs de l'hôpital semble la rassurer.

À la suite de cette première rencontre avec Madame P., un suivi psychomoteur est donc indiqué par la psychomotricienne autour d'une réassurance et d'une réadaptation psychomotrice globale pour cette patiente souffrant d'un syndrome de désadaptation psychomotrice.

2.3. Séance autour de l'image du corps et du schéma corporel

2.3.1. Le refus de la station debout

Je revois Mme P. pour la deuxième fois, la semaine suivante, la psychomotricienne a pu la revoir une fois en mon absence. Elle m'a rapporté que Mme P. lui avait de nouveau rapidement agrippé la main. Le manque d'ancrage est donc toujours présent. La psychomotricienne a alors effectué un travail autour du schéma corporel et de la remise en mouvement. Elle a d'abord insisté sur un toucher thérapeutique autour des sensations des membres inférieurs et de la plante des pieds.

Un travail de réassurance du bas du corps est donc proposé par la psychomotricienne à travers le biais de la sensorialité. Mme P. peut ensuite effectuer quelques mouvements au lit à la demande de la psychomotricienne. Cette dernière observe que Mme P. peut participer à la réinstallation dans son lit mais qu'elle refuse encore de se lever. La psychomotricienne remarque que la proximité corporelle est importante pour apaiser cette patiente.

2.3.2. Une posture figée dans la peur de chuter

Lors de la troisième séance de psychomotricité, nous trouvons Mme P. assise dans le fauteuil, normalement destiné aux visiteurs : celui-ci est donc dur et peu confortable. Elle est cette fois-ci habillée, portant un gros pull et une écharpe, ainsi qu'un pantacourt laissant apparaître ses jambes. Mme P. me renvoie la même image que lors de notre première rencontre, elle est très petite en taille et sur ce grand fauteuil, elle le semble encore plus. Avant que l'on entre dans son champ de vision, son regard est perdu dans le vide, sa tête est appuyée sur le haut de la chaise, elle semble tomber en arrière de façon incontrôlée, son bassin est en rétroversion et l'ensemble de son corps en rétropulsion. Je constate aussi que les pieds de Mme P. ne touchent pas le sol : ce manque d'ancrage corporel pourrait venir majorer son angoisse et la sensation de chute, ce qui expliquerait sa posture en rétropulsion et son regard figé. Ses mains sont posées à plat sur la chaise, de chaque côté, mais ses doigts sont légèrement fléchis, comme cramponnés à la surface glissante de la chaise. Mme P. semble lutter contre la chute, et je remarque par son tonus élevé et les traits tirés de son visage, qu'elle semble très angoissée.

Seule dans cette grande chambre d'hôpital, Mme P. semble sans vie, et comme figée dans la peur de chuter. Travailler autour de la remise en mouvement et du réinvestissement

des membres inférieurs permettrait donc de réveiller sa conscience corporelle et ainsi se réapproprier la connaissance de son schéma corporel.

2.3.3. Adopter une posture contenant et rassurante

Lorsqu'elle remarque notre présence, son regard est de nouveau très accrocheur. Nous lui demandons alors si elle se souvient de nous, elle répond d'emblée : « oui, évidemment que je me souviens ». Nous constatons que Mme P., qui a besoin d'une présence permanente et d'un soutien psycho-affectif, comprend que nous sommes là pour son bien-être. Avec ma maître de stage, nous nous accroupissons de chaque côté du fauteuil de Mme P., assurant ainsi un cadre contenant et rassurant. Son regard me touche au moment où elle tourne sa tête vers moi. Elle investit alors tout de suite ma présence contrairement à la plupart des patients de cet hôpital, comme je l'ai expliqué auparavant

Mon positionnement est alors bien différent. Son regard très puissant est une sorte d'appel à l'aide, ou un agrippement via le regard. Elle nous attrape les mains et je me rends tout de suite active dans la séance, n'hésitant pas à la rassurer par des paroles contenant et apaisantes et par l'enveloppement de sa main gauche dans mes mains. Nous respectons un temps de silence en étant simplement présentes avec elle et en communiquant à travers le toucher par nos mains jointes. Nous prenons le temps et nous nous adaptons au rythme de cette patiente. Le toucher me semble alors une alternative intéressante pour entrer en communication avec cette patiente.

2.4. Un dernier élan vers son lit

2.4.1. Prendre le temps et s'adapter au rythme de Madame P.

Mme P. nous paraît ensuite fatiguée : elle laisse tomber sa tête en arrière. Nous lui proposons alors d'aller se coucher dans son lit, ce qu'elle accepte avec des mots de soulagement. Ma maître de stage voit alors ici une opportunité de la faire marcher. Ayant chacune une main en contact avec Mme P., nous lui proposons de se lever en lui assurant notre aide. Nous plaçons chacune un bras autour des épaules de Mme P. afin de lui assurer un cadre contenant et rassurant. Par un soutien verbal, nous l'invitons à se mettre debout. Celle-ci répète plusieurs fois : « attends, attends », sa main agrippe la mienne. Je sens l'appréhension de Mme P. face à la marche et réalise alors le traumatisme que la chute a

provoqué chez elle. Je remarque aussi que le centre de gravité de Mme P. se situe en haut du corps et non au niveau du bassin. Elle place le poids de son corps dans ses épaules et donc dans nos mains et ses jambes me donnent l'impression d'effleurer le sol. Elle n'a donc pas d'ancrage corporel sur le sol et ne sent pas le poids du corps dans ses jambes. En lien avec un centre de gravité au niveau des épaules, j'observe de nouveau un tonus pneumatique, qui montre l'angoisse prédominante chez cette patiente.

2.4.2. *Appréhender, s'appuyer, se lever*

Ayant atteint la verticalité, Madame P. est effrayée et nous demande de se rasseoir. Le passage immédiat à la verticalité a sans doute été trop brutal : Mme P. semble souffrir d'une hypotension orthostatique ou alors elle éprouve une peur face à la chute qui lui donne le vertige. Face à cette anxiété majeure, nous proposons à Mme P. la chaise en prenant le temps de la rassurer, de l'encourager et surtout de la féliciter de cette première étape franchie du passage à la station debout. Mme P. ne semble pas comprendre pourquoi nous la félicitons, plusieurs fois elle nous questionne : « c'est bien ? pourquoi tu dis très bien ? » Je comprends alors que Mme P. n'a plus aucune confiance en ses capacités et que nous sommes obligées de justifier nos propos et de lui montrer ce qui est positif chez elle.

2.4.3. *Le toucher pour redonner vie au corps et marcher*

Alors que Mme P. est assise sur la chaise, ma maître de stage se place devant elle et commence à lui frictionner les jambes. Cette friction des jambes vise à pousser Mme P. à réinvestir le bas du corps. En effet, les membres inférieurs ayant lâché lors de la chute, nous observons un vrai clivage entre le haut et le bas du corps chez cette patiente : le bas est désinvesti et il ne peut plus porter le reste du corps. J'observe alors un réel soulagement chez Mme P. Sa respiration devient plus lente, sa tête se repose vers l'arrière et ses mots sont bien significatifs d'un réel apaisement. Son tonus s'apaise ce qui peut l'aider à se retrouver dans l'enroulement des épaules. En effet, le corps de Mme P. n'est plus en extension. Elle peut bouger, elle paraît moins figée dans la peur de tomber. Par ce toucher dynamisant, les jambes de Mme P. semblent reprendre vie.

Alors que Madame P. évoque de nouveau l'envie d'aller dans son lit, nous lui proposons de nouveau de marcher pour aller s'y allonger. Nous reprenons les mêmes positions et accentuons les paroles valorisantes et rassurantes. Ce bain de paroles nous permet de construire une enveloppe sonore autour de la patiente, renforcée par une enveloppe corporelle assurée par notre posture. Ces paroles prennent alors un rythme, calé sur les pas de Mme P. et sur sa respiration. Nous formons par notre posture et la position de nos bras une sorte de « coquille » entourant la patiente.

Au fur et à mesure, la marche devient de plus en plus fluide, Madame P. suit du regard ses pas. Lorsque nous arrivons au bord du lit, elle pousse un cri de soulagement et se couche, les jambes automatiquement recroquevillées contre son corps, comme en position fœtale ; elle apparaît alors encore plus petite dans ce grand lit. Elle allonge finalement les

jambes toutes droites, comme si elles étaient sans vie et détachées de ce corps. Ces deux images paradoxales m'interrogent : Madame P. renvoie à la fois cette image d'un enfant qu'il faudrait rassurer et à la fois celle d'un corps clivé dû à ce désinvestissement corporel qui est prégnant. Pendant que la psychomotricienne aide Madame P. à s'installer au lit, cette dernière ne me lâche pas la main. De nouveau je m'interroge sur le sens de cet agrippement, qui semble prégnant à chaque séance, sans aucune évolution.

2.5.Le toucher thérapeutique

2.5.1. *Vécu d'un corps plaisir*

Après ce temps de marche jusqu'au lit, Mme P. est allongée, tenant toujours fermement la main de la psychomotricienne qui se tient à sa gauche au niveau de son visage. Je suis de l'autre côté du lit, au niveau du bassin de la patiente, tenant sa main droite. Je me place plus en retrait à ce moment-là afin de donner à la patiente un point de repère fixe, à savoir la psychomotricienne. Au bout de quelques secondes, Mme P. tourne son visage vers moi et demande explicitement par la parole qu'on lui frictionne les jambes. Je suis étonnée de cette demande si claire et précise chez cette patiente atteinte de troubles cognitifs avec qui la communication est parfois très compliquée. Elle semble pleinement présente dans le réel et peut même m'exprimer son besoin. Cette absence de troubles cognitifs à cet instant m'interroge car elle est liée à son évolution motrice et à la réduction de son appréhension face à la marche.

Je m'exécute donc en commençant par les jambes avec un toucher de friction plutôt dynamisant. Mon objectif est d'abord de réchauffer cette partie du corps froid car c'est la seule qui est à l'air libre. Je commence par le pied droit et je remonte le long de la jambe. Je viens ensuite toucher la jambe gauche. J'opte pour un toucher enveloppant en effectuant un contact avec mes paumes de mains. Mon toucher se veut aussi stimulant au niveau sensoriel afin d'aider cette dame à réinvestir ses jambes. Je frictionne et effectue des pressions profondes. Je prends aussi le temps de nommer quelle partie de la jambe je touche afin d'accompagner mon toucher d'une enveloppe verbale et de répondre à mon objectif de base qui est un travail autour du schéma corporel.

Pendant ce toucher, la patiente tient toujours la main de la psychomotricienne et elle lui parle en même temps, en exprimant le plaisir et la sensation de douceur et de calme qui s'installe dans son corps grâce à ce toucher. Elle répète plusieurs fois : « c'est bien, c'est

bien ». Alors qu'elle avait désinvesti cette partie du corps, alors que celle-ci n'était plus du tout stimulée depuis un certain temps, je vois que Mme P. ressent une sensation agréable provenant des membres inférieurs qui ont causé sa chute. Ce toucher semble réunir l'ensemble de son corps.

2.5.2. Le rôle de la psychomotricité éclairé par Madame P.

Mme P a ensuite dit une phrase qui m'a poussée à écrire mon mémoire sur elle car elle m'a fait réaliser l'importance de la psychomotricité au sein du milieu hospitalier. Alors que j'effectuais ce temps de toucher thérapeutique, elle parlait de moi à ma maître de stage en disant : « C'est quoi son métier ? C'est bien ce qu'elle fait ? Elle n'est pas kiné, elle fait quoi ? » Je suis d'abord touchée par cette phrase parce qu'elle valorise le travail que je suis en train de réaliser. Je suis ensuite étonnée par cette dame qui, malgré ses troubles cognitifs, réussit à parler de moi à quelqu'un d'autre, en exprimant ce qu'autrui lui procure. L'attention autour de ses sensations corporelles et l'enveloppe contenante et rassurante ont-elles réduit sa désorientation ? Le syndrome post-chute semble avoir évolué mais le manque d'ancrage et le besoin de contact est toujours bien présent. Cela me semble donc un objectif psychomoteur intéressant pour la poursuite de la prise en charge.

2.5.3. Se dire au revoir

Après ce temps de toucher thérapeutique, vient le temps de quitter la patiente. Nous concluons alors la séance en recouvrant les jambes de la patiente de la couverture afin de garder la chaleur et la contenance procurée par le toucher. Nous donnons à la patiente la sonnette d'appel qu'elle agrippe de nouveau. Nous lui disons au revoir et alors que nous sommes prêtes à quitter la pièce, elle nous questionne pour savoir quand nous reviendrons, en insistant sur une venue proche : « tu reviens bientôt ? ». Elle insiste sur le fait de dire à bientôt et non au revoir. En effet, dans le terme à bientôt, on montre son désir de revoir la personne prochainement.

Malheureusement, cet « à bientôt » avec Mme P. était bien un au revoir. Avant que je ne revienne la semaine suivante à l'hôpital, Mme P. est partie en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). J'ai donc vécu deux séances avec elle : ce fut une prise en charge très riche qui m'a fait réaliser l'importance des psychomotriciens au sein de l'équipe des rééducateurs. En effet, avant de retrouver les capacités fonctionnelles, il faut apprendre à apprécier son corps, à lui faire confiance. Pour

cela il faut le connaître, le sentir. Au cours de ses trois séances de psychomotricité, Mme P. a pu vivre des expériences sensori-motrices qui ont redonné vie à son corps et à sa représentation corporelle.

Ainsi, en prenant le temps de proposer un cadre contenant et rassurant à Mme P., en redonnant une place à son corps, désinvesti après la chute, par le toucher thérapeutique, Mme P. a su avoir confiance en ses capacités motrices, elle a su s'appuyer sur l'environnement pour acquérir la position debout et marcher pas à pas, à son rythme.

3. Mme S. : prendre appui pour marcher

3.1. Présentation de Mme S.

3.1.1. Anamnèse de Mme S. et arrivée à l'hôpital

Une deuxième patiente rencontrée en service de neurologie a retenu mon attention. Il s'agit de Mme S. que je nommerai ainsi par souci de confidentialité. Je vais retracer l'histoire de Mme S. à partir d'informations tirées de son dossier médical. Mme S. est âgée de 78 ans, elle vit seule dans son appartement. Son mari est décédé il y a sept ans, dans cet hôpital, au même étage où elle est actuellement hospitalisée. Elle a deux enfants, des petits-enfants et des arrière-petits-enfants. Mme S. a travaillé dans l'administration. Depuis sa mise en retraite, elle mène une vie très active : elle a de nombreux loisirs et voit beaucoup d'amis. Sur le plan cognitif, Mme S. ne présente aucun déficit.

Mme S. est hospitalisée en service de neurologie pour un syndrome vertigineux, en janvier 2023. Les médecins pensent à une lésion tumorale dont l'origine serait située sur une autre partie du corps. Au début de son hospitalisation, Mme S. est donc soumise à de nombreux bilans tels qu'une ponction cérébrale, une mammographie, un scanner, des consultations dermatologiques et ophtalmologiques. Ces bilans font finalement découvrir une lésion du pédoncule cérébelleux, qui est la partie reliant le cerveau au cervelet. Après concertation médicale, il est constaté une impossibilité à réaliser une biopsie. La mise en place d'une corticothérapie, à savoir une prise de corticoïdes à effet anti-inflammatoire, permet alors une amélioration symptomatique. L'hypothèse d'une lésion d'origine inflammatoire est retenue, sans que l'hypothèse d'une lésion tumorale ou d'un lymphome ne soit éliminée.

Une demande de prise en charge psychomotrice est demandée par les médecins pour tenter de contrer les troubles de l'équilibre dont souffre Mme S. Nous rencontrons donc Mme S. quelques jours après le début de son hospitalisation pour un bilan psychomoteur global. La psychomotricienne la rencontrera trois fois par semaine durant toute son hospitalisation, tandis que je la verrai une fois par semaine, accompagnée de la psychomotricienne.

3.1.2. Première rencontre avec Mme S.

Nous rencontrons Mme S. pour la première fois dans sa chambre d'hôpital, avec la psychomotricienne. Mme S. a les cheveux teints, de couleur blonde, elle a la peau légèrement bronzée, elle est grande en taille et assez fine. Elle porte une blouse d'hôpital, à moitié cachée sous la couverture. Lorsque nous entrons dans sa chambre, elle est allongée sur son lit et semble souffrir de ses vertiges. Elle a les yeux fermés et je remarque l'inconfort sur les traits de son visage. Elle respire fort, sans doute pour tenter de réduire les nausées.

En nous entendant entrer, elle peut nous dire bonjour et nous regarder en ouvrant les yeux. Nous nous approchons de chaque côté du lit pour faire connaissance avec Mme S. mais son état nauséux perturbe l'entretien. La position semi-allongée dans le lit et la fermeture des yeux semblent le plus adapté pour réduire les vertiges. Cependant, je remarque que Mme S. est à l'aise dans la relation, elle peut reprendre son histoire sans difficulté. Elle décrit précisément ses symptômes qui s'aggravent. Nous poursuivons donc l'entretien par une évaluation psychomotrice.

Mme S. est droitrière en inné et en usuel. Nous notons une baisse de la force musculaire du membre supérieur droit. Les coordinations sont donc plus fluides au niveau du membre supérieur gauche. Mme S. a conscience de son déficit au niveau de l'hémicorps droit et elle peut compenser avec sa main gauche lors d'activités bimanuelles. Au niveau du tonus, nous n'observons pas de troubles : Mme S. a des difficultés à se relâcher mais elle peut s'adapter et nous mettons cela sur un plan tonico-émotionnel. Au niveau des gestes pratiques, nous notons une mauvaise orientation du corps dans l'espace pour les gestes abstraits et une assimilation du corps à l'objet pour les mimes d'action. Mme S. ne présente pas de troubles du schéma corporel. Au niveau de l'équilibre, Mme S. peut se mettre assise au bord du lit : elle peut nous dire que les vertiges augmentent lors des changements de position et nous remarquons qu'elle a des difficultés à maintenir son axe, s'inclinant vers la droite. Elle peut se mettre debout avec aide. La fermeture des yeux et les appuis plantaires peuvent réduire ses vertiges.

À la suite de ce bilan, nous décidons d'axer le projet en psychomotricité autour de l'équilibre, notamment dans la gestion des nausées et la tenue de l'axe corporel. Compte-tenu de ses troubles de l'équilibre qui impactent son quotidien et des nombreux examens qu'elle doit effectuer pour chercher l'origine de son cancer, nous décidons d'axer la prise en charge sur l'équilibre, notamment dans la gestion des nausées et la tenue de l'axe corporel, puis sur la régulation tonico-émotionnelle et ne pas travailler en priorité les troubles praxiques.

La psychomotricienne a pu revoir cette patiente deux fois avant que je la revoie une deuxième fois, elle peut me dire que son état s'aggrave : les nausées se font plus importantes et Mme S. est dans l'inquiétude de l'attente des résultats d'examens. Malgré son dynamisme dans le soin psychomoteur, Mme S. est très fatiguée et ne peut se mettre en mouvement.

3.2. Trouver les appuis corporels pour faire face au déséquilibre

3.2.1. *Un corps clivé*

Lorsque je revois Mme S. pour la seconde fois, la semaine suivante, elle est en bien meilleure forme, malgré des malaises et des nausées toujours présents. Elle peut se souvenir de nous. Elle nous dit être motivée pour se remobiliser et marcher, malgré une grande fatigue. Je suis étonnée de ce changement d'état de la patiente et impressionnée par le dynamisme dont Mme S. fait preuve. En effet, elle montre, par son comportement et ses paroles, un grand élan vital et une volonté de continuer à vivre comme avant. Mme S. se sentant mieux, nous lui proposons de se mettre assise au bord du lit. La psychomotricienne se place donc en face de la patiente afin de fixer son regard dans le sien pour réduire les vertiges. J'observe un niveau tonique élevé : les épaules de Mme S. sont relevées, sa respiration est bloquée en tonus pneumatique, ses mains se cramponnent au drap de son lit : est-ce pour lutter contre cette sensation de corps vacillant ? Compte-tenu de ses nausées, Mme S. est souvent prise de hauts-le-cœur, qui entrecoupent sa respiration. Mme S. a toujours des difficultés à tenir son axe, son buste s'inclinant vers la droite. L'inconfort étant prégnant, nous proposons à Mme S. de s'allonger à nouveau. Lors de cette séance, l'envie de vomir est encore trop importante pour se mettre debout et marcher. Je remarque un désinvestissement des membres inférieurs qui ne sont plus utilisés. Les jambes de Mme S. sont étendues sur le matelas sans mouvement, contrairement au haut du corps qui est dans une sorte de mouvements incessants et répétitifs à cause de l'inconfort des vertiges.

3.2.2. Stimuler la sensibilité plantaire

La psychomotricienne peut me rapporter que lors des séances en mon absence, elle travaille avec Mme S. assise au bord du lit. Elle lui propose des temps d'attention au corps, en invitant la patiente à concentrer son attention au niveau des appuis plantaires. La psychomotricienne maintient le regard avec Mme S. pour réduire au maximum les vertiges. Elle lui propose aussi de taper sur le sol avec ses pieds, de s'appuyer sur la pointe, puis sur les talons. Elle peut ensuite passer une balle à picot sous les pieds de Mme S. afin de faire travailler le plus possible les récepteurs sensoriels de cette partie du corps, qui ne fonctionnent plus depuis plusieurs semaines à cause de son immobilisation. Ce temps procure des sensations agréables à Mme S. dont le niveau tonique baisse petit à petit.

3.2.3. L'axe corporel pour s'ériger et s'équilibrer

Nous travaillons ensuite autour de la conscience de l'axe corporel : lors de notre troisième séance ensemble, je passe une balle à picot sur le dos de Mme S., en insistant particulièrement sur la colonne vertébrale. Tout de suite, Mme S. peut se redresser et se maintenir dans l'axe, face à la psychomotricienne. Durant ce temps, j'observe aussi un relâchement tonique : ses épaules s'abaissent, sa respiration se fait plus lente et ses doigts ne sont plus fléchis.

Après quelques séances autour de l'axe corporel et des appuis, Mme S. peut se mettre debout. Elle a toujours besoin d'un temps d'adaptation entre les changements de position pour respirer profondément, placer son regard sur un point fixe et lutter ainsi contre la nausée. La psychomotricienne l'accompagne alors d'un bain de paroles et la rassure par une main dans le dos et par son regard. La marche dans le couloir est aussi possible avec le déambulateur : j'observe que Mme S. a tendance à réduire son polygone de sustentation, augmentant alors son déséquilibre. Elle a besoin d'une proximité corporelle avec la psychomotricienne pour être rassurée et pour lui rappeler de prendre appui sur son côté gauche, ce qu'elle ne fait pas spontanément. Elle respire fort et regarde droit devant elle pour tenter de lutter contre le déséquilibre, répétant : « Il le faut, aller ». La volonté de Mme S. semble l'aider à retrouver ses capacités.

3.3. Séance seule avec Mme S. : prendre soin de son corps

Alors que Mme S. doit partir en SSR dans quelques jours, la psychomotricienne me propose d'effectuer la séance, seule avec la patiente.

3.3.1. Féliciter et rassurer

Lorsque j'arrive dans sa chambre, Mme S. est assise dans son lit, le fauteuil un peu relevé, en train d'écouter la radio. Elle est cette fois-ci habillée, ce qui montre chez les patients hospitalisés une nette amélioration de leur état. Elle me sourit quand je rentre et peut me reconnaître. Elle semble heureuse de ma venue, elle apprécie particulièrement le travail en psychomotricité. Je prends le temps de m'asseoir à côté d'elle pour prendre de ses nouvelles. Elle me dit alors aller mieux, avoir moins de vertiges, me confiant qu'elle peut maintenant se déplacer dans sa chambre à l'aide du déambulateur et qu'elle peut faire sa toilette toute seule. Je perçois dans l'illumination de son visage et dans la prosodie de sa voix, la joie que lui procurent ses progrès. Elle gagne en autonomie et évolue rapidement dans le travail de rééducation, ce qui est très important pour cette patiente pleine de volonté et d'espoir, qui se raccroche à ses dernières capacités pour ne pas sombrer face à tous ses soucis de santé. Je la félicite donc et par des paroles contenant et rassurantes, je l'invite à poursuivre ces progrès de la vie quotidienne.

3.3.2. Prendre conscience de son axe

Après ce temps d'échange, je propose à Mme S. de s'asseoir au bord du lit afin de reprendre petit à petit la station assise. Je me place tout de suite en face d'elle en plaçant mes mains de chaque côté de ses genoux afin de maintenir un cadre contenant et rassurant. Je l'invite ensuite à se concentrer sur ses différents systèmes d'équilibration. Je concentre son attention au niveau de ses appuis plantaires en l'invitant à poser ses pieds en contact avec le sol. J'insiste alors par un soutien verbal sur les sensations procurées par ce contact des pieds sur le sol. Je l'invite ensuite à me regarder dans les yeux, lui donnant ainsi un repère fixe et stable afin de réduire ses vertiges, en favorisant la tenue de l'axe. Cet échange de regard me permet aussi de voir l'état dans lequel se trouve Mme S. et de m'adapter à son rythme pour éviter les nausées dans un changement de position trop rapide. Je propose à Mme S. de faire des inspirations et des expirations lentes et profondes en cas de nausées. Mme S. n'hésite pas à fermer les yeux quand les nausées sont trop fortes. Elle semble bien savoir gérer ses vertiges.

Par la suite, je lui propose un temps d'éveil corporel afin de dynamiser ce corps qui est resté longtemps allongé. Pour cela, je lui propose de faire rouler une balle à picot sur l'ensemble de son corps. Je viens ensuite me placer à côté d'elle afin de passer cette balle à picot dans son dos, en insistant particulièrement sur la colonne vertébrale afin de donner à Mme S. conscience de son axe corporel. Mme S. apprécie ce temps et me répète plusieurs fois combien elle trouve cela agréable. Je note aussi un changement dans sa posture : Mme S. se redresse pour se tenir droite, elle réajuste la tenue de son axe pour éviter de chuter vers moi, son regard est fixe car elle est concentrée sur les ressentis du dos.

3.3.3. Marcher à son rythme

Mme S. m'ayant parlé de ses évolutions au niveau de la marche, je lui propose de sortir marcher dans le couloir avec son déambulateur, ce qu'elle accepte avec joie. Je me place au début à côté d'elle afin de l'inciter par ma présence et par mes paroles à regarder devant elle et à redresser la tête pour tenir son axe. Mme S. a besoin d'être beaucoup soutenue et rassurée et elle me demande explicitement que je reste proche d'elle, même si elle réussit à marcher seule avec son déambulateur, sans avoir besoin de la soutenir physiquement. La marche est beaucoup plus fluide que lors des autres séances, il y a un bon déroulé du pas et un bon maintien de la trajectoire. Je m'assure que Mme S. est bien en mesure de continuer. J'entends dans sa voix qu'elle tente de maîtriser les vertiges : elle fait de grandes expirations, son ton de voix est assez faible et essoufflé. Je vois que cette marche dans le couloir lui demande des efforts et lui provoque surtout des sensations désagréables. Cependant, elle veut continuer, essayant de faire face à ses difficultés.

Je la félicite donc plusieurs fois pour l'amélioration de sa marche, ce qu'elle semble bien apprécier. Je continue de l'encourager, en lui rappelant que nous allons à son rythme et qu'elle n'hésite pas à me dire si elle veut s'arrêter ou s'asseoir. Mme S. me dit qu'elle se sent prête à aller jusqu'à la fenêtre qui se trouve au bout du couloir, à une vingtaine de mètres de nous. Nous poursuivons donc notre marche sur plusieurs mètres mais avant que nous ayons atteint la fenêtre, Mme S. me demande de s'asseoir car elle se sent fatiguée et les nausées deviennent trop importantes. Je l'invite donc à s'asseoir sur son déambulateur, en veillant à ce qu'elle maintienne une posture stable avec une tenue de l'axe et des appuis plantaires.

Mme S. semble déçue de cet arrêt plus rapide que prévu. Elle peut d'ailleurs me dire : « J'ai parlé trop vite, je ne peux pas marcher plus ». Par des paroles contenant et

valorisantes, je la rassure en lui expliquant qu'il est préférable d'écouter ses limites corporelles. Sa capacité à me dire qu'elle a besoin de s'asseoir me semble aussi un point positif pour un retour possible à domicile. Après cette pause au milieu du couloir, nous retournons dans sa chambre. Je remarque alors que la marche de Mme S. a de nouveau gagné en fluidité et en rapidité. Le repos, même très court, semble donc être bénéfique. Je fais remarquer cette évolution à Mme S., lui montrant donc l'importance de s'écouter et d'aller à son rythme dans cette rééducation. Mme S. peut me partager qu'elle est très heureuse de cette progression, elle sourit.

3.3.4. Le toucher massage des membres inférieurs

Pour terminer la séance, je lui propose un temps de toucher-massage. L'objectif est de permettre à la patiente d'accéder au bien-être après l'effort de la marche. La patiente peut me partager que l'hospitalisation a été très dure avec l'annonce de plusieurs diagnostics de cancer et qu'il est important pour elle de s'accorder cette parenthèse. Je choisis le massage pour axer ce temps autour du réinvestissement des membres inférieurs par un toucher dynamique.

J'invite alors Mme S. à s'installer confortablement sur le matelas, pendant que je ferme des volets de sa chambre et prends une huile de massage. Mme S. retire son jogging afin de faciliter le massage des jambes et elle s'installe en décubitus dorsal, les bras le long du corps, les paumes de mains contre le matelas. Ses jambes sont étendues, ses pieds légèrement relevés, montrant une certaine tonicité toujours présente au niveau des membres inférieurs. De mon côté, je prends le temps de m'installer en m'asseyant sur une chaise, en respirant profondément afin de faire redescendre mon tonus, de poser ma voix et d'être ainsi pleinement disponible pour Mme S. et de l'amener à un certain apaisement via le dialogue tonique.

J'invite Mme S. à prendre conscience de l'endroit dans lequel elle se trouve, puis à fermer les yeux si elle le souhaite. Par mes mots, je l'incite à se concentrer sur le rythme de sa respiration qui devient de plus en plus lente et de plus en plus profonde. Je fais ensuite un scan corporel en nommant chaque partie du corps, en commençant par la tête et en finissant par les jambes et les pieds. Ce scan corporel vise à donner à Mme S. conscience d'un corps unifié.

Je me lève alors de ma chaise en informant Mme S. que je vais masser son pied gauche. Je commence par les pieds afin d'insister sur les sensations de la voûte plantaire. J'effectue un toucher dynamique, mais aussi enveloppant et contenant, en englobant dans

mes mains tout le pied. Je masse ensuite la jambe gauche, en remontant jusqu'à la cuisse. Tout en massant, je reste concentrée sur l'ensemble des micromouvements que me renvoie Mme S. Je note alors que son tonus s'apaise au niveau des jambes, puisque les pieds de Mme S. s'inclinent latéralement sur le matelas. Sa respiration est aussi plus lente. Après le massage du membre inférieur gauche, je masse le membre inférieur droit. Puis, je termine par un toucher plus doux, globalisant des deux jambes, donnant ainsi cette sensation de symétrie et donc de corps unifié.

Alors que je termine le massage, trois coups se font entendre sur la porte. Avant que je n'aie le temps de réagir, l'interne du service ouvre rapidement la porte. Mme S. ouvre alors les yeux, surprise par le bruit. L'interne, me voyant, referme la porte. Contrairement à ce que je pensais, Mme S. ne semble pas perturbée par cette intrusion, au contraire, elle semble pleinement confiante. Elle referme les yeux et s'autorise alors à parler. Elle exprime son ressenti et le plaisir qu'elle éprouve pendant les massages : « C'est bien, c'est tellement agréable ». Ses paroles sont accompagnées d'expirations profondes, montrant un apaisement et un relâchement tonique.

Après ce temps de toucher massage, puis de toucher globalisant, je me rassieds sur la chaise à côté du lit de Mme S. Je l'invite à se concentrer sur l'ensemble de ses sensations actuelles des pieds jusqu'à la tête et je lui propose d'ouvrir les yeux quand elle se sent prête. Lors de l'échange après ce temps de relaxation, Mme S. semble véritablement apaisée et soulagée du poids de sa souffrance physique et psychique qu'elle endure depuis le début de l'hospitalisation. Elle me remercie plusieurs fois pour ce temps qu'elle me qualifie de « hors du temps ». Elle peine à trouver les mots justes pour qualifier l'état dans lequel elle se trouve à cet instant. Ces séances de psychomotricité sont en effet de rares moments de son hospitalisation où son corps n'est pas vécu comme douloureux, malade, mortel, mais au contraire, il est touché, regardé, considéré. Ces séances visent à offrir à Mme S. un temps de bien-être, ce qui est rare pour elle puisqu'elle doit passer plusieurs examens de différentes parties du corps.

Je finis la séance en concluant cette prise en charge psychomotrice. Je félicite alors Mme S. pour tous ses progrès et lui dis de garder cet élan vital et ce courage qui lui ont permis de garder espoir et de récupérer ses capacités motrices. De nouveau, elle me remercie, tentant d'exprimer toute sa gratitude et elle finit par dire comme une manière de me souhaiter bonne chance pour le diplôme : « Continuez ce dans quoi vous êtes bonne ! » Cette phrase m'a beaucoup touchée et elle m'a surtout fait réaliser que le plaisir corporel

que Mme S. avait ressenti au cours des séances, avait permis de lui redonner confiance en ses capacités corporelles et de la faire passer du lit à la marche.

Mme S. a ensuite été transférée en SSR pour une prise en charge rééducative. Depuis son transfert, elle présente une poursuite de l'amélioration clinique : elle peut marcher sans aide dans la chambre et avec un déambulateur dans le couloir. Il persiste cependant une sensation vertigineuse aux changements de position mais il n'y a plus de nausées et de vomissements.

Cette prise en charge psychomotrice m'a fait réaliser la force de la volonté du patient dans le soin et dans la relation thérapeutique. En effet, Mme S. nous a fait confiance et s'est saisie du soin psychomoteur comme un moyen de retrouver son corps comme lui appartenant et non plus comme un corps malade la trahissant. En prenant conscience de ses appuis corporels au niveau des pieds, du regard et de la respiration, Mme S. s'est petit-à-petit réappropriée son corps et ses capacités corporelles. Le toucher massage lui a aussi permis de vivre la sensation d'un corps unifié, tout en redynamisant ses membres inférieurs.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

1. Construction de l'identité dans le développement psychomoteur

Lorsqu'on tente de définir le concept d'identité, on peut constater que beaucoup d'écrivains s'y sont intéressés. D'après le Larousse, il peut se définir comme le « caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité » (Larousse, s.d.). Avoir une identité propre à soi, implique donc d'évoluer dans un processus d'individuation.

1.1. Construction identitaire : de l'individuation au sentiment d'identité

1.1.1. Se différencier d'autrui

Le Breton (2011) explique que le processus d'individuation se construit tout au long du développement psychomoteur de l'enfant grâce à plusieurs facteurs. Il s'effectue à travers notre corps et notre peau particulièrement qui assure une limite avec le monde extérieur. En effet, « Le corps est l'interface [...] entre soi et l'autre, entre le dedans et le dehors » (Le Breton, 2011). Il s'effectue aussi au cours de notre verticalisation à travers l'appui autour de l'axe psychomoteur. En effet, « l'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation [...] Il fait de l'organisme un lieu habité » (Bullinger, 1998, p. 34). Les réponses de l'environnement aux demandes du bébé lui permettent aussi de construire une représentation de ce qui vient de lui ou de l'extérieur, lui permettant aussi de construire son individuation (Houzel, 2016).

Ainsi par l'individuation, la personne construit son identité et accepte d'être soi, différente des autres. Elle construit ainsi, son identité propre par rapport à celle des autres (Maintier, 2011).

1.1.2. Qu'est-ce que l'identité ?

D'après son étymologie latine, le terme identité vient de *identitas*, qui signifie ce qui est le même. Le terme identité est tout d'abord utilisé en logique et en métaphysique avec Aristote pour caractériser deux entités semblables (Russ, 1991). Si l'on considère l'identité d'une personne d'après autrui, l'identité est « un ensemble de caractéristiques permettant d'identifier une entité » (Juskenaitė et al., 2016, p. 261). Parmi ces caractéristiques se distinguent l'identité personnelle, à savoir les caractéristiques psychiques d'une personne

qui se traduisent à travers son comportement, son caractère et l'identité sociale qui constitue l'ensemble des caractéristiques visibles par les autres et dont la personne a conscience grâce à la représentation qu'elle a d'elle-même (Juskenaite et al., 2016). Notre corps, à savoir la façon dont nous sommes visibles par les autres, est donc « le siège de notre identité » (Le Breton, 2011, p. 34). C'est grâce à nos caractéristiques corporelles que nous sommes différenciés d'autrui, que nous sommes identifiés (Le Breton, 2011).

Selon le philosophe, Leibniz, « l'avenir de chaque substance a une parfaite liaison avec le passé. C'est ce qui fait l'identité de l'individu » (Russ, 1991, p. 132). Ainsi, selon lui, avoir une identité c'est de rester identique malgré le passage du temps.

1.1.3. Une identité infallible au passage du temps ?

D'un point de vue psychologique, l'identité peut se définir comme « l'unité de la personnalité demeurant semblable à elle-même dans le temps » (Russ, 1991, p. 132). En effet, on parle du sentiment d'identité, défini comme : « le ressenti qu'expérimente un être humain d'être la même personne à travers le temps » (Juskenaite et al., 2016, p. 263). Ainsi, la dimension temporo-spatiale semble importante car malgré l'évolution du temps, les changements d'espace, la personne a le sentiment d'être toujours la même. Ce sentiment d'identité se manifeste par un sentiment de ressentir son corps comme propre à soi à travers les différents sens évoqués plus haut et par la croyance d'être celui qui agit, qui effectue l'action avec son corps (Juskenaite et al., 2016).

Ce sentiment d'identité infallible au passage du temps et aux changements d'espace se construit grâce au sentiment de continuité d'existence dont parle Winnicott (Houzel, 2016). Il constitue l'impression d'être dans le monde, de façon continue sans interruption grâce aux soins de la mère qui sont adaptés à ses demandes et qui lui donnent un sentiment d'unité. Ce sentiment de continuité d'existence est la base du processus d'individuation de l'enfant qui passe par plusieurs étapes : la dépendance totale à l'environnement, la dépendance partielle et l'indépendance qui aboutit à l'individuation (Houzel, 2016).

1.2. Se construire soi, debout dans son corps

L'identité est donc l'aboutissement de la différenciation d'autrui et de la construction d'une représentation de soi. Cette construction identitaire s'effectue au cours du développement psychomoteur durant l'enfance. Nous allons reprendre les différentes étapes qui nous conduisent à une représentation de soi.

1.2.1. Entre schéma corporel et image du corps : se représenter

La représentation de soi est perçue de deux manières chez l'individu, avec le schéma corporel et l'image du corps. Le concept du schéma corporel est le fruit d'une longue progression conceptuelle sur la question de la perception et de l'intégration du corps. Tout d'abord, Peisse aborde la notion de cœnesthésie qu'il définit comme « un sens interne particuliers qui nous avertit sans discontinuité ni rémission de la présence et de l'existence actuelle de notre corps » (Peisse, 1844 cité par Reinhardt, 1990, p. 19). Puis, deux neurologues anglais, Head et Holmes font naître la notion de « schéma postural » définie comme « les mécanismes physiologiques sous-jacents à la prise de conscience des mouvements et des postures » (Meurin, 2018a, p. 42). Cette notion s'appuie sur les afférences sensorielles et proprioceptives de notre corps dans une dimension temporo-spatiale. Henri Wallon propose aussi une connotation plus ouverte et dynamique de cette notion de schéma corporel, qui « se constitue selon les besoins de l'activité. Ce n'est pas une donnée initiale ni une entité biologique ou psychique. C'est le résultat et la condition de justes rapports entre l'individu et le milieu » (Wallon, 1976 cité par Meurin, 2018a, p. 47). Le concept de schéma corporel a donc fait divergence au sein des auteurs et montre bien qu'il y a un aspect neurologique, psychologique et psychodynamique dans la construction de la représentation du corps.

Shilder apporte une synthèse du modèle neurologique de Head et Holmes et du modèle psychanalytique du corps, en abordant la notion « d'image du corps » (Shilder, 1935 cité par Meurin, 2018a, p. 49). Il définit cette notion comme « l'image de notre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes » (Shilder, 1935 cité par Meurin, 2018a, p. 50). Ce reflet de soi proviendrait de nos « expériences relationnelles [...] valorisantes ou dévalorisantes [...] [qui] se manifestent comme une symbolisation des variations de perception du schéma corporel » (Dolto, 1984, p. 37).

Ces deux notions de schéma corporel et image du corps sont donc essentielles pour avoir une représentation de son corps : « C'est par notre image du corps portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui » (Dolto, 1984, p. 23). Cependant ces deux concepts sont à distinguer : il y a une différence significative entre le schéma corporel qui est le même pour l'ensemble des individus de

l'espèce humaine et l'image du corps qui diffère selon l'histoire de la personne, ses émotions et ses relations avec l'environnement (Dolto, 1984).

Comme le décrivent Forestier et Picaud (2018), le schéma corporel se construit à partir de toutes les expériences sensori-motrices. Au début de la vie, le bébé ne distingue pas ce qui provient de son corps et ce qui vient d'extérieur à lui. Ses sensations vont l'aider à percevoir de différentes façons son corps. Par la vue, l'enfant va découvrir ses mains et ses jambes, en les ramenant au centre, devant ses yeux. Par l'ouïe, il va pouvoir orienter son corps dans l'espace, en tournant la tête vers le son entendu. Par le toucher, il va découvrir une certaine réassurance notamment dans le soin du peau à peau avec ses parents mais aussi une première représentation de son corps dans sa façon d'être porté, ainsi qu'une connaissance de son enveloppe corporelle. Enfin, au fur et à mesure de la maturation cérébrale, l'enfant va être doté du sens proprioceptif qui permet d'avoir une connaissance de la position du corps dans l'espace, grâce à des récepteurs présents dans les muscles, les os et les articulations. Les différentes expériences motrices du bébé participent aussi à la construction de la représentation de soi. En effet, le bébé gagne en autonomie en se déplaçant dans l'espace et peut ainsi investir l'espace et donc découvrir son corps d'une autre manière (Forestier & Picaud, 2018). Ainsi le schéma corporel évolue dans une dimension temporo-spatiale à partir des expérimentations de la personne, tandis que l'image du corps se construit de façon inconsciente à partir des interactions avec l'environnement, tout en étant présente et évolutive (Dolto, 1984). Cette construction d'une représentation de soi s'effectue donc selon les expériences sensori-motrices, notamment lors d'un passage à la verticalisation qui s'effectue grâce au redressement de l'axe psychomoteur.

1.2.2. Redressement de l'axe psychomoteur pour se tenir debout

Le processus de construction de l'axe corporel implique une double dimension, à la fois anatomique avec le redressement de la colonne vertébrale et à la fois psychique avec la capacité de l'enfant à se découvrir lui, et lui dans son environnement (Meurin, 2018b). Tout au long du développement psychomoteur, l'axe psychomoteur s'érige. Cependant, la tenue de l'axe suppose tout d'abord de le découvrir au niveau sensori-moteur, à travers les différentes expériences posturales (Bullinger, 1998). « À la naissance, le bébé dispose de quelques postures qui constituent son répertoire de base, [...] des états d'équilibre autour duquel le bébé s'organise. [...] Le bébé est comme enroulé sur lui-même » (1998, p. 29). En effet, le mécanisme de l'enroulement est la première étape pour rassembler les membres

autour de l'axe et relier ainsi le haut et le bas du corps ainsi que l'hémicorps droit et l'hémicorps gauche (Forestier & Picaud, 2018). Au niveau de la dimension psychique de l'axe corporel, Robert-Ouvray (2007) soutient que l'enroulement permet la mise en marche de la relation avec autrui.

Au cours du développement, la tonicité joue aussi un rôle essentiel dans l'acquisition de l'axe corporel (Bullinger, 1998). En effet, à la naissance, il y a « un schéma tonique périphérique de préservation, tandis que l'axe est hypotonique. Une année plus tard, le schéma s'est inversé et la tonicité s'actualise dans les muscles profonds du tronc, constituant l'axe corporel » (Lesage, 2021, p. 127). Cet inversement de la tonicité s'effectue grâce à la maturation cérébrale qui assure le renforcement du tonus de l'axe corporel (Lesage, 2021). Ainsi, le tonus pneumatique, fonction de la respiration qui assurait le maintien de l'équilibre pour éviter la chute en arrière, diminue grâce à la musculature du tronc (Bullinger, 1998).

L'axe corporel se construit aussi à partir des différents appuis corporels et du sol. C'est ainsi qu'au cours de son développement psychomoteur, le bébé effectue des actions de pousser et de repousser du sol. L'organisation posturale et le mouvement s'accompagnent donc d'une installation ancrée dans des appuis (Lesage, 2021). « Ce peut être au sacrum lorsque l'on cherche à éveiller le redressement du haut du corps à partir d'un repousser des mains, ou sous un talon dans un accompagnement du ramper. » (Lesage, 2021, p. 150). Wallon décrit la notion de « l'équilibre sensori-tonique » qui, formé par les capacités d'ajustement et de connaissance du corps permet de s'adapter aux différentes contraintes de l'environnement (Bullinger, 1998).

Lesage (2021) fait le rapprochement entre le développement de la tonicité axiale qui permet la verticalisation par la tenue assise et la relation avec autrui qui devient de plus en plus possible. En effet, « l'axe se construit dans une dialectique relationnelle » (2021, p. 129). Le mécanisme de construction de soi semble donc nécessiter la présence d'autrui.

1.3. Se sentir exister grâce à l'autre

1.3.1. Exister dans le portage

Comme expliqué plus haut, la construction de l'axe corporel se fait avec la musculature du dos. Or, Robert-Ouvray (2007) explique que la faiblesse des muscles du dos entraîne un agrippement du bébé aux bras hypertoniques de sa mère. L'intégration de la colonne vertébrale comme un axe solide est donc nécessaire pour assurer la libération des

membres supérieurs et particulièrement des mains. Cette intégration s'effectue avec le soutien de la mère qui, par ses mots affectueux et valorisants et par son portage procurant des sensations dans le dos, permet l'intégration de l'axe psychique en même temps que l'axe solide (Robert-Ouvray, 2007). En effet, le dos est un espace essentiel dans la construction de soi : « Le contact du dos est une des premières composantes du moi corporel, il constitue un niveau très précoce d'organisation qui retentira sur le développement psychomoteur global et sur l'organisation spatiale de l'enfant » (Jaricot, 2006).

Comme l'explique Meurin (2018b) le portage permet d'aider l'enfant à faire face aux effets de la pesanteur, en lui procurant les points d'appui nécessaires à son redressement. Le portage maternel implique aussi les notions de « handling et holding » (Winnicott, 1986 cité par Meurin, 2018b, p. 68). Ces notions incluent la dimension psychique du portage de la mère et qui sont essentielles au développement d'un sentiment sûr chez l'enfant. En effet, lorsqu'une mère porte son enfant, elle le regarde (Meurin, 2018b).

1.3.2. Exister dans le regard d'autrui : miroir de soi-même

L'individuation passe aussi par « le stade du miroir », notion développée par Wallon, lorsque l'enfant se perçoit dans le reflet du miroir, comme un autre qui est lui, comme existant seul, sans la présence d'autrui, comme un tout global existant (Maintier, 2011). Ce reflet dans le miroir aboutit à la construction d'une image spéculaire qui vient faire le lien entre la représentation objective qu'on a de soi à travers le schéma corporel et celle subjective à travers l'image du corps, pour aboutir au sentiment d'être une personne à part entière. L'enfant, au départ, considère son reflet comme une autre personne, puis il comprend ensuite que cela correspond à son propre reflet et qu'il est alors séparé d'autrui, et particulièrement de sa figure maternelle (Lacan, 1966 cité par Maintier, 2011).

Cette image procurée par le miroir, n'est-elle pas aussi transmise à travers le regard de la mère sur son enfant ? En effet, Robert-Ouvray (2007) parle d'une réciprocité de regard qui s'installe entre une mère et son enfant puisque exister en tant que soi, cela implique une différenciation avec autrui, donc c'est exister face à l'autre qui nous regarde. Cette réciprocité de regard existe au travers du portage, grâce à une adaptation tonique commune entre la mère et son enfant.

1.3.3. Exister dans le dialogue tonique

Bullinger (1998) aborde la question du dialogue tonique qui permet à l'enfant de se représenter grâce à autrui, comme différent de lui. En effet, par la relation tonique s'effectuant entre soi et l'autre, on observe une double dynamique entre les effets internes ressentis et ces effets qui peuvent être communs à l'environnement. Par ces changements toniques, l'enfant peut percevoir ce qui provient de lui et ce qui vient d'autrui et ainsi avoir connaissance de ses limites corporelles. « L'échange avec autrui participe à la mise en forme du corps du bébé, ce qui l'amènera à se reconnaître en autrui » (Bullinger, 1998, p. 33).

Lesage (2021) reprend l'idée de Wallon qui expose le lien entre l'image du corps et la tonicité. Les ressentis corporels éprouvés dans la relation tonico-posturale font émerger l'expression émotionnelle, l'affectivité et ils constituent notre mémoire corporelle. « Avec le dialogue tonique [...] c'est une participation qui oriente le corps – posture, geste, tonus – et donne à vivre des états corporels, qui modulent donc l'image du corps » (Lesage, 2021, p. 138).

Ainsi, à travers son développement psychomoteur et grâce au soutien de l'environnement, chaque homme construit son identité pendant l'enfance. Comme dit plus haut, le sentiment d'identité implique une continuité malgré les changements et l'évolution du temps. Cependant, lors du vieillissement, l'identité et les représentations de soi peuvent être chamboulées.

2. Vieillir et ses conséquences : perte de l'identité

2.1. Le vieillir

Vieillir est un processus qui nous concerne tous, puisqu'il est relatif à tous les êtres vivants. Il peut être abordé de différents points de vue, aussi bien corporel, psychologique, que psychodynamique.

2.1.1. Un corps vieillissant

Miermon et al. (2011) reprennent la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour définir le vieillissement : « Le vieillissement selon l'OMS est le processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps » (2011, p. 59). On peut parler de la sénescence pour le

processus normal conduisant au vieillissement. On considère qu'une personne est âgée à partir de 60-65 ans (2011). Selon un article de l'OMS (2022), si l'on aborde la vieillesse au regard de la biologie, ce processus de sénescence est dû à une accumulation de cellules et de molécules détériorées. Celles-ci peuvent entraîner une perte des capacités motrices et cognitives, augmenter le risque de pathologies, conduisant ensuite jusqu'à la mort.

Les dégradations biologiques ont donc un impact au niveau des capacités de perception. Miermon et al. (2011) parlent de troubles de la vision fréquents avec un épaississement du cristallin et une réduction de l'oculomotricité, entraînant une modification « du contrôle postural, sachant que la fonction dite proprioceptive de la vision périphérique y joue un rôle important. » (Miermon et al., 2011, p. 64). Certaines activités psychomotrices peuvent aussi être source d'anxiété pour les personnes âgées à cause d'une diminution de la perception des changements de luminosité. Elles peuvent aussi souffrir d'une presbycusie à cause d'une altération du mécanisme d'audition. Au niveau psychomoteur, ces personnes ne peuvent donc pas prévoir leurs mouvements selon des sons qui préviendraient d'un danger dans l'environnement, notamment en ville par exemple (Miermon et al., 2011). Concernant la perception tactile, Albaret et Aubert expliquent que « le seuil de sensibilité s'élève, les capteurs plantaires et de la main diminuent et la discrimination est plus difficile » (Miermon et al., 2011, p. 65). Les travaux de Gaudert-Dahan parlent d'une modification au niveau de la conduction nerveuse, provoquant une diminution de la sensibilité cutanée vibratoire et profonde, au niveau distal principalement (Miermon et al., 2011).

Au niveau de la perception proprioceptive, Miermon et al. (2011) indiquent que d'après les recherches de Pfitzenmeyer, il y a une réduction de la quantité de récepteurs neuronaux au niveau articulaire, entraînant une altération de la perception du corps dans l'espace. Elles reprennent aussi les travaux de Mourey montrant une réduction des cellules ciliées dans le système vestibulaire. Les conséquences psychomotrices sont un équilibre précaire chez la personne âgée (Miermon et al., 2011). Ces modifications biologiques entraînent donc une modification du rapport au monde extérieur, ayant parfois des conséquences psychologiques.

2.1.2. Un mécanisme de rupture au niveau psycho-affectif

Au-delà du point de vue biologique, l'OMS (2022) explique que le vieillissement est aussi marqué par des périodes de changements, notamment le passage de la mise en retraite, l'entrée dans une institution, ou le décès des contemporains. En effet, Badey-Rodriguez (2005) souligne, dans les conséquences psychologiques de l'avancée en âge, l'augmentation d'un besoin d'attachement et d'une affection importante de la part de l'entourage. En effet, le passage de la mort se rapproche et la personne âgée craint « un abandon, une rupture » (Badey-Rodriguez, 2005, p. 108).

En poursuivant dans cette idée de rupture que subit la personne âgée lors de son entrée en institution, Hilion (2011) insiste plus particulièrement sur la conséquence d'une hospitalisation pour une personne âgée : « Comment se reconnaître lorsqu'on a perdu tous repères par rapport à un fonctionnement antérieur ? [...] L'hospitalisation est troublante pour la personne qui est déracinée de son environnement familial, social et géographique » (Hilion, 2011, p. 160). En effet, lors de l'hospitalisation, le patient est déraciné de tout ce qui constituait sa vie. Par cette perte de repères, il y a une altération de son identité propre (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009).

2.1.3. Ébranlement identitaire

Le processus du vieillissement, entraînant des modifications corporelles, psychiques et relationnelles, provoque aussi des conséquences au niveau de la représentation de soi. Le schéma corporel étant en continuelle construction et destruction, il subit certaines déconstructions lors de l'avancée en âge à cause d'expériences telles que les chutes, les douleurs, ou les troubles neurologiques ou encore l'immobilisation provoquée par certaines pathologies (Charpentier, 2014). La crise du vieillissement provoque aussi une modification de l'image du corps puisque celle-ci dépend de nos capacités corporelles et de notre vécu relationnel (Charpentier, 2014). Comme cette image du corps est liée au temps, à l'histoire de vie du sujet (Dolto, 1984), elle est modifiée au cours du vieillissement. « L'image du corps se trouve déstructurée, provoquant un ébranlement identitaire » (Guiose, 2007 cité par Charpentier, 2014, p. 6).

Comme il porte atteinte à la représentation de soi, « le vieillissement fait évoluer l'identité [...] à chaque fois, l'identité est à reconstruire » (Personne, 2011, p. 7). En effet, le vieillissement pouvant être à l'origine de pathologies cognitives impliquant des pertes de mémoire ou de maladies provoquant des douleurs ou des modifications corporelles, cela

modifie les repères et la connaissance qu'on a de son corps, provoquant alors une perte de son identité propre (Juskenaitė et al., 2016). Certaines pathologies du vieillissement peuvent favoriser une modification de la représentation de soi.

2.2.Des vécus traumatiques : la chute et le vertige

2.2.1. Le syndrome post-chute

Selon l'OMS, la chute est définie comme « un événement à l'issue duquel une personne se retrouve par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur où elle se trouvait précédemment » (OMS, 2021). Le syndrome post-chute est donc une conséquence de la chute chez les personnes âgées. Il se définit comme : « une désadaptation psychomotrice par réduction spontanée de l'activité, diminution des capacités fonctionnelles, troubles posturaux dont la rétropulsion et troubles de la marche, augmentant ainsi le risque de nouvelle chute » (SFDRMG & HAS, 2005, p. 6). La chute peut entraîner deux grandes conséquences, à savoir une atteinte corporelle avec une fracture ou une atteinte psychologique de perte de confiance en soi. La gravité de ces atteintes semble dépendre du temps resté au sol (2005).

Ce terme de syndrome post-chute a été abordé par Murphy et Isaacs comme « une désadaptation posturale avec une grande rétropulsion et une phobie de la station debout, l'ensemble étant d'installation aiguë suite à une chute » (SFGG & HAS, 2009, p. 23). Miermon et al. (2011) ajoutent que la personne peut perdre en autonomie car elle n'ose plus bouger et cela entraîne des conséquences au niveau psychomoteur avec notamment une atteinte du schéma corporel et des repères psychomoteurs. La personne peut aussi présenter une certaine agitation ou au contraire, un retrait social. On constate aussi des modifications posturales et motrices : une posture en rétropulsion et en triple flexion, une marche à petits pas, une augmentation du polygone de sustentation (Charpentier, 2014). Les personnes souffrent aussi « d'une perte de confiance en soi, d'une dévalorisation et d'un sentiment d'insécurité. » (Charpentier, 2014, p. 4). Elle parle donc d'une atteinte de l'enveloppe psychocorporelle lorsque le patient âgé chute. En effet, le corps dans sa globalité et son unité est mis à mal (2014).

2.2.2. *Le syndrome vertigineux*

Selon le CEN (Collège des Enseignants de Neurologie) (2016), le syndrome vertigineux peut être provoqué par une atteinte du cervelet. Il se traduit par des nausées, des vomissements ou des sueurs, augmentant alors les troubles de l'équilibre et de la marche. Lors d'une atteinte du cervelet, on peut parler de syndrome cérébelleux, qui peut se définir comme un : « ensemble des symptômes et signes résultant d'une atteinte du cervelet lui-même ou des voies cérébelleuses comme les pédoncules cérébelleux supérieur, moyen et inférieur » (CEN, 2016). Ce syndrome regroupe différents symptômes et signes cliniques, à savoir un trouble de l'équilibre et de la marche avec une augmentation du polygone de sustentation, une marche ébrieuse et une difficulté à maintenir la trajectoire. À ces troubles de l'équilibre, peuvent s'ajouter des difficultés à effectuer un mouvement volontaire rapide avec notamment présence d'une hypermétrie et des troubles de la coordination (CEN, 2016).

Comme l'indique la SIRV (Société Nationale de Réhabilitation Vestibulaire) (s. d.), l'homme est doté de différents systèmes récepteurs lui permettant de détecter les changements d'appuis afin d'adapter le positionnement du corps dans l'espace pour rester en équilibre et éviter la chute. On distingue trois systèmes afférents conduisant l'information au cerveau, à savoir le système visuel, le système proprioceptif et le système vestibulaire. Le système visuel permet de fixer le regard évitant ainsi les vertiges et de guider les changements de position du corps dans l'espace. Le système proprioceptif assure à travers les récepteurs sensoriels de la plante des pieds de détecter les différences de reliefs, les impulsions variables de la voûte plantaire. Les récepteurs situés dans les muscles et les articulations renvoient les informations concernant le positionnement du corps dans l'espace, les récepteurs de la nuque donnent aussi des informations sur le positionnement de la tête. Enfin, le système vestibulaire formée par l'oreille interne, intègre les messages sensoriels de déséquilibre et les transforme en message électrique pour adapter la position du corps dans l'espace (SIRV, s. d.). Il existe aussi des systèmes efférents qui répondent aux informations des trois systèmes récepteurs : « un mouvement réflexe moteur de compensation du corps et des yeux se déclenche. Le réflexe vestibulo-oculaire permet la stabilisation des yeux [...] et le réflexe vestibulo-spinal, la stabilisation du corps » (SIRV, s. d.). Par les modifications psychocorporelles que ces deux pathologies entraînent, il peut y être associé un désinvestissement corporel.

2.3. Le désinvestissement corporel

2.3.1. Définition : investissement et désinvestissement

D'après la définition du Larousse, le terme investir signifie : « Mettre solennellement, officiellement quelqu'un en possession de quelque chose » (Larousse, s.d.b). Cette définition peut avoir une connotation militaire mais elle montre bien l'idée d'appartenance qu'implique ce terme. D'après cette définition, l'investissement du corps peut donc être considéré comme le fait d'avoir conscience d'un corps à soi, qui nous appartient. En effet, lorsque le psychomotricien Ballouard (2011) définit la psychomotricité, il explique que l'une des fonctions de la thérapie psychomotrice est d'aider le patient dans son rapport avec son corps, en lien avec sa psyché et ses relations à l'environnement. Pour lui, cela consiste à aider le patient à l'investissement de son corps.

À l'inverse, le terme de désinvestissement vient s'opposer à l'investissement. D'après le Larousse, ce terme se définit comme : « le retrait d'un investissement psychique portant initialement sur une représentation ou un objet » (Larousse, s.d.a). Le désinvestissement implique que la personne ne fait plus le lien entre sa psyché et son corps, elle n'a plus conscience de la possession de son corps : elle le désinvestit. Ce désinvestissement corporel peut se manifester au cours du vieillissement car la personne âgée fait face à une altération de la représentation de soi.

2.3.2. Au niveau du schéma corporel

Comme expliqué plus haut, le schéma corporel se construit à partir des perceptions sensorielles provenant de l'environnement mais lors de l'avancée en âge, les systèmes sensoriels deviennent parfois défaillants. En effet, « les déficits sensoriels liés à l'âge participent à la perte des repères [...] ce qui devient très anxiogène pour le patient qui perd confiance en lui-même et en son propre corps » (Lefebvre des Nöettes, 2022, p. 126). Comme expliqué dans la partie sur le schéma corporel, la représentation qu'on a de son corps dans l'espace se constitue à partie de la proprioception. Cependant, le vieillissement peut entraîner une altération des conductions nerveuses. La sensibilité proprioceptive provenant des membres inférieurs et de la voute plantaire est donc fortement diminuée, rendant les réactions d'équilibration plus ralenties (HAS, 2020). « Le vieillissement des récepteurs est à l'origine d'une altération de la sensibilité cutanée plantaire » (Coquisart, 2012, p. 72). Par cette défaillance, de la conduction nerveuse, on constate que la personne âgée, d'un point de vue neurologique a moins conscience de son corps et particulièrement de ses jambes et de

ses pieds. Les modifications corporelles entraînent aussi un remaniement de la perception de soi au niveau psychique, à travers l'image du corps.

2.3.3. Au niveau de l'image du corps

Face aux évènements douloureux du processus de vieillissement, on observe une perte de l'investissement psychique du sujet âgé sur son propre corps. En effet, la personne n'apprécie plus ce corps malade fragile. Le sujet se sent en insécurité dans son corps, entraînant des comportements défensifs qui peuvent être des passages à l'acte, impliquant le corps, une hypertonicité ou un désinvestissement corporel. (Charpentier, 2014). La personne âgée a alors une image du corps altérée, ne le percevant pas comme le reflet de soi. En effet, « le sujet peut développer de ce fait un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de ce corps qui lui fait défaut, mettant à mal le sentiment de continuité d'existence » (Charpentier, 2014, p.49). Le désinvestissement corporel, par cette perception de soi perturbée, entraîne donc une perte du sentiment d'exister, qui participe au sentiment d'identité.

Ainsi, avec l'apparition de certaines pathologies au cours du vieillissement, la personne âgée fait face à certaines modifications au niveau de son corps propre, de son rapport à ce corps, au point de le désinvestir, comme ne lui appartenant plus. Être touché sur sa peau semble alors un moyen de restaurer l'enveloppe corporelle.

3. Le toucher thérapeutique pour prendre conscience de son corps

3.1. Qu'est-ce que le toucher ?

3.1.1. Au niveau organique et développemental

Le toucher fait partie des cinq sens primaires à savoir la vue, le goût l'odorat et l'ouïe. Il concerne la sensibilité cutanée. Comme les autres sens, il est un moyen d'entrer en communication avec l'environnement. C'est un sens très important pour l'homme par le contact direct qu'il permet avec l'objet ou la personne touchée. En effet, le toucher se définit comme le fait de : « Mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur » (Larousse, s.d.)

Chaque sens est assuré par une partie du corps. Pour le toucher, c'est la peau qui dotée « d'un nombre considérable de récepteurs sensoriels » (Charpentier, 2014, p. 13) est

considérée comme « l'organe du toucher » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009, p. 17). Elle est composée de trois couches : l'épiderme constitué de différentes couches, le derme qui est une couche avec des fibres musculaires, des terminaisons nerveuses et l'hypoderme, contenant des cellules adipeuses (2009). La peau est composée de deux types de neurones sensoriels : les propriorécepteurs donnant des informations sur le positionnement des différentes parties du corps dans l'espace et les mécanorécepteurs transmettant des informations sur les différentes caractéristiques des objets touchés (forme, taille, matière...) et sur les mouvements de la main à effectuer selon l'objet touché (Schaub et al., 2016). Dans les mécanorécepteurs, on distingue principalement les corpuscules de Pacini situées dans les régions profondes et qui « détectent les mouvements rapides vibratoires » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009, p. 18), ainsi que les complexes de Menkel qui s'activent en cas de pression et les corpuscules de Meissner, sensibles au tact. (2009).

Au niveau des terminaisons nerveuses, on remarque aussi que le toucher permet une meilleure sensibilité cutanée. En effet, lorsqu'on stimule un endroit de la peau, et qu'on déclenche par-dessus une autre stimulation cutanée, on sent plus la sensation que sur une partie de la peau non stimulée auparavant. On note aussi que le seuil d'excitabilité tactile est augmenté et que l'on a une perception plus rapide de la sensation sur une zone de la peau stimulée auparavant (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009).

« À la naissance, le toucher est le seul sens mûr et achevé, le bébé reconnaîtra sa mère grâce au premier contact de sa peau après la délivrance et le premier geste de celle-ci sera de le toucher afin de l'accueillir et ainsi de le reconnaître comme son enfant » (Beaufils, 2000 cité par Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009, p. 23). Le sens tactile est aussi « le dernier sens le plus préservé jusqu'au dernier souffle » (Lefebvre des Nöettes, 2022, p. 128).

Ce sens a déjà un rôle dans la relation entre la mère et son enfant in utero puisque la main de la jeune maman caresse son ventre avec beaucoup de douceur pour son bébé. (Lefebvre des Nöettes, 2022). Au niveau du développement au cours de la grossesse, les neurorécepteurs s'activent petit à petit dans l'ectoderme du fœtus, au niveau de la bouche, puis sur tout le visage et au niveau du tronc et de la racine des membres. Le fœtus étant bercé dans le liquide amniotique, les récepteurs tactiles de sa peau deviennent rapidement fonctionnels, afin d'assurer différents rôles (Bekier & Guinot, 2011). La peau, par ses

récepteurs sensoriels peut percevoir la sensation tactile, la sensation thermique et la sensation douloureuse (Montagu, 1978 cité par Charpentier, 2014). Ces trois sensibilités permettent à la peau d'assurer une fonction protectrice, de perception et de transmission des informations provenant de l'extérieur. Enfin, elle forme une enveloppe globale permettant à l'individu de se sentir contenu et unifié dans son corps (Bekier & Guinot, 2011).

Le toucher thérapeutique peut se définir comme « l'ensemble des approches utilisant le toucher comme médiation » (Charpentier, 2014, p. 17) pour soigner une personne. Dans la pratique psychomotrice, il est possible de réaliser plusieurs formes de toucher. Il existe notamment le toucher dans le cadre d'une relaxation, qui ne suit pas une méthode avec un protocole défini et non modifiable. En effet, le principe de la relaxation est de s'adapter aux besoins du patient, à sa volonté et au projet de soin mis en place. Le toucher en relaxation peut être de l'ordre d'une mobilisation activo-passive comme dans la relaxation de Wintrebert, ou alors d'un toucher massage qui prend en compte l'ensemble de la personne au niveau psychocorporel en proposant une contenance, une structuration dans le corps et un sentiment d'enveloppe (Charpentier, 2014).

3.1.2. Les effets physiologiques du toucher

D'après plusieurs études scientifiques reprises par Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert (2009), il semblerait que les différentes formes de toucher provoquent des effets sur le système musculaire. L'étude de Zabudowsky et Maggiora montre que « des pressions locales profondes auraient un effet de détente sur le muscle » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009, p.20). Les recherches de Cafarelli et Flint « indiquent que le massage augmente la perméabilité de la membrane cellulaire, facilitant l'élimination de substances nocives et la libération d'oxygène. » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009, p. 21). Lefebvre des Nöettes reprend alors les apports de CVergne en expliquant que des études scientifiques montrent que les massages et le toucher « ralentissent le rythme cardiaque, diminuent la tension artérielle, agissent sur les ondes cérébrales [...] provoquent la baisse de cortisol, qui est l'hormone du stress. » (Lefebvre des Nöettes, 2022, p. 145)

Il a été démontré que le toucher avait des effets physiologiques en provoquant certaines réactions chimiques. Lefebvre des Nöettes (2022) explique que lorsqu'une personne est touchée, les récepteurs de l'épiderme sont actionnés, engendrant l'activation des neurotransmetteurs qui sont chargés de transmettre l'information au cerveau et la sécrétion d'hormones responsables du plaisir. Il y a l'activation des endorphines, neurotransmetteurs

permettant de lutter contre le stress et d'apaiser la douleur, de l'ocytocine qui joue un rôle majeur dans les relations humaines et enfin, l'activation de la dopamine permettant de réguler l'humeur et de redonner de la vitalité. Lefebvre des Nöettes reprend les travaux de Field qui soutient qu' : « un massage adapté permet de réduire le stress, la dépression et la douleur » (Lefebvre des Nöettes, 2022, p. 144).

3.1.3. *Un mécanisme neurologique en lien avec les émotions*

De récentes recherches ont démontré que certaines formes de toucher pouvaient avoir un impact sur l'état psycho-affectif de la personne touchée :

Les neurones CT sont principalement activés par un toucher affectif qui imite les caresses typiques d'un humain sur un autre humain, c'est-à-dire une légère pression, à la température de la peau, et à une vitesse de course faible, comprise entre 1 et 10 cm/s (Löken et al. cités par Rivas-Smits et al., 2022).

Ces fibres tactiles-C seraient présentes sur les parties poilues du corps et leur stimulation déclencherait l'activation du cortex insulaire, zone du cerveau en lien avec l'univers émotionnel. L'activation de celles-ci dès la naissance favoriserait un développement social normal. Certains auteurs pensent aussi que l'activation de ces fibres aurait une influence majeure dans la maturation des circuits neuronaux (Schaub et al., 2016). Ces études sur les fibres C-Tactile montre bien que selon la forme du toucher, l'intention de celui qui touche, l'activation neuronale n'est pas la même et le ressenti n'est pas le même. Dans cette dynamique, le toucher thérapeutique semble avoir toute son importance pour agir sur l'état psychique du patient souffrant.

La psychiatre Lefebvre des Nöettes (2022) parlent aussi d'une étude américaine effectuée sur le lien entre les émotions et le toucher, publiée dans le Journal of Neuroscience : « Une caresse [...] révélera une émotion en adéquation avec la personne et le contexte qui nous procure cette émotion » (Lefebvre des Nöettes, 2022, p. 58) En terme psychomoteur, cette étude rejoint la notion de *dialogue tonique* développée par Wallon, en expliquant par des notions neurologiques, ce qu'une sensation peut provoquer au niveau cérébral.

Le cerveau nous permet de nous connecter aux personnes par le toucher. Une caresse est aussi un détecteur émotionnel de la peur, du désir ou de la tristesse. Tout se jouerait dans le cortex insulaire, une région profonde du cerveau, clé dans l'univers émotionnel. (Lefebvre des Nöettes, 2022, p. 59)

3.2. Comment toucher ?

3.2.1. Toucher avec les autres sens : le regard et la voix

Charpentier (2014) reprend les propos de Sarda qui parle du massage en relaxation comme un moyen de prendre en compte l'affectivité de la personne parce que le toucher des mains est accompagné par le regard et la voix. Ce toucher affectif dans les trois dimensions permet à la personne de se sentir enveloppée aussi bien physiquement que psychiquement. (Charpentier, 2014)

« La vision est la palpation par le regard » (Merleau-Ponty, 1964, cité par Lefebvre des Nöettes, 2022). Le regard se définit comme porter sa vue sur quelqu'un. Il est donc par définition tourné vers un but précis. Le regard peut être considéré comme l'écho de notre intériorité, de notre psyché. Selon l'intention de celui qui regarde, il est doté de différentes qualités. (Lefebvre des Nöettes, 2022)

Après avoir touché par le regard pour entrer en contact avec la personne, on peut toucher par la voix pour « prévenir le patient du contact » (Charpentier, 2014, p. 19). Il peut être aussi intéressant, lorsque l'objectif de ce toucher est un travail autour du schéma corporel de mentionner les parties du corps touchées (2014)

3.2.2. Toucher avec les mains

Tout comme le regard, la main peut être considérée comme un écho de notre psyché, de notre volonté. C'est aussi la partie du corps qui nous permet de découvrir et de connaître l'environnement et autrui. (Lefebvre des Nöettes, 2022) Et comme elle reflète, notre âme, « La main de l'homme appelle un mouvement vers l'autre, plus vulnérable, le bébé, l'enfant, la personne en situation de handicap, la personne âgée » (Lefebvre des Nöettes, 2022, p. 91) Elle vient ainsi exprimer notre désir d'aider cette personne. En effet, le sociologue Le Breton (2011) explique que la main, au travers de l'histoire, joue un rôle dans les différentes formes de guérisons traditionnelles. Il parle alors de la main comme : « instrument d'apaisement » (Le Breton, 2011, p. 35)

Au niveau psychomoteur, on parle alors de la notion de dialogue tonique développée par Wallon qui permet un retour aux premières interactions entre une mère et son bébé. (Charpentier, 2014). Lorsqu'on touche avec notre peau, il s'agit d'un contact immédiat. En effet, dans une relation impliquant le toucher, il est nécessaire qu'il y ait au moins deux personnes : celui qui touche et celui qui est touché. On ne peut pas toucher sans liaison entre

les deux peaux et on ne peut pas faire semblant de toucher ou d'être touché. (Bonneton-Tabariès & Lambert-Libert, 2009).

3.3. Le toucher pour redonner vie à l'enveloppe corporelle

3.3.1. Fonction de contenance et de maintenance du toucher

Comme expliqué plus haut, en touchant, on touche à l'enveloppe de notre corps, à savoir notre peau. En touchant la peau, on sollicite donc ce que Anzieu (1995a) nomme le *Moi-Peau* à savoir : « une enveloppe narcissique et [qui] assure à l'appareil psychique, la certitude et la constance d'un bien-être de base [...] comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps » (Anzieu, 1995, p. 61).

Anzieu (1995) décrit alors deux fonctions de *Moi-Peau*, à savoir la maintenance et la contenance, procurées par les soins maternels de *holding* et de *handling* développées par Winnicott. En effet, dans le *holding*, la mère par ses mains qui viennent soigner, cajoler et soutenir son bébé, crée cette fonction du *Moi-Peau* qui assure une stabilité psychique. L'enfant enregistre les sensations tactiles procurées par les mains de sa mère et il les fait siennes pour faire fonctionner son psychisme de façon sécurisée. (Anzieu, 1995) Par le *handling*, la mère en répondant de façon adaptée aux besoins de son bébé, dans une forme de relation miroir par sa voix, ses caresses et son regard, procure à l'enfant une sensation d'enveloppe corporelle, lui faisant éprouver des sensations qui lui sont propres (Anzieu, 1995).

Cette fonction de contenance et de maintenance permet d'assurer un sentiment d'unité et de stabilité corporelle au tout petit. En touchant la personne âgée, on redonne ce sentiment d'enveloppe et le sujet âgé se réapproprie son corps comme stable et durable (Charpentier, 2014). « Le sens tactile remplit une fonction anthropologique de contenant et de restauration de soi en situation de souffrance ou de manque à être » (Le Breton, 2011, p. 37) Ainsi, le toucher par ses fonctions de contenance et de maintenance, procurées par la mère chez le tout-petit, renvoie à la personne âgée le souvenir de l'enveloppe maternelle qui rassure et apaise (Le Breton, 2011). En effet, Charpentier (2014) évoque le parallèle entre la thérapie psychomotrice et le soin maternel, puisque le toucher de la peau renvoie à une communication tonico-émotionnelle, comme celle entre la mère et l'enfant au début de la vie.

3.3.2. Fonction de sécurité de l'enveloppe psychique

Dugravier et Barbey-Mintz (2015) reprennent la théorie de l'attachement de Bowlby en expliquant que deux notions sont essentielles pour le développement du lien d'attachement chez l'enfant : « la proximité et la sécurité » (2015, p. 15) Le sens tactile semble donc avoir son rôle dans la relation d'attachement. En effet, « le système d'attachement a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou des figures adultes afin d'obtenir un réconfort lui permettant de retrouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers de l'environnement » (Dugravier et Barbey-Mintz, 2015, p. 15).

Selon Goldbeter-Merinfeld (2005), la figure d'attachement est une nécessité première et elle reprend ainsi les périodes de développement de celle-ci, décrites par Ainsworth et Pierrehumbert : de la naissance à 2 mois, le bébé demande de l'aide sans discriminer les personnes, puis de 2 à 7 mois, l'enfant essaye de se rapprocher physiquement de sa figure d'attachement, à 7 mois, l'enfant choisit une personne en particulier comme figure d'attachement. Ce mécanisme de la figure d'attachement se met en place au début de la vie et il se perpétue tout au long de la vie, devenant une source de réconfort et de réassurance lors d'épreuves telles que la maladie, le vieillissement :

Selon la théorie de l'attachement, la nécessité de contact humain, de tranquillisation et de réconfort face aux maladies, aux dommages physiques et aux menaces est une réponse normale tout au long du cycle de vie. Cette nécessité est particulièrement apparente dans les phases initiales du développement, quand la survie physique et émotionnelle dépend de la relation d'attachement (Tereno et al., 2007, p. 161).

3.3.3. Fonction d'individuation de Soi

Anzieu (1995) aborde la fonction d'individuation de Soi du Moi-Peau qu'il définit comme : « le sentiment d'être un être unique » (Anzieu, 1995, p. 126). En effet, par la spécificité de son aspect physique, la personne se distingue des autres. Le toucher vient renforcer cette notion de limite corporelle entre soi et l'autre, notamment auprès des personnes âgées pour qui les limites sont perturbées à cause de leur corps vieillissant (Charpentier, 2014).

En étant touchée, la personne retrouve sa subjectivité (Charpentier, 2014). En effet, elle prend conscience de ses limites corporelles sécurisées qui vont au-delà de ses défaillances dues à sa pathologie ou à son vieillissement pour entrer en communication avec autrui. (Ancet, 2010, cité par Charpentier, 2014) « Les petits pas de la caresse sont un mode d'entrée en relation avec autrui, en tant qu'autrui et non en tant qu'objet » (Lefebvre des Nöettes, 2022, p.88).

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

1. Un corps désinvesti dans un monde sans contact

1.1. La personne âgée : dépendante et vulnérable comme un enfant

1.1.1. *Comme l'enfant, faire l'expérience de son corps*

Au cours de cette réflexion clinique puis théorique, je me suis rendu compte du rapprochement entre la personne âgée et l'enfant. Par leur retour à la dépendance, par leur perte d'autonomie et par leur immobilisation et leur perte de verticalisation, j'ai pu constater que Mme P. et Mme S. avaient besoin de ressentir leurs corps, leurs points d'appui, comme le bébé le fait au cours de son développement corporel avant de pouvoir s'appuyer sur ses jambes pour tenir debout et marcher. Cependant, Ponton (2015) ne parle pas d'un retour en arrière, elle ne réduit pas la personne âgée à l'enfant. Selon elle, le sujet âgé vit une nouvelle expérience qui fait partie du processus normal du vivant. Elle parle alors du développement comme d'un : « mouvement intérieur, holistique, qui passe par la répétition : le principe du vivant, c'est la répétition qui crée la continuité » (Ponton, 2015).

Lorsque l'enfant commence à investir le bas du corps en passant de la position assise à la position debout, il doit passer par plusieurs essais-erreurs, plusieurs répétitions de mouvements pour mieux percevoir ses ressentis corporels au niveau de ses appuis et ainsi réussir à tenir debout sur ses jambes. Face à ses pertes motrices, la personne âgée a aussi besoin de passer par plusieurs étapes répétitives pour faire revivre ses sensations corporelles (Ponton, 2015). Lors de la deuxième séance avec Mme P., assise sur une chaise dans sa chambre, nous devons répéter plusieurs fois les mêmes mouvements avant de se verticaliser. En effet, lorsque nous l'aidons à se mettre debout la première fois, Mme P. nous demande tout de suite à se rasseoir. Comme l'enfant, elle semble expérimenter une nouvelle position. Elle a alors besoin de ce toucher frictionnant, effectué plusieurs fois par la psychomotricienne pour ressentir ses jambes et ses points d'appui avant de pouvoir se remettre debout.

Ainsi, comme l'enfant doit construire une représentation de lui-même pour avoir son identité propre, la personne âgée doit s'approprier de nouveau son corps avec ses modifications, afin de restaurer son identité. En effet, « l'apparition de l'identité du bébé est

conditionnée par le rassemblement du corps en une image globale » (Robert-Ouvray, 2007, p. 82). En rencontrant Mme P. et Mme S., j'ai constaté chez ces deux patientes une perte de leur sentiment d'identité et une perte de la conscience globale de leur corps, avec un clivage entre le haut et le bas du corps. Comme l'enfant le fait au cours de son développement psychomoteur, le toucher semble pouvoir accompagner Mme P. et Mme S. à trouver une unité corporelle, à travers leurs sensations corporelles et à travers l'aide de l'environnement.

1.1.2. Le bas du corps désinvesti

Maintier (2011) reprend le concept de corps propre abordé par Merleau-Ponty, qui considère que la représentation qu'on a de soi et le sentiment d'être soi se construisent à travers notre vécu corporel : « l'expérience motrice de notre corps nous fournit la manière d'accéder au monde et à l'objet » (Merleau-Ponty, 1945, cité par Maintier, 2011, p. 36) Ainsi, lorsque Mme P. chute sur le sol ou que Mme S. sent son corps vacillant, leur représentation d'elle-même se trouve perturbée et elles ne reconnaissent plus leur corps, dont les capacités sont moindres. L'alitement et la perte de mobilisation que provoquent le syndrome post-chute et le syndrome vertigineux entraînent alors une perte de la conscience de leur membres inférieurs et de leurs appuis plantaires car elles ne font plus l'expérience de la marche et de leurs jambes comme points d'appui. En effet, « chez une personne vulnérable, les habiletés motrices s'évanouissent d'un revers de manche » (Ponton, 2015). Cette perte de capacités motrices peut alors faire revenir certains réflexes archaïques.

1.1.3. Le réflexe d'agrippement

Comme j'ai pu le constater, Mme P. a une grande peur de la solitude, demandant toujours de laisser la porte de sa chambre ouverte, comme un enfant le demanderait par peur du noir. Son insistance sur le fait de dire « à bientôt » et non « au revoir » montre bien sa peur de la solitude. Malgré ses troubles cognitifs, elle insiste sur cette distinction de vocabulaire tellement significatif pour elle. Comme expliqué plus haut, le lien d'attachement réside dans une certaine proximité entre l'enfant et sa figure d'attachement qui le rassure. Or, chez la personne âgée, le besoin d'attachement peut être réactivé compte tenu de sa vulnérabilité :

L'angoisse d'abandon réactivée chez la personne âgée devant l'échéance de la mort peut accroître la dépendance affective. La personne attend un soutien affectif avec des demandes de plus en plus exigeantes [...], ce qu'elle redoute le plus : un abandon, une rupture. (Badey-Rodriguez, 2005)

Pour faire face à cette peur de la solitude, j'ai remarqué chez Mme P. une réactivation du grasping, réflexe archaïque du nourrisson. Comme l'explique Maintier (2011), ces réflexes d'agrippement, demandant la compagnie de l'autre, peuvent augmenter lors de l'avancée en âge. Tout au long de la prise en charge en psychomotricité, Mme P. s'est toujours agrippée à nos mains. Lorsqu'elle était seule dans sa chambre, c'est la sonnette qu'elle tenait dans ses mains comme un objet transitionnel : un objet permettant de demander la présence d'autrui. « Face à un environnement et un soi qui se noient dans l'inconnu, le besoin de réassurance s'amplifie » (Maintier, 2011, p. 42).

Cela me questionne sur le besoin d'ancrage de cette patiente dans le contact physique. Son temps au sol, seule dans son appartement, n'aurait-il pas provoqué un manque d'ancrage aussi bien physique que psychique et la peur de chuter n'est-elle pas constamment présente chez cette patiente ? Son besoin d'attachement est essentiel pour se sentir en sécurité : « Lorsque le sujet se sent en détresse ou en danger, il peut attendre une réponse semblable à ce que l'enfant attend d'une figure d'attachement » (Bonnet, 2012, p. 134). Cependant malgré ce besoin de contact rassurant, le toucher auprès des personnes âgées se fait plus rare dans notre société actuelle pour plusieurs raisons.

1.2. Une réticence à toucher le sujet âgé

1.2.1. Le contexte de la Covid-19

Depuis maintenant trois ans, le monde entier est touché par la pandémie de la Covid-19. Comme l'explique l'anthropologue Martin-Juchat (2020), dans un entretien accordé à Libération, nos rapports sociaux sont marqués par les gestes barrières et on peut observer une perte de contact tactile dans nos relations sociales. En effet, comme l'explique Lefebvre des Nöettes (2022), avec ce virus contagieux, l'autre est devenu un potentiel danger pouvant me transmettre la maladie, et les gestes barrières entre les personnes semblent être un moyen de réduire la propagation du virus. Le toucher est donc moins possible entre le soignant et son patient. Les premières difficultés de Mme P. sont arrivées en mars 2020 au moment du confinement, au moment où l'hôpital était surchargé, les soignants épuisés. Mme P. a chuté et elle a été hospitalisée. Son auxiliaire de vie ne pouvait sans doute pas venir la visiter. Le personnel soignant était débordé et ne pouvait pas prendre le temps d'être simplement présent avec cette patiente pour la rassurer. En avril 2020, toujours durant cette période de confinement, elle a fait une décompensation cardiaque, engendrant un nouveau séjour à

l'hôpital. Le contact avec les autres a donc sans doute été moins présent pendant toute cette période, augmentant son angoisse de la solitude. Martin-Juchat (2020) aborde le lien entre la théorie de l'attachement et le contact physique expliquant que le manque de contact avec l'extérieur invite à se concentrer sur son soi intérieur. Cependant, lorsque l'on se sent en insécurité intérieure, cette absence de toucher ne fait qu'augmenter l'insécurité. Cette interdiction du toucher se trouve encore plus importante auprès des personnes âgées.

1.2.2. Le tabou du toucher auprès des personnes âgées

Comme l'expliquent Boudreault et Ntetu (2006), la façon dont la personne perçoit le toucher dépend de sa culture, du contexte et de l'émetteur de ce toucher. Cependant, aujourd'hui, la société porte un regard négatif sur la vieillesse : personne n'a envie de toucher un corps vieillissant. En effet, les travaux de Pertillo ont montré qu'on observe dans la société une réticence à toucher les personnes âgées pour deux raisons : d'un point de vue physique, le corps vieillissant n'est pas attrayant et d'un point de vue sociétal, les conventions sociales donnent au sujet âgé quelques réserves sur le toucher (Boudreault & Ntetu, 2006). En posant mes mains sur les jambes de Mme P., je ressens la rugosité de sa peau sèche, je ressens une peau froide, blessée. Ce n'est pas la peau douce et agréable d'un petit bébé qui procure du plaisir dans le contact duel. Et pourtant, je réalise que cette peau blessée est celle qu'il faut toucher pour lui redonner sa couleur, sa chaleur, pour lui redonner son élan de vie. En effet, « éviter de toucher les personnes âgées peut leur donner l'impression qu'elles sont intouchables, ce qui renforcerait leurs sentiments d'avoir peu de valeur » (Boudreault & Ntetu, 2006, p. 55).

1.3. L'hospitalisation : un chamboulement pour le sujet âgé

Dans la partie théorique, nous avons constaté que l'hospitalisation venait faire rupture dans la vie de la personne âgée. Nous allons maintenant essayer d'en comprendre les raisons.

1.3.1. Une perte de repères spatio-temporels

Comme évoqué dans la partie théorique, lors d'une entrée en institution, la personne âgée doit faire face à une perte de repères. Au cours de l'hospitalisation, celle-ci est accentuée puisque la personne se retrouve, pour un certain temps, dans un lieu qui ne ressemble pas à son domicile, sans ses vêtements qui lui sont propres, à un rythme de vie déterminé, qui n'est pas forcément le sien (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009).

Lorsque Mme P. arrive aux urgences, elle est décrite comme désorientée et angoissée. Pour cette femme, qui a déjà des difficultés à se repérer sur le plan spatio-temporel à cause de ses troubles cognitifs, le passage aux urgences vient augmenter cette désorientation. Lorsque nous la rencontrons pour la première fois, quelques jours après son hospitalisation, elle porte une blouse d'hôpital, elle ne reconnaît donc plus ses habits. Elle semble cependant se rattacher à la seule personne qui reste semblable entre son domicile et cette chambre d'hôpital : son auxiliaire de vie. Elle peut nous la décrire comme une amie, je vois qu'elle s'agrippe à son regard avant que celle-ci ne quitte la pièce.

À l'hôpital, la temporalité se trouve perturbée, la représentation du temps chez le patient est modifiée. En effet, d'après le témoignage de certains patients, les deux infirmières Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2009) se sont rendu compte qu'au cours de son hospitalisation le patient : « perd la notion du temps, et une heure, une journée, une semaine peuvent lui sembler être une éternité » (2009, p. 49). J'ai pu remarquer que cette perception de la temporalité pouvait être accentuée par la perte d'autonomie de la personne âgée puisque cette dernière n'a plus un rythme qui lui est propre. Lorsque nous rencontrons Mme S. lors des premières séances et qu'elle n'est pas encore capable de marcher seule, de faire sa toilette, elle ne sait jamais l'heure, ni le jour. Elle n'a plus de rythme. Lorsque je viens la voir pour la dernière séance que j'assume seule, je suis marquée par le changement qui s'est opéré chez elle. Elle écoute la radio, se tenant informée de l'actualité, elle peut me donner l'heure. Nous sommes en fin de matinée, elle peut alors me dire qu'elle a pu prendre sa douche ce matin au réveil, elle porte ses habits. Mme S., par l'amélioration de ses capacités motrices, peut de nouveau vivre dans un rythme de vie normal et adapté.

1.3.2. L'hôpital : un lieu de passage

« Le patient est une personne qui se retrouve pour un moment précis ou une durée indéterminée, dans un temps de vie suspendu, entre parenthèses » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009, p.49). En effet, lorsque le patient entre à l'hôpital, il y entre pour un certain temps jusqu'à ce que les médecins estiment, selon leurs évaluations, s'il peut rentrer à domicile ou s'il doit aller en centre de rééducation ou en maison de retraite dans le cas de personne âgée. L'hôpital est donc un lieu de passage pour le patient. « Ses habitudes de vie [...] tout comme son mode de vie personnel [...] sont plus ou moins interrompus, mis à l'arrière-plan » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009, p.49). Cette temporalité courte se répercute donc dans la rééducation. En effet, lorsque nous rencontrons Mme P. qui vient

de chuter quelques jours avant, notre projet thérapeutique n'est pas encore de l'inviter à expérimenter le retour au sol comme on pourrait le faire en centre de rééducation sur le long terme. Nous comprenons qu'en tant que psychomotriciennes, nous devons agir du côté du vécu corporel de cette dame en lui redonnant des appuis corporels et une enveloppe sécurisée, à travers une alliance thérapeutique solide marquée par le toucher, comme tremplin pour sa rééducation future.

La question de la temporalité à l'hôpital implique aussi le rythme hospitalier. En pénétrant au sein de l'hôpital, lors de mes premiers jours de stage, j'ai été marquée par le mouvement rapide et affluant des couloirs de l'hôpital : les infirmiers et les aides-soignants se déplacent rapidement avec leur charriot, allant de chambre en chambre, les médecins se déplacent aussi avec de nombreux externes pour faire leur consultation, et au milieu de ce tumulte, les familles des patients, apeurées et attristées, sont à la recherche de la chambre de leur proches et beaucoup nous sollicitent. Nous-mêmes avec la psychomotricienne, même si nous prenons le temps nécessaire avec chaque patient, nous sommes obligées d'aller d'une chambre à l'autre, sans véritable temps de transition pour réussir à voir tous les patients. Bonneton-Tabariés et Lambert-Libert (2009) expliquent alors la problématique de leur profession d'infirmières à l'hôpital. Elles doivent poser plusieurs actes infirmiers sur une seule journée et doivent être rapides dans leur prise en charge des patients pour pouvoir réaliser toute leur tâche. Cette rapidité peut influencer sur les gestes qu'elles posent sur le corps des patients pouvant provoquer ce qu'elle nomme « un toucher déshumanisé » (2009, p.87)

1.3.3. Un toucher déshumanisé et déshumanisant

Le Breton (2011) parle des soins infirmiers à l'hôpital, en abordant le risque de soins opératoires. Les prises en charges doivent suivre des protocoles, qui laissent plus de place à la technique qu'à la prise en charge globale du patient dans sa singularité. Ainsi, alors que les personnes âgées sont rarement touchées de façon affectueuse, comme Mme P. et Mme S. qui vivent seules depuis longtemps et voient rarement leurs proches, le seul contact qu'elles ont avec les autres est un contact opératoire et déshumanisant. En effet, « du fait de cette dépendance, les contacts que [le patient] établit avec les autres personnes sont vraiment différents de ceux qu'il aurait en temps normal ou dans un contexte différent » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009, p.51)

Ce contact déshumanisant pose alors la question de l'intimité dans les soins. Le Breton parle de : « la rupture des codes de civilités ordinaires » (2011, p.35). En effet, la sphère intime du patient est atteinte puisqu'il est palpé, manutentionné. Dans ce cas-là, le toucher ne livre pas un message ; il est utilisé pour examiner, nettoyer : il est automatisé. Tous ces actes engendrent de la dépendance chez le patient (Le Breton, 2011). Comme peut nous le partager Mme S. au début de son hospitalisation, ce qui lui pose le plus problème c'est de ne plus pouvoir être autonome à cause de ses troubles de l'équilibre. À ses pertes de capacités motrices, s'ajoute cette perte d'autonomie qui réduit sa confiance en elle et sa valeur aux yeux des autres. En effet, comme l'expliquent deux infirmières dans leur livre sur le toucher dans la relation avec le patient : « pour guérir, le patient doit accepter de se laisser aller et d'abandonner son corps aux mains des autres » (Bonneton-Tabariés & Lambert-Libert, 2009, p.51). Cet abandon de soi peut alors venir faire écho au désinvestissement corporel observé chez Mme P. et Mme S.

Au cours de son hospitalisation, Mme S. subit plusieurs examens, ne sachant pas à chaque fois ce que les résultats vont lui annoncer. Les médecins cherchent l'origine de son mal être. Pour poser leur diagnostic, ils explorent le corps de Mme S. membre par membre. Cela peut provoquer un vécu très morcelant pour la patiente. « À l'hôpital, pour être examiné, le patient est souvent dénudé, réduit à son organe malade, exposé au regard des soignants dans ce corps souffrant, sans ses habits habituels, dans un univers perçu comme froid, hostile et impersonnel » (Lefebvre des Nöettes, 2022, p. 169). En effet, chaque examen s'intéresse à une partie du corps, spécifiquement. Mme S. n'est pas alors considérée dans sa globalité, avec sa peur de l'annonce du diagnostic, sa peur de l'avenir et surtout sa peur de ne pouvoir jamais reprendre sa vie d'avant. Face à ce vécu morcelant et ce désinvestissement corporel, accentués par un manque de contact humain, la prise en charge en psychomotricité au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire pourrait aider le patient à se réapproprier son corps.

2. Une identité retrouvée dans l'alliance thérapeutique

Comme l'explique Maintier (2011), lorsque la personne âgée souffre d'un ébranlement identitaire, autrui devient indispensable. En effet, par sa façon d'être, le soignant soutient le sentiment identitaire de la personne qui peut s'identifier à cet autre en miroir et être considéré et investi par lui.

2.1. La dynamique complémentaire du care et du cure

2.1.1. Soignants et rééducateurs : un travail complémentaire

« On peut postuler qu'opposer soin curatif et soin d'accompagnement n'a pas grand sens. Tout soin doit comporter la double préoccupation : peut-on guérir le malade ? Et en attendant peut-on le soulager ? » (Luquel, 2008, p. 165). Sirvain & Monfort (2022) expliquent l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire auprès des personnes âgées, afin de leur apporter les deux aspects du soin : le care et le cure, à savoir le fait de soigner selon une certaine médication et le fait de prendre soin, en apportant soutien et bien-être à la personne malade. J'observe l'importance de cette complémentarité au cours de ces deux prises en charge avec Mme P. et Mme S. En effet, après notre première séance avec Mme P., nous rencontrons les infirmières dans le couloir. Celles-ci peuvent nous dire que les soins avec cette patiente sont compliqués car Mme P. demande beaucoup d'attention et les supplie de rester auprès d'elle après la toilette. Cependant, celles-ci n'ont pas forcément le temps, à ce moment-là, puisqu'elles sont attendues pour d'autres toilettes. Notre présence auprès de cette patiente permet de soutenir les soins procurés par les infirmières, en travaillant autour de cette contenance et de cette réassurance afin de faciliter le travail de l'équipe soignante.

Par son approche globale, le psychomotricien peut avoir : « le rôle d'axe dans l'interdisciplinarité » (Hilion, 2011, p. 162). En effet, il peut faire le lien entre la triade du patient, des soignants et de la famille, mais aussi entre l'équipe paramédicale et l'équipe médicale, à travers son approche corporelle, qui prend en compte la vie psychique du patient (Hilion, 2011). À la fin de la dernière séance avec Mme S., l'interne de neurologie est entré dans sa chambre pour une dernière consultation avant son départ en SSR. J'ai pu alors lui faire un retour de ce que nous avons fait en séance et des progrès de Mme S. au niveau de la marche et de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Je reste alors présente comme un soutien pour Mme S. « Notre formation favorise l'émergence d'un ajustement constant [...] permettant la possibilité d'organiser autour divers comportements de mise en

relation » (Hilion, 2011, p. 162). En effet, je réalise alors qu'après avoir été du côté du soin lors de cette séance de toucher thérapeutique, je me place comme un intermédiaire entre le patient et le soignant. La prise en charge auprès des personnes âgées implique donc cette complémentarité de care et du cure, permettant de réinstaurer le toucher dans la relation thérapeutique.

2.1.2. Réinstaurer le toucher dans la relation soignant-soigné

Toutes les marques d'attention, d'affectivité dans les soins par un simple toucher de la main, du bras permettent une prise en charge globale du patient, alliant ces deux notions de care et de cure (Lefebvre des Nöettes, 2022). Ce contact de main implique le contact direct qui s'établit entre les deux personnes impliquées dans le toucher : « Quand nous touchons le corps d'un patient, il y a un effet direct, notamment sur le plan de la tonicité, dans l'immédiateté de l'échange corporel » (Potel & Baranes, 2010, p. 123). En posant ma main dans celle de Mme P. dès notre première rencontre, c'est cette notion de care que je souhaite apporter à cette patiente. Face à sa grande désorientation, son besoin de contact avec l'autre, son angoisse prégnante, je comprends qu'il est tout d'abord nécessaire de rassurer Mme P. et de prendre le temps d'être là, avec elle. Par ce toucher, je souhaite l'accompagner dans ce passage brutal de son domicile à l'hôpital, lui montrer qu'elle n'est pas seule, surtout pour cette patiente qui semble avoir très peu d'entourage. Cet échange de mains apporte instantanément à Mme P. un certain apaisement via le dialogue tonique, sa respiration se fait plus profonde, ses épaules s'abaissent. Ainsi, le toucher thérapeutique peut aussi se manifester dans un simple contact avec un patient, exprimant notre soutien et notre empathie.

2.2. Le toucher dans l'alliance thérapeutique en psychomotricité

2.2.1. Un cadre de prise en charge psychomotrice ancré dans la réalité

Lefebvre des Nöettes (2022) parle de l'importance du cadre thérapeutique impliquant l'apprentissage d'une pratique et des notions théoriques, lorsqu'on touche un patient pour éviter toutes formes de déviance. Dans son livre, elle fait témoigner une infirmière qui a l'habitude de proposer un toucher apaisant à ses patients, pour construire l'alliance thérapeutique : « Toucher est une façon de créer un lien et de ramener la personne dans la réalité » (Casado, 2019, citée par Lefebvre des Nöettes, 2022, p.112). En effet, lorsque je propose un toucher thérapeutique à Mme P. dans sa chambre d'hôpital, celle-ci peut

accueillir les sensations que cela lui procure dans l'ici et le maintenant. Elle n'est plus dans le souvenir de la chute, elle n'est pas non plus dans l'angoisse de chuter à nouveau. Elle est allongée dans sa chambre d'hôpital, discutant avec la psychomotricienne qui lui tient la main. Elle est calme et semble profiter de cet instant en répétant : « c'est bien, c'est bien ». De même lorsque je touche Mme S., elle ne semble plus ni dans le souvenir des sensations morcelantes des différents examens médicaux, ni dans cette sensation de vertige provoquée par la station debout. L'ancrage dans la réalité, que provoquent les sensations corporelles, permet de lutter contre cette peur de l'avenir, cette difficulté à se projeter dans le soin. À cet instant : « lorsque rien ne se passe comme l'on veut, l'important apparaît alors comme étant : l'instant présent » (Hilion, 2011, p. 161)

Au cours du massage, l'entrée de l'interne dans la chambre ne perturbe pas Mme S. puisqu'elle est en sécurité dans ce cadre de la séance. Le psychomotricien Adrien Hilion parle des séances de psychomotricité comme « un repère spatio-temporel humanisant [...] c'est un moment où [le patient] a le choix d'être en relation avec l'autre, à l'environnement et à son corps » (2011, p. 162). Au sein de ce cadre de séance, se construit alors un lien thérapeutique qui va venir soutenir toute la prise en charge.

2.2.2. *La caresse empathique*

« Avec le dialogue tonique, il y a plus que des informations qui circulent entre les personnages. Il se crée un lien empathique de résonance intime, qui mobilise chaque protagoniste et le remanie dans ses fondements. » (Lesage, 2021, p. 138) En effet, en touchant, on perçoit l'état tonique dans lequel se trouve notre patient et on peut ainsi communiquer avec lui. Toucher c'est aller à la rencontre de l'autre, de ce qu'il vit, c'est pouvoir percevoir ses émotions ses ressentis et ainsi développer ce lien empathique. Ce sentiment se construit dans un premier temps par une contagion émotionnelle : on se laisse toucher par le vécu de cet autre en face de nous, en s'imaginant à sa place, puis on adopte ensuite cette posture du soignant qui accompagne la personne, sans endurer sa peine. (Lefebvre des Nöettes, 2022)

En rencontrant ces deux patientes qui m'ont permis d'écrire ce mémoire j'ai été particulièrement touchée par leurs deux histoires, bien qu'elles soient très différentes. C'est cette volonté de leur venir en aide immédiatement, lors de notre rencontre, qui m'a permis ensuite de construire un lien empathique tout au long de ma prise en charge. Mme P. est très

angoissée, désorientée et confuse, l'agrippement de son regard dans le mien me pousse à lui tendre la main comme une réponse urgente et instaurer ainsi un lien thérapeutique. Je comprends que seul le toucher semble me permettre d'entrer en communication avec cette patiente. Dans cette main qui m'agrippe, qui est froide, marquée par les années, j'imagine alors ce que cette femme éprouve : l'angoisse de la solitude dans cette grande chambre d'hôpital qui ne contient aucun repère du domicile, l'angoisse de la chute car je sens cette main qui me tire vers l'arrière. Ce premier contact me paraît donc très important pour découvrir la patiente à travers son corps, à travers son tonus. Lors de ce premier échange avec la patiente, nous comprenons tout de suite avec la psychomotricienne qu'un lien particulier s'est créé : notre présence semble rassurer Mme P., elle nous fait confiance.

Comme l'explique Charpentier (2014), le lien empathique qui s'installe, fait intervenir les notions de transfert et contre-transfert que le psychomotricien va intégrer dans sa pratique à travers le dialogue tonico-émotionnel procuré par le toucher de la peau d'un autre et par le toucher de son regard. Ce sentiment contre-transfèriel permet au psychomotricien d'adapter sa posture, son niveau tonique au patient : « en se positionnant de manière à être à la fois semblable et différent de la personne » (Charpentier, 2014, p.63). J'ai éprouvé ce contre-transfert émotionnel lorsque j'ai rencontré Mme P. la première fois. Cet agrippement de la patiente à la psychomotricienne, son regard effrayé m'ont tout de suite fait ressentir un sentiment de tristesse et je me suis sentie rapidement envahie par de fortes émotions. Le toucher a donc été ici un moyen d'accorder mon tonus, d'adapter ma posture et d'être ainsi pleinement disponible pour soigner Mme P., sans être débordée par une vague émotionnelle.

2.2.3. Le langage des mains

« Les déficits sensoriels liés à l'âge participent à la perte des repères » (Lefebvre des Nöettes, 2022, p. 126) En rencontrant Mme P. pour la première fois, je me suis rapidement interrogée sur la prise en charge des patients avec lesquels la communication verbale n'est pas possible, soit, à cause d'un trouble de la parole, d'un trouble auditif, ou à cause d'une démence comme dans le cas de Mme P., perturbant la compréhension. Le moyen d'action des psychomotriciens étant d'agir via le corps, le toucher est une alternative intéressante pour entrer en communication et redonner des repères au patient. En effet, par le toucher, il s'installe alors une communication non verbale dans ce que vient dire la main et ce que dit le corps du patient (Lefebvre des Nöettes, 2022). Lorsqu'on touche, on est aussi touché et

l'on peut communiquer via le dialogue tonique : on perçoit sa température corporelle, son grain de peau, ses muscles et cela nous donne des informations sur l'état global de la personne. En touchant, on donne aussi une partie de soi, on transmet un message à travers nos mains.

Boudreault et Ntetu (2006) reprennent dans leur article les différentes façons dont on peut toucher une personne. En effet, selon la façon dont on pose notre main, selon l'endroit où on la pose, le message transmis n'est pas le même. Le toucher étant le premier moyen de communication dans le développement de l'enfant, il est important de l'utiliser auprès des personnes dont la compréhension est perturbée (Boudreault & Ntetu, 2006). Ainsi, Mme P. qui est très confuse et désorientée et qui n'entend pas ce qu'on tente de lui dire, a pu se sentir en sécurité par le contact de nos mains, comprenant que nous sommes là pour prendre soin d'elle. Le toucher vient ici exprimer une émotion et il redonne l'identité de la personne humaine pouvant communiquer avec le monde extérieur. Ce sens tactile, essentiel pour communiquer avec l'autre, semble être mis à mal dans notre société et il n'est plus le sens aussi significatif dans une rencontre.

3. Un sentiment d'identité restauré par le toucher

3.1. Restaurer le corps pour restaurer l'identité

Comme abordé plus haut, au cours du vieillissement, le corps subit plusieurs remaniements, pouvant provoquer un ébranlement identitaire. Réinvestir ce corps vieillissant à travers ses sensations et ses éprouvés semble un moyen de redonner des repères identitaires à la personne âgée.

3.1.1. Un toucher globalisant

Comme je l'ai expliqué dans la partie théorique, le toucher endosse certaines fonctions du Moi-Peau qui constituent notre enveloppe corporelle, notamment les fonctions procurées par les soins maternels. Ces fonctions de contenance et de maintenance venant porter la personne, en lui donnant une contenance, un soutien, apportent cette notion de globalité et d'unicité corporelle. Comme l'explique le docteur en science de l'éducation Danis Bois, lorsqu'on touche le corps de l'autre, on ne prend pas en compte seulement un pied, un bras ou une jambe, on touche la personne dans sa globalité. Dans la relation créée par le toucher thérapeutique, on se tourne vers la personne en englobant ses émotions, son

histoire, sa force et ses faiblesses (Lefebvre des Nöettes, 2022). Ce temps de toucher vient redonner conscience de l'ensemble de son corps à Mme S., tout en contenant ses émotions. Celles-ci peuvent survenir lorsqu'est touché et soigné par un autre.

Cela m'évoque le concept d'*humanité* théorisé par Gineste et Marescotti dont parle Luquel. Ce concept qui concerne : « l'ensemble des éléments qui font qu'on se sent appartenir à l'espèce humaine et qui font qu'on reconnaît un autre humain comme appartenant à la même espèce que nous » (Luquel, 2008, p. 166). L'*humanité* implique une communication avec le patient basée sur trois canaux sensoriels : le regard, l'échange verbal et le toucher. Cette dynamique de soin me semble essentielle pour les deux patientes rencontrées au cours de leur hospitalisation car ces différentes approches sensorielles permettent de les considérer dans leur globalité, dans leur humanité et donc de leur permettre de renforcer leur identité de personne humaine

3.1.2. Toucher pour rassurer et renarcissiser

Il est aussi possible de toucher par le regard et de nouveau, lors des séances avec Mme S., nous endossons ce rôle de soutenant maternel. En effet, Mme S. a besoin de sentir l'autre près d'elle lorsqu'elle commence à marcher seule dans le couloir avec son déambulateur. Alors que je souhaite me mettre en face d'elle pour fixer son regard et maintenir sa trajectoire droite, elle me demande de rester sur le côté, auprès d'elle : « c'est plus facile, je me sens plus en sécurité ». Je garde donc ma main posée au niveau du sacrum de Mme S. afin de l'aider à maintenir son axe. Cela m'évoque l'étayage de la mère dans le développement psychomoteur de l'enfant. En effet, comme l'explique Robert-Ouvray (2007), l'enfant construit les premières bases de son image du corps par le soutien du regard de sa mère, rempli d'affection, qui le suit dans toutes ses nouvelles acquisitions. L'enfant construit alors une représentation de lui-même soutenu par ce double support de ses expériences sensori-motrices et du regard de sa mère. Je comprends alors que je joue ce rôle de miroir pour redonner confiance à Mme S. en ses capacités. Mme S. ayant perdu ce sentiment d'identité à cause de ses changements corporels, le soutien maternel trouvé dans le regard et les mains du soignant semble essentiel pour lui permettre de restaurer son image du corps. « L'enfant face à sa mère, yeux dans les yeux, se voit et se lie » (Robert-Ouvray, 2007, p. 76). Cette proximité demandée par la patiente me fait aussi penser à la théorie de l'attachement où l'enfant a besoin de sentir la présence de sa mère pour se sentir en sécurité dans ses expériences motrices.

« Ce qui permet alors au sujet âgé de stopper cette perte du Moi et de son narcissisme, c'est la possibilité de se sentir humain, vivant et désiré, autrement dit, le besoin de se sentir attaché et investi » (Bonnet, 2012, p. 131). Le toucher me semble alors un moyen de montrer à la personne qu'on lui accorde de l'importance. On vient, comme expliqué plus haut, lui livrer un message avec nos mains. En effet, en plus de demander de la présence humaine autour d'elle en s'agrippant aux autres, Mme P. peut nous demander explicitement qu'on lui touche les jambes. Cette demande survient après la marche jusqu'au lit. Après avoir utilisé et ressenti ses jambes, elle peut demander un acte les concernant, petit à petit elle semble les réinvestir.

À ce vécu d'ébranlement identitaire, la prise en charge en psychomotricité, notamment à travers le toucher, peut procurer une réparation de cette identité mise à mal :

À travers un vécu agréable, la personne âgée est ainsi amenée à prendre conscience de son corps, de ses sensations, de ses capacités et de ses limites. Ses sensations vont se lier pour contribuer à la restauration d'une unité psychocorporelle (Ribadier & Sainjeon-Cailliet, 2011).

« C'est tellement agréable » me partage Mme S. dans une grande expiration lorsque je lui masse les pieds, « c'est bien, c'est bien » me répète indéfiniment Mme P. lorsque j'applique mes mains sur ses jambes. C'est la première fois depuis longtemps que ces deux patientes ressentent du plaisir provenant de ce corps qui est à l'origine de vertiges pour l'une et de chute pour l'autre. Comme l'explique Charpentier, le toucher donne à la personne âgée « la possibilité de renouer des liens avec son corps d'une manière différente [...], de réinvestir son corps comme lieu de plaisir et reprendre confiance en lui [...] de retrouver une image du corps moins dégradée » (2014, p. 11)

Lorsque je propose un temps de massage à Mme S. après la marche dans le couloir, je sais que cette stimulation corporelle sera bénéfique pour sa rééducation, tout en lui procurant un temps de détente, de calme après cette longue marche. Et je peux remarquer qu'après ce massage, les mots de Mme S. ne sont plus des mots d'encouragement pour lutter contre le vertige. Elle exprime ses véritables ressentis de plaisir, de détente et de soulagement, procurées par son corps. Elle accepte alors ce que vient lui exprimer son corps. « À travers une nouvelle expérience du Toucher [...] c'est faire l'expérience d'une autre sensation de Soi, d'une autre perception de sa sensorialité » (Berberides & Lefeuvre, 2014, p. 65). En éprouvant son corps de façon agréable, la personne âgée accepte ses modifications corporelles et peut ainsi se sentir exister.

3.2. Sentir son corps, l'éprouver : le vivre !

3.2.1. Sensations de l'axe corporel et des jambes

Tandis qu'un enfant découvre son corps à travers les différentes étapes du développement psychomoteur, une personne âgée peut apprendre à prendre conscience de son corps, à se l'approprier à travers un éveil corporel mettant en jeu des expériences sensori-motrices (Maintier, 2011). En début de séance, j'ai proposé à Mme S. de lui passer une balle à picot, dans le dos, en insistant particulièrement sur sa colonne vertébrale. Comme abordé dans la partie théorique, le redressement de l'axe corporel constitue une étape essentielle dans la construction d'une représentation de soi. J'ai constaté un réel changement au niveau de sa posture, elle s'est redressée, réduisant ainsi son inclinaison vers la droite. Elle s'est aussi apaisée : ses épaules se sont abaissées, en même temps qu'elle redressait son axe car elle ne luttait plus contre le déséquilibre mais elle ressentait ses sensations corporelles, lui donnant des informations sur le positionnement de son corps dans l'espace. En effet, Robert-Ouvray (2007) explique l'importance de l'intégration du dos dans la représentation corporelle : « Le rachis [...] s'installe comme l'axe du corps. Il ordonne l'espace [...]. Le schéma corporel s'intègre selon cette axialité » (Robert-Ouvray, 2007, p. 76).

De plus, comme l'explique Anzieu (1995b), le bébé a besoin de points de contact avec la peau de sa mère pour réussir à s'appuyer sur les sensations éprouvées dans cette relation maternelle pour redresser son axe corporel : « l'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale » (Anzieu, 1995b, p. 122). Or, à cause de ses vertiges, Mme S. ne pouvait plus marcher au début de son hospitalisation et elle est restée allongée un long moment, elle n'a donc plus ressenti le poids du corps dans ses jambes et l'appui des pieds sur le sol. Elle n'a pas pu pousser sur ses pieds pour se redresser dans son axe. Le massage que je lui propose aux jambes et aux pieds permet donc de lui procurer de nouvelles expériences sensorielles, qui vont lui permettre dans un second temps la réalisation d'expérience sensori-motrices. La sensation de mes mains sur ses jambes permet aussi d'assurer cette fonction de *maintenance* en accompagnant Mme S. à percevoir ses sensations provenant des jambes et des pieds, qui lui permettront de se redresser.

3.2.2. Un toucher qui libère la parole : de l'éprouvé au ressenti

Comme l'explique Lefebvre des Nöettes (2022), par le toucher, le patient est embrassé dans son intériorité, dans ses souvenirs de vécus émotionnels à la suite d'un contact avec un autre et cela peut lui permettre de ressentir son corps comme avant, d'une autre manière et ainsi de l'aider à s'exprimer librement. Potel et Baranes (2010) parlent de la thérapie psychomotrice comme un moyen de mettre du sens sur les éprouvés corporels pour en faire des ressentis corporels : « le toucher est là pour faire advenir les mots » (2010, p. 127). « Le sujet âgé se voit offrir un ensemble de sensations [...] Afin d'en faciliter la représentation et l'accès à la symbolisation, il faut laisser place à la verbalisation et à l'expression des éprouvés corporels, tout au long de la séance » (Charpentier, 2014, p. 47).

Lorsque je commence à poser mes mains sur les jambes froides de Mme P., c'est un des rares moments de la séance où cette dernière peut s'exprimer de façon cohérente, en s'adressant très clairement à ma maître de stage, tout en parlant de moi. Alors que Mme P. avait tendance à balbutier des mots peu compréhensibles, alors qu'elle semblait chercher ses mots dans un souffle coupé, ses paroles à cet instant semblent venir spontanément, de façon claire et précise. Sa respiration est lente et calme, facilitant sa fluence verbale. Le toucher lui a sans doute permis de se recentrer sur ses sensations présentes, la poussant à exprimer spontanément ses ressentis.

Après le temps de massage proposé à Mme S., j'ai remarqué un changement émotionnel chez cette patiente. Son ton de voix s'est abaissé, sa respiration était plus lente, laissant place à de grandes expirations, puis elle m'a regardée dans les yeux comme pour insister sur la valeur de ses paroles et elle m'a dit : « Vous ne pouvez pas savoir comme cela m'a fait du bien ». Mme S., par ce relâchement et cette reconnexion à ses éprouvés corporels, a pu abaisser son tonus, facilitant ainsi sa verbalisation de bien-être et de plaisir. Elle n'était plus dans une expression de sa raison : « Ça va aller, on continue, allez », comme elle avait l'habitude de faire pour continuer les exercices, malgré les sensations désagréables que lui renvoyaient son corps. Ce massage lui a permis d'exprimer ses éprouvés corporels.

3.2.3. *Se sentir exister*

Lefebvre des Nöettes (2022) expose le toucher comme un moyen pour le patient malade de se sentir vivant, puisque grâce à la sensation tactile, il constate que son corps n'est pas mort et détaché de lui, mais qu'il peut avoir des sensations. Cette sensation a pu être éprouvée par Mme S. Après le temps de massage, je lui propose d'ouvrir les yeux et je m'approche de son visage au bord du lit afin de discuter avec elle de ce qu'elle a ressenti au cours de ce temps de relaxation. Elle me regarde avec des yeux souriants, elle respire profondément, puis se met à bouger pour se réinstaller dans son lit. Je remarque alors qu'elle remue ses jambes, comme pour se les réapproprier, elle prend possession de son corps à nouveau. Ainsi, le fait de réinvestir le corps semble ramener Mme S. dans la vie : elle retrouve de la valeur à son corps. Cette expérience sensorielle du massage et l'expérience motrice perçue lors de la marche dans le couloir lui permettent alors une réparation de l'altération de son schéma corporel et de son image du corps et ainsi une restauration de sa représentation de soi et donc de son identité.

Charpentier parle alors de la thérapie psychomotrice comme : « un cheminement d'une réconciliation avec lui-même » (2014, p. 52). Lors de la deuxième séance avec Mme P., le toucher thérapeutique des jambes de Mme P. semble avoir été une première restauration et une première réconciliation de Mme P. avec ce corps qui l'a trahi dans la chute. Quand nous lui proposons de se lever dès le début de la séance, elle peut le faire mais elle doit se rasseoir très rapidement. Nous avons vu plus haut que cela pouvait être dû à un besoin de répétition du mouvement avant de le faire. Mais cette position debout et cette sensation de poids du corps dans les jambes et la voûte plantaire lui rappelle sans doute sa chute. Or, après que la psychomotricienne lui eut frictionné les jambes, le lever a pu être possible et Mme P. a pu marcher jusqu'à son lit avec notre aide. Ce toucher lui a tout d'abord permis de s'apaiser et d'abaisser son niveau tonique, en enroulant ses épaules. Cette posture en enroulement permet à Mme P. de mieux s'incarner pour revenir dans le mouvement et donc dans la vie, en se recentrant autour de son axe. Le toucher lui a aussi fait prendre conscience de ses jambes, réduisant ainsi le désinvestissement corporel et lui permettant de s'appuyer dessus pour se déplacer et ainsi se présenter au monde debout. Cette verticalisation lui rend alors son identité de personne humaine et cela la fait se sentir exister à travers l'expérience sensori-motrice de la marche.

CONCLUSION

CONCLUSION

À travers l'écriture du mémoire, je constate que le toucher thérapeutique par ses apports sensoriels, ses fonctions maternelles et relationnelles, permet une restauration de la représentation corporelle par un réinvestissement corporel, procurant alors une restauration de l'identité. Le toucher thérapeutique a permis à Mme P. de se sentir contenue et rassurée, tout en l'aidant à ressentir ses membres inférieurs. Faire marcher cette patiente de façon stable et sereine n'aurait pas été possible sans ce temps de prise de conscience du corps et de ses limites à travers le toucher. Le soin psychomoteur était nécessaire pour venir ensuite soutenir la rééducation en kinésithérapie. Pour Mme S. le toucher thérapeutique est aussi venu étayer la remise en mouvement et la marche, tout en apportant un accompagnement, pour consoler le vécu difficile de cette patiente.

Les rencontres de Mme P. et de Mme S. lors de mon stage à l'hôpital m'ont aussi fait prendre conscience de l'importance de la présence d'un psychomotricien au sein de l'équipe des rééducateurs dans le milieu hospitalier. Par une prise en charge du patient dans sa globalité, nous pouvons faire le lien entre les différents acteurs du soin du patient.

Au sein de l'hôpital, j'ai compris qu'en tant que psychomotriciennes nous agissions dans l'urgence après la survenue de l'évènement. Malgré la rapidité des soins, l'alliance thérapeutique qui s'installe permet à la personne malade de s'inscrire dans la dynamique de soin. Le soin devient alors comme une cocréation thérapeutique où le patient, dans un éveil de sa conscience corporelle, peut à nouveau restaurer son identité. Dans cette temporalité hospitalière, le soin psychomoteur, aussi bref soit-il, peut constituer un tremplin pour rebondir et continuer à vivre !

Ainsi, au fil de l'écriture de ce mémoire et de ma réflexion théorico-clinique, j'ai réalisé que la prise en charge psychomotrice à travers le toucher thérapeutique permettait d'éviter l'apparition du syndrome de glissement chez certains sujets âgés. Comme l'explique Maintier :

Face à ce corps qui lâche, autrui devient plus que jamais nécessaire parce que son être même, par le regard, les mots, les gestes, l'attention et l'empathie, peut donner l'occasion d'infimes renouvellements des perceptions spatiales et relationnelles. Les reconstructions, même modestes, peuvent permettre que la résignation et le glissement ne s'installent pas, et ainsi faire en sorte que la personne âgée, quels que soient ses handicaps, reste encore, autant qu'il est possible, sujet (2011, p. 46).

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D. (1995a). La notion de Moi-Peau. In *Le Moi-Peau* (Nouvelle édition revue et augmentée, p. 57-66).
- Anzieu, D. (1995b). Les fonctions du Moi-Peau. In *Le Moi-Peau* (Nouvelle édition revue et augmentée, p. 119-137).
- Badey-Rodriguez, C. (2005). L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale. *Gérontologie et société*, 28-112(1), 105-114.
<https://doi.org/10.3917/gs.112.0105>
- Ballouard, C. (2011). Définitions de la psychomotricité. In *L'aide-mémoire de psychomotricité: Vol. 2e éd.* (p. 3-10). Dunod. <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychomotricite--9782100563043-p-3.htm>
- Bekier, S., & Guinot, M. (2011). Équipement et compétences du nourrisson. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (Vol. 1, p. 87-110).
- Berberides, I., & Lefeuvre, V. (2014). Le Toucher et la Paralysie : Le rôle du toucher dans la construction de Soi et la relation à l'Autre. *Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement*, 35(2), 63-67.
<https://doi.org/10.1016/j.motcer.2014.01.003>
- Blin, S. (2020). Distance sociale : «Pour éviter les malentendus, il va falloir être bienveillant». *Libération*. https://www.liberation.fr/debats/2020/05/12/distance-sociale-pour-eviter-les-malentendus-il-va-falloir-etre-bienveillant_1788167/
- Bonnet, M. (2012). L'attachement au temps de la vieillesse. *Dialogue*, 198(4), 123-134.
<https://doi.org/10.3917/dia.198.0123>
- Bonneton-Tabariés, F., & Lambert-Libert, A. (2009). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. (2e édition actualisée et augmentée.). Med-Line Editions.

- Boudreault, A., & Ntetu, A.-L. (2006). Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées. *Recherche en soins infirmiers*, 86(3), 52-67.
<https://doi.org/10.3917/rsi.086.0052>
- Bullinger, A. (1998). *La genèse de l'axe corporel, quelques repères. 1*, 27-35.
<https://doi.org/10.3406/enfan.1998.3091>
- CEN. (2016). *Syndrome cérébelleux*. Collège des Enseignants de Neurologie.
<https://www.cen-neurologie.fr/fr/premier-cycle/s%C3%A9miologie-analytique/syndrome-myogène-myopathique/syndrome-myog%C3%A8ne-myopathique-3>
- Charpentier, É. (2014). *Le toucher thérapeutique chez la personne âgée : Soutien à l'intégrité de l'enveloppe psychocorporelle de la personne âgée*. De Boeck-Solal.
- Coquisart, L. (2012). Approche gériatrique de la proprioceptivité. *Kinésithérapie, la Revue*, 12(128), 72-76. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2012.07.013>
- Dolto, F. (1984). Schéma corporel et image du corps. In *L'image inconsciente du corps* (Édition du Seuil, p. 7-61).
- Dugravier, R. (1), & Barbey-Mintz, A.-S. (2). (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances et Psy*, 66(2), 14-22.
<https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Forestier, M., & Picaud, J.-C. (2018). La construction de la motricité. In *De la naissance aux premiers pas* ([Nouvelle édition revue et corrigée], p. 21-36). Érès éditions.
- Goldbeter-Merinfeld, É. (2005). Théorie de l'attachement et approche systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 35(2), 13-28.
<https://doi.org/10.3917/ctf.035.0013>
- HAS. (2020). *Recommandation de bonnes pratiques. Le patient à risque de chute*.

- Hilion, A. (2011). *La psychomotricité en gériatrie. Axe corporel et identité du sujet âgé*. 23, 159-162.
- Houzel, D. (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(1), 115-130.
- Jaricot, B. (2006). Du corps à corps à sa propre verticalité. *Enfances & Psy*, 33(4), 80-91.
<https://doi.org/10.3917/ep.033.0080>
- Juskenaitė, A., Becquet, C., Eustache, F., & Quinette, P. (2016). L'identité : Une représentation de soi qui accommode la réalité. *Revue de neuropsychologie*, 8(4), 261-268. <https://doi.org/10.3917/rne.084.0261>
- Larousse. (s.d.a). Désinvestissement. In *Larousse en ligne*. Consulté 9 mai 2023 à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9sinvestissement/24520>
- Larousse. (s.d.). Identité. In *Larousse en ligne*. Consulté 9 mai 2023 à l'adresse www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420
- Larousse. (s.d.b). Investir. In *Larousse en ligne*. Consulté 9 mai 2023 à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/investir/44108>
- Le Breton, D. (2011). Sociologie-Le corps et le toucher dans les soins infirmiers. *Soins*, 756, 34-37.
- Le principe du vivant. (2015). *Repères, cahier de danse*, 35(1), 7-9.
<https://doi.org/10.3917/reper.035.0007>
- Lefebvre des Nöettes. (2022). *La force de la caresse* (du Rocher).
- Lesage, B. (2021). Tonicité : Modulation, accordage, expressivité et rencontre. In *Un corps à construire* (p. 119-174). Érès. <https://www.cairn.info/un-corps-a-construire--9782749269771-p-119.htm>

- Luquel, L. (2008). La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanitude » expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer. *Gérontologie et société*, 31(3), 165-177. <https://doi.org/10.3917/g.s.126.0165>
- Maintier, C. (2011). Une identité à construire et à conserver. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 33-46). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.perso.2011.01.0033>
- Meurin, B. (2018a). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger. In *La construction des représentations corporelles du bébé* (p. 41-60). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.absm.2018.01.0041>
- Meurin, B. (2018b). L'axe corporel : Un appui postural, émotionnel et représentatif. *Motricité Cérébrale*, 39(2), 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2018.04.002>
- Miermon, A., Benois-Marouani, C., & Jover, M. (2011). Le développement psychomoteur. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (Vol. 1, p. 17-86). Solal.
- OMS. (2021). *Chutes*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- OMS. (2022). *Vieillesse et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Personne, M. (2011). Introduction. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 7-13). Érès. <https://www.cairn.info/protoger-et-construire-l-identite-de-la-personne--9782749214733-p-7.htm>
- Potel, C., & Baranes, J.-J. (2010). Le toucher-Du corps touché aux jeux de l'imaginaire. In *Psychomotricité : Entre théorie et pratique* (3e édition actualisée., p. 123-148). In press.
- Reinhardt, J.-C. (1990). Chapitre premier. Neurologie, psychiatrie et connaissance du corps. In *La Genèse de la connaissance du corps chez l'enfant* (p. 19-32). Presses

Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-genese-de-la-connaissance-du-corps--9782130429555-p-19.htm>

Ribadier, A., & Sainjeon-Cailliet, S. (2011). Identité et chute de la personne âgée. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (p. 49-60). Érès.
<https://www.cairn.info/protéger-et-construire-l-identite-de-la-personne--9782749214733-p-49.htm>

Rivas-Smits, C., Bertels, J., McGlone, F., & Van Puyvelde, M. (2022). Le toucher maternel « gentle touch » : Une invitation à une danse tactile ? *Enfance*, 4(4), 455-478. <https://doi.org/10.3917/enf2.224.0455>

Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. ([Nouvelle éd.]). Desclée de Brouwer.

Russ, J. (1991). *Dictionnaire de philosophie*. Bordas.
<https://doi.org/10.3917/eres.perso.2011.01.0017>

Schaub, C., von Gunten, A., & Morin, D. (2016). Examen de la portée des connaissances sur les concepts du toucher et du massage et de leurs effets sur l'agitation et le stress des personnes âgées hospitalisées atteintes de démence. *Recherche en soins infirmiers*, 126(3), 7-23. <https://doi.org/10.3917/rsi.126.0007>

SFDRMG, & HAS. (2005). *Service de recommandations professionnelles. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*.

SFGG, & HAS. (2009). *Recommandation de bonnes pratiques. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*.

SIRV. (s. d.). *Équilibration : Système de l'équilibre, systèmes récepteurs et effecteurs*.
<https://www.vestib.org/equilibration.html>

Sirvain, S., & Monfort, J.-C. (2022). Le « syndrome de glissement », du mésusage à la recherche de causes réversibles : Entre mythe et réalité. *NPG Neurologie -*

Psychiatrie - Gériatrie, 22(130), 231-236.

<https://doi.org/10.1016/j.npg.2022.04.001>

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : Son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>

Vu par le maître de mémoire
Valentine TALBRANCKE
le 9.05.2023

Rabana .

Auteur : Faustine SCHMITZ

Titre : Être touché pour restaurer son identité
L'intérêt du toucher thérapeutique dans le soin psychomoteur après des personnes âgées

Mots - clés : toucher thérapeutique – vieillissement – identité – schéma corporel – image du corps

Therapeutic touch – aging – identity – body image – self-image

Résumé : Au cours du vieillissement, la personne fait face à plusieurs modifications corporelles, psychiques et sociales. En rencontrant Mme P. après sa chute et Mme S. après l'annonce de son cancer lui provoquant des vertiges, j'ai constaté que ces deux patientes souffraient d'une perte de repères, engendrant une altération de leur sentiment d'identité. Le toucher thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge psychomotrice semble les aider à réinvestir leur corps et à restaurer leur image du corps et leur schéma corporel pour se sentir exister dans leur corps !

During aging, the body changes and old people have to face physical, psychic and social modifications. Meeting Mrs P. after her fall and Mrs S. after she received a cancer diagnosis, I noticed identity disruption because of these modifications. Taking care of these two patients during their hospitalization made me wonder how to help them restore their sense of identity. The sense of touch in psychomotricity seems to help them invest their body, rebuild their body image and their self-image, so that they feel alive, in their body !